

NIU 14/6

**PROGRAMMERING VAN TOEKOMSTIG ONDERZOEK OP
HET GEBIED VAN ENKELE PARAMEDISCHE BEROEPEN**

**Ergotherapie
Logopedie
Oefentherapie-Cesar
Oefentherapie-Mensendieck
Podotherapie**

(138496)
61253

**J. Dekker
M.J. Driessen
M. van Gisbergen**

Augustus 1991

WETENSCHAPPELIJKE ONDERNOEDIGINGEN/
ZORG-ONDERNOEDIGINGEN / ergotherapie / logopedie /
oefentherapie / Cesar / Mensendieck /
podotherapie / onderzoeksprogramma's /
kwaliteit van de zorg /
classificatie / preventie /
meetinstrumenten /
opleiding / onderzoeksmethoden
organisatiestructuur

onderzoek

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Dekker, J.

Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen : ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, podotherapie / J. Dekker, M.J. Driessen, M. van Gisbergen. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste-lijnsgezondheidszorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-158-3

Trefw.: paramedische beroepen.

VOORWOORD

Dit rapport betreft het verslag over een studie naar de programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen, te weten: ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie. Deze programmeringsstudie werd verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In dit rapport wordt verslag gedaan over een oriëntatie op de meningen van sleutelpersonen over toekomstig onderzoek. Deze personen zijn afkomstig uit de beroepsverenigingen, de beroepsopleidingen, het Ministerie van WVC, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de Ziekenfondsraad en onderzoeks- en ontwikkelingsinstellingen werkzaam op het gebied van de betreffende paramedische beroepen. Op basis van deze oriëntatie worden aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gedaan.

De uitvoering van deze programmeringsstudie werd begeleid door een commissie bestaande uit Th.A.G. Koekenbier als vertegenwoordiger van de Geneeskundige Hoofdinspectie, Drs. R.A. Dingjan en F.E. Boon van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), G.L.M. Romijn-Liem van de Ziekenfondsraad, L. van der Does-de Willebois van de Nederlandse Vereniging van Ergotherapie (NVE), G.J.M. Thijssen-Derwort van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVP), C.T. Bos-Droog van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM), H.C. Hasper e/v Hehenkamp van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) en W. van Praag en K. Jansonius-Schultheis van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF). De auteurs willen hier hun dank uiten voor de inbreng van deze commissieleden.

INHOUD

pag.

SAMENVATTING	1
--------------	---

DEEL I: PROGRAMMERINGSSTUDIE

1. INLEIDING	7
1.1. Probleem- en doelstelling	7
1.2. Werkwijze	9
1.3. Indeling van dit rapport	11
2. THEMA'S VAN ONDERZOEK	13
2.1. Plaats en functie	13
2.2. Classificatie	17
2.3. Behandelingsmethoden	19
2.4. Preventie	22
2.5. Meetinstrumenten	24
2.6. Opleiding	26
2.7. Samenvatting	27
3. VORMGEVING VAN HET ONDERZOEK	29
3.1. De beroepspraktijk	30
3.2. Randvoorwaarden voor onderzoek	31
3.3. Organisatorische inkadering	32
3.4. Samenvatting	35
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN: THEMA'S VAN BELEID	37
4.1. Beleidsthema's en onderzoek	37
4.2. Vormgeving van het onderzoek	43
4.3. Sturing van onderzoek	46
4.4. Samenvatting	46
Literatuur	51

DEEL II: OVERZICHTSSTUDIES

5. ERGOTHERAPIE	57
5.1. Inleiding	57
5.2. Het aanbod van ergotherapeutische zorg	58
5.2.1. Omvang en samenstelling beroepsgroep	58
5.2.2. Werkende en werkzoekende ergotherapeuten	60
5.2.3. Full-time versus Part-time	60
5.2.4. Het arbeidsterrein van ergotherapeuten	61
5.2.5. Organisatie	62
5.2.6. Geografische spreiding van ergotherapeuten	63
5.2.7. Beroepsvereniging	64

5.2.8. Opleiding en nascholing	64
5.2.9. Toekomstverwachtingen	64
5.3. Taken en werkwijze	65
5.3.1. Ergotherapie in de tweedelijnsgezondheidszorg	66
5.3.2. Ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg	67
5.4. Het gebruik van de ergotherapeutische zorg	67
5.4.1. Tijdsbesteding	68
5.4.2. Samenstelling patiëntengroep	69
5.4.3. De aard van de aandoeningen en de classificatie daarvan	69
5.4.4. Behandeldoel	70
5.4.5. Verwijzing naar ergotherapie	70
5.5. Kwaliteit van zorg	71
5.6. Regelingen en financiering	72
5.6.1. Wettelijke regelingen	72
5.6.2. Financiering ergotherapie	73
5.7. Samenvatting	73
Literatuur	75
6. LOGOPEDIE	77
6.1. Inleiding	77
6.2. Het aanbod van logopedische zorg	79
6.2.1. Omvang en samenstelling beroepsgroep	79
6.2.2. Werkende en werkzoekende logopedisten	80
6.2.3. Het arbeidsterrein van logopedisten	81
6.2.4. Geografische spreiding	82
6.2.5. De beroepsvereniging	82
6.2.6. Opleiding en nascholing	83
6.2.7. Toekomstverwachtingen	84
6.3. Taken en werkwijzen	84
6.3.1. Het logopedische proces	85
6.3.2. De logopedische praktijk	86
6.4. Het gebruik van logopedische zorg	86
6.4.1. Samenstelling patiëntengroep	86
6.4.2. Verwijzing naar logopedie	88
6.5. Kwaliteit van de logopedische zorg	89
6.6. Logopedie en effect-onderzoek	90
6.7. Regelingen en financiering	91
6.7.1. Wettelijke regelingen	91
6.7.2. Financiering logopedie	92
6.8. Samenvatting	92
Literatuur	94

7.	OEFENTHERAPIE-CESAR	97
7.1.	Inleiding	97
7.2.	Het aanbod aan zorg door oefentherapeuten-Cesar	97
7.2.1.	Omvang en samenstelling van de beroepsgroep oefentherapeuten-Cesar	99
7.2.2.	De geografische spreiding van oefentherapeuten-Cesar	100
7.2.3.	Praktijkvorm en praktijkorganisatie	100
7.2.4.	Opleiding en nascholing	101
7.2.5.	Beroepsvereniging	101
7.3.	Taken en werkwijzen	102
7.3.1.	Oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg	102
7.3.2.	Oefentherapie-Cesar in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg	103
7.3.3.	Oefentherapie-Cesar in andere sectoren	104
7.3.4.	Relatie met verwijzers	104
7.4.	Het gebruik van de zorg	105
7.4.1.	Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten	105
7.4.2.	Classificatie en registratie	108
7.5.	Kwaliteit van zorg	109
7.6.	Kosten, regelingen en financieringen	110
7.7.	Samenvatting	110
	Literatuur	112
8.	OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK	113
8.1.	Inleiding	113
8.2.	Het aanbod van zorg door oefentherapeuten-Mensendieck	114
8.2.1.	Omvang en samenstelling van de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck	115
8.2.2.	De geografische spreiding van oefentherapeuten-Mensendieck	115
8.2.3.	Praktijkvorm en praktijkorganisatie	116
8.2.4.	Opleiding en nascholing	116
8.2.5.	Beroepsvereniging	117
8.3.	Taken en werkwijzen	117
8.3.1.	Oefentherapie-Mensendieck in de eerstelijnsgezondheidszorg	117
8.3.2.	Oefentherapie-Mensendieck in de tweedelijnsgezondheidszorg	119
8.3.3.	Oefentherapie-Mensendieck in andere sectoren	119
8.3.4.	Relatie met verwijzers	120

8.4.	Het gebruik van de zorg	120
8.4.1.	Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten	120
8.4.2.	Classificatie en registratie	122
8.5.	Kwaliteit van de zorg	123
8.6.	Kosten, regelingen en financieringen	123
8.7.	Samenvatting	124
	Literatuur	126
9.	PODOTHERAPIE	129
9.1.	Inleiding	129
9.2.	Het aanbod van zorg door podotherapeuten	129
9.2.1.	Omvang en samenstelling van de beroepsgroep podotherapeuten	130
9.2.2.	De geografische spreiding van podotherapeuten	131
9.2.3.	Praktijkvorm en praktijkorganisatie	131
9.2.4.	Opleiding en nascholing	131
9.2.5.	Beroepsvereniging	132
9.3.	Taken en werkwijze	132
9.3.1.	Podotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg	132
9.3.2.	Podotherapie in de tweedelijnsgezondheidszorg	133
9.3.3.	Relatie met verwijzers	134
9.4.	Het gebruik van de zorg	134
9.4.1.	Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten	135
9.4.2.	Classificatie en registratie	136
9.5.	Kwaliteit van zorg	137
9.6.	Kosten, regelingen en financieringen	137
9.7.	Samenvatting	139
	Literatuur	140

BIJLAGEN

SAMENVATTING

In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is een studie verricht naar de programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen, te weten: ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie.

In het onderhavige rapport worden aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek op het gebied van deze beroepen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd enerzijds op gesprekken met personen die een sleutelpositie in het betreffende veld innemen en anderzijds op overzichten over het bestaande onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen. Deze aanbevelingen kunnen als volgt samengevat worden:

Ondersteuning van onderzoek

1. De aanbeveling met de meest algemene strekking is om onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen te ondersteunen. Dit in verband met het optimaliseren van de bijdrage van de betreffende beroepen aan het verbeteren van de functionele toestand ('kwaliteit van leven').

Thema's van onderzoek

2. Twee elementaire onderzoekthema's, waaraan prioriteit gegeven dient te worden, zijn: (a) een algemeen beschrijvend onderzoek (in kwantitatieve termen) naar de aard van de aandoeningen, de behandelingen en de relatie met medische verwijzers op het terrein van elk van de beroepen en (b) een classificatie van aandoeningen (met speciale aandacht voor de classificatie van functionele afwijkingen), verrichtingen en eventueel andere aspecten. Voorafgaand aan verder onderzoek dient eerst onderzoek rond deze twee thema's gedaan te worden. Op het gebied van ergotherapie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie wordt momenteel onderzoek rond deze thema's uitgevoerd of zijn subsidieaanvragen ingediend. Op het gebied van logopedie is een subsidieaanvraag ingediend voor het maken van een indeling van stoornissen. Als deze aanvragen gehonoreerd worden, resteert met name nog een indeling van verrichtingen in de logopedie en een beschrijvend onderzoek op het gebied van de logopedie.
3. Ten aanzien van het beleidsthema 'organisatie en financiering van de zorg' is het van belang onderzoek te doen naar (a) het bereik van de zorg; (b) methoden om de relatie tussen medische verwijzers en be-

roepsbeoefenaren te optimaliseren; (c) de samenwerking en afgrenzing tussen paramedische beroepen en tussen paramedische en medische beroepen en (d) de positie van paramedische beroepen in andere landen.

4. Om een beleid te kunnen voeren ten aanzien van 'de kwaliteit van curatieve en preventieve zorg' is het van belang over gegevens te beschikken omtrent effecten van interventies. Gezien het vrijwel geheel ontbreken van een onderzoekstraditie in deze richting is het van belang het onderzoek aanvankelijk vooral te richten op het ontwikkelen en uittesten van richtlijnen en protocollen voor interventies (fase II onderzoek). Vervolgens dienen deze protocollen en richtlijnen in gecontroleerd onderzoek getoetst te worden (fase III onderzoek). Het is van belang eerst fase II onderzoek te doen en dan pas fase III onderzoek. In het fase II onderzoek worden de interventiemethoden en -doelen geëxpliciteerd en gestandaardiseerd. De relevantie van fase III onderzoek neemt aanmerkelijk toe als gebruik gemaakt kan worden van de gestandaardiseerde interventies die in fase II onderzoek ontwikkeld zijn. Met onderzoek dient begonnen te worden bij aandoeningen die betrekkelijk frequent vóórkomen en bij interventies die betrekkelijk effectief geacht worden. Zowel nieuwe ontwikkelingen als reeds ingeburgerde interventies dienen onderzocht te worden.

Zowel bij geformaliseerd onderzoek als bij het evalueren van de dagelijkse praktijk zijn meetinstrumenten benodigd. Het verdient aanbeveling meer bekendheid aan bestaande instrumenten te geven, beroepsspecifieke meetinstrumenten te ontwikkelen en een overzicht te geven van aanzetten tot dergelijke beroepsspecifieke instrumenten. Het ontwikkelen van instrumenten dient plaats te vinden in het kader van het uittesten van protocollen en richtlijnen.

5. Ten aanzien van beleidsthema's 'opleiding en deskundigheid' is het van belang onderzoek te doen naar (a) de wenselijkheid van universitaire kopstudies; (b) de behoefte aan en organisatie van na- en bijscholing en (c) de specifieke deskundigheden van beroepsbeoefenaren.

Setting van onderzoek

6. Gezien het feit dat de opleidingen over veel inhoudelijke kennis, maar over zeer weinig onderzoeksmatige deskundigheden en mogelijkheden beschikken verdient het aanbeveling samenwerking tussen enerzijds opleidingen en/of ontwikkelingsinstellingen en anderzijds onderzoeksinstellingen te stimuleren. Er zijn diverse vormen van samenwerking mogelijk.

7. Het onderzoek dient zodanig vorm gegeven te worden dat praktizerende beroepsbeoefenaren niet te zwaar met onderzoekswerkzaamheden belast worden. Voor onderzoekswerkzaamheden dient een financiële vergoeding gegeven te worden.
8. In veel onderzoeksprojecten dient ruimte gecreëerd te worden voor het expliciteren en ontwikkelen van beroepsinhoudelijke kennis. Het is daarbij van zeer veel belang dat dergelijke ontwikkelingsactiviteiten zeer nauw aansluiten bij onderzoek.

Sturing van onderzoek

9. Op het laten verrichten van deze programmeringsstudie dient daadwerkelijke sturing van onderzoek te volgen. Zonder sturing is het onwaarschijnlijk dat het onderzoek zich volgens bepaalde lijnen zal ontwikkelen. Er zijn verschillende vormen van sturing mogelijk. Aangrijpingspunt voor de sturing is de financiering van onderzoek. Het gericht beschikbaar stellen van financiële middelen zal ertoe bijdragen dat het onderzoek zich langs de gewenste lijnen ontwikkelt.

DEEL I
PROGRAMMERINGSSTUDIE

1. INLEIDING

1.1. Probleem- en doelstelling

Professionalisering

De paramedische beroepen waarop deze programmeringsstudie betrekking heeft - ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie - verkeren in een tamelijk vroeg stadium van professionalisering. Hoewel deze beroepen, de meeste zowel in Nederland als daarbuiten, al geruime tijd uitgeoefend worden, zijn deze beroepen vanuit het oogpunt van professionalisering vrij jong. Hiermee wordt bedoeld dat het proces, waarin een beroepsgroep tracht een eigen positie binnen de gezondheidszorg te verkrijgen of te behouden, zich nog in een vroege fase bevindt (Lulofs, 1981; Van der Krogt, 1988). De kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, is nog weinig geëxpliciteerd en getoetst. In veel gevallen is de beroepsuitoefening vooral gebaseerd op ervaringskennis. Hoewel deze ervaringskennis zeer adequaat kan zijn, is deze kennis onvoldoende geëxpliciteerd en getoetst. Wetenschappelijke onderbouwing van deze kennis - in de vorm van expliciteren, systematiseren en toetsen - heeft nauwelijks plaatsgevonden. Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing betekent een belemmering voor de verdere ontwikkeling van de beroepsuitoefening. Tevens heeft de relatie met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg - in het bijzonder met artsen - veelal nog weinig vorm gekregen. Hoewel de relatie tot artsen wettelijk vastligt, is deze relatie in de praktijk sterk afhankelijk van toevallige omstandigheden. Een meer systematische vormgeving van deze relatie heeft niet plaatsgevonden.

Kwaliteit van leven

Bij de uitoefening van hun beroep richten de betreffende paramedici zich veelal op doelen, waarvan het belang in de gezondheidszorg in toenemende mate onderkend wordt. Het gaat hierbij enerzijds om het verbeteren van de functionele toestand van patiënten en anderzijds om de preventie van afwijkingen. Van oudsher richt de geneeskunde zich op diagnose en behandeling van organische pathologie. Het verbeteren van de functionele toestand van patiënten ('kwaliteit van leven') en de preventie van afwijkingen zijn doelen die hieraan complementair zijn. Het belang van deze twee doelstellingen wordt in toenemende mate onderschreven (Granger et al., 1987; Verhaak en De Vries, 1987). De betreffende paramedici richten zich bij de uitoefening van hun beroep juist op deze doelstellingen. Dit betekent dat vanuit deze beroepsgroepen een belangrijke bijdrage wordt gegeven dan-

wel gegeven kan worden aan het verbeteren van de functionele toestand en/of aan het voorkomen van afwijkingen. Als gevolg van het nog vroege stadium van professionalisering wordt deze bijdrage nog onvoldoende gerealiseerd. Het is daarom nodig de interventies, die door de betreffende paramedici gehanteerd worden, verder te ontwikkelen en beter in te zetten dan nu het geval is.

Onderzoek

Eén van de strategieën om hieraan een bijdrage te leveren bestaat uit het verrichten van onderzoek. Het verdiepen van de kennis over de positie in de gezondheidszorg en de kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, kan in belangrijke mate bijdragen aan het proces van professionalisering. Dit streven wordt veelal aangeduid met de term 'verwetenschappelijking van de beroepspraktijk'. Er doet zich hier echter het fenomeen voor dat er allerlei initiatieven voor onderzoek genomen worden, zonder dat er sprake is van enige coördinatie. Diverse groeperingen en instanties ontwikkelen plannen voor onderzoek zonder dat sprake is van samenhang of afstemming. Dit brengt het risico met zich mee dat er weinig lijn in het onderzoek zit en de onderzoeksinspanningen gefragmenteerd worden. Ook lijkt het erop dat te weinig geprofiteerd wordt van ervaringen met 'verwetenschappelijking', die op andere terreinen, zoals de fysiotherapie en de huisartsgeneeskunde, zijn opgedaan. De efficiëntie van het onderzoek kan verhoogd worden als wel van deze ervaringen geprofiteerd wordt. Het tegengaan van gefragmenteerd en weinig efficiënt onderzoek is van bijzonder veel belang. Zowel vanuit het oogpunt van een optimale behandeling van patiënten, als vanuit het oogpunt van een zo doelmatig mogelijke inzet van beschikbare middelen, kan gepleit worden voor een samenhangende en efficiënte onderzoeksinspanning.

Doelstelling

Het doel van deze programmeringsstudie is om - tegen de achtergrond van een overzicht over de bestaande kennis over deze beroepen - aanbevelingen te formuleren voor toekomstig onderzoek op het terrein van enkele paramedische beroepen, te weten: ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie. Deze aanbevelingen hebben betrekking op twee onderwerpen: (i) de thema's van toekomstig onderzoek en (ii) de setting van toekomstig onderzoek.

In zijn algemeenheid is het stellen van onderzoeksprioriteiten gebaseerd enerzijds op een inventarisatie en ordening van ideeën over toekomstig onderzoek en anderzijds op het maken van een keuze op basis van beleidsmatige overwegingen. Conform de opdracht voor deze programmeringsstudie worden in dit rapport de ideeën over toekomstig onderzoek geïnventariseerd en geordend. Op grond van deze ordening zal aanbevolen worden prioriteit te geven aan bepaalde onderzoeksthema's. Verdere priori-

teitstelling op basis van beleidsmatige overwegingen valt buiten het bereik van deze studie.

1.2. Werkwijze

Opzet

In deze programmeringsstudie zijn twee onderdelen te onderscheiden. Het eerste onderdeel betrof het maken van overzichten van het onderzoek - in de ruimste zin van het woord - dat in Nederland verricht is op het gebied van de betreffende paramedische beroepen. Deze overzichten zijn in dit verslag opgenomen als hoofdstuk 5 tot en met hoofdstuk 9. Het tweede onderdeel betrof de eigenlijke programmeringsstudie. Om aanbevelingen voor onderzoek te formuleren zijn gesprekken gevoerd met personen die sleutelposities innemen in de betreffende paramedische beroepen of in instellingen die nauw betrokken zijn bij onderzoek op het gebied van deze beroepen. Deze gesprekken vonden plaats op basis van enerzijds de overzichten over het bestaande onderzoek en anderzijds een korte notitie over deze programmeringsstudie. In deze notitie werd de doelstelling van deze studie uiteengezet, uitmondend in een vijftal vragen. Deze vragen hadden betrekking op de thema's en de setting van toekomstig onderzoek en de overzichten over het bestaande onderzoek. Deze notitie is in dit verslag opgenomen als bijlage 2.

Gesprekspartners

Bij het selecteren van personen met wie een gesprek gevoerd werd, is als volgt te werk gegaan. Er werden een viertal sectoren aangewezen, waaruit één of meer vertegenwoordigers voor een gesprek uitgenodigd zouden worden. Deze sectoren waren:

- de beroepsverenigingen en de beroepsopleidingen;
- het Ministerie van WVC en de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI);
- de Ziekenfondsraad;
- onderzoeks- en ontwikkelingsinstellingen die werkzaam zijn op het terrein van paramedische beroepen.

Het bestuur van elk van de beroepsverenigingen werd benaderd met het verzoek een vertegenwoordiger uit de beroepsvereniging en uit de opleidingen aan te wijzen. Het Ministerie van WVC, de GHI en de Ziekenfondsraad werden met een soortgelijk verzoek benaderd. De onderzoeks- en ontwikkelingsinstellingen die benaderd werden waren de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de vakgroep Epidemiologie en Gezondheidszorg-onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg en het Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing. De lijst met personen met wie gesprekken zijn gevoerd is opgenomen in bijlage 1.

Weergave van de interviews

Bij het verwerken van de antwoorden op de vragen is voor de volgende aanpak gekozen. Bij de beantwoording van de vragen bleek een aantal centrale onderwerpen onderscheiden te kunnen worden. Hoewel de meningen over deze onderwerpen soms uiteenliepen, bleken deze onderwerpen op zich herhaaldelijk terug te komen als onderwerp van gesprek. Om deze reden is de weergave van de gesprekken rond deze centrale onderwerpen gestructureerd. Bij elk onderwerp wordt in dit verslag een uiteenzetting gegeven over de verschillende meningen (standpunten) en de overwegingen die daaraan ten grondslag liggen. Zoals reeds eerder opgemerkt, bleken deze meningen soms uiteen te lopen. In dit verslag zijn deze verschillende meningen zo goed mogelijk weergegeven. Vervolgens worden - op basis van een overzicht van het geheel van meningen - aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gegeven.

Aan de gesprekspartners werden, behalve de notitie over de programmeringsstudie, ook de literatuuroverzichten toegestuurd (voorzover relevant). In het interview werd om commentaar op die overzichten gevraagd. Dit commentaar is niet apart weergegeven, maar in de overzichten verwerkt.

Verantwoording van de werkwijze

Een korte verantwoording van deze werkwijze is hier op zijn plaats. Bij de keuze voor deze werkwijze speelde een aantal overwegingen een rol. Enerzijds is het van bijzonder groot belang dat deze programmeringsstudie zo goed mogelijk de mening weergeeft van personen die nauw betrokken zijn bij onderzoek op het gebied van de betreffende paramedische beroepen. Daarom is gekozen voor een vrij uitgebreide serie gesprekken, waarin van gedachten gewisseld kon worden op basis van een interviewschema. Anderzijds is het niet zinvol uit deze meningen via een kwantitatieve aanpak een soort gemiddelde te destilleren. Het gemiddelde van twee tegengestelde meningen is 'geen mening' en dat is het soort uitkomst waar op dit moment juist geen behoefte aan is. Ook gaat bij een kwantitatieve aanpak het probleem van de selectie van gesprekspartners een grote rol spelen. Door personen met een bepaalde mening juist wel of juist niet uit te nodigen voor een gesprek zou de uitkomst van de berekening van 'het gemiddelde' sterk beïnvloed kunnen worden. Om deze redenen is, in plaats voor een kwantitatieve aanpak, voor een kwalitatieve aanpak gekozen. De uiteenzetting over de verschillende meningen waarborgen de representativiteit van deze studie. Op basis van het geheel van meningen zijn aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen kunnen gezien worden als de uitkomst van een - hopelijk weloverwogen - analyse van de verschillende standpunten.

1.3. Indeling van dit rapport

De probleem- en doelstelling en de werkwijze in deze programmeringsstudie zijn hierboven beschreven. De rest van deel I van dit rapport betreft de uitkomsten van de programmeringsstudie. Hoofdstuk 2 heeft betrekking op de thema's van toekomstig onderzoek. In hoofdstuk 3 worden aspecten van de setting van toekomstig onderzoek besproken. Hoofdstuk 4 betreft de conclusies en aanbevelingen van deze studie.

In deel II (hoofdstuk 5 tot en met hoofdstuk 9) wordt een overzicht gegeven van het onderzoek dat in Nederland verricht is op het gebied van elk van de betreffende paramedische beroepen. De aanbevelingen voor toekomstig onderzoek in deel I worden gegeven tegen de achtergrond van het overzicht over de bestaande kennis. Voor degenen die onbekend zijn met de betreffende paramedische beroepen is het aan te bevelen zich eerst op deel II van dit rapport te oriënteren.

2. THEMA'S VAN ONDERZOEK

In het interview, waarop deze programmeringsstudie gebaseerd is, hadden twee vragen betrekking op de thema's van toekomstig onderzoek. Een vraag betrof de specifieke onderwerpen en een andere vraag betrof het kader van waaruit deze onderwerpen bestudeerd kunnen worden (vraag 1 en 2, zie bijlage 2). In de praktijk bleken deze vragen min of meer als een geheel beantwoord te worden en daarom zijn ook in dit rapport deze vragen samen genomen.

Bij de beantwoording van de vragen is een grote diversiteit aan onderwerpen genoemd. Het geheel overziend bleken deze onderwerpen in een aantal centrale thema's ingedeeld te kunnen worden. Deze centrale thema's zijn: (1) plaats en functie van de betreffende beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg; (2) classificatie van afwijkingen en verrichtingen; (3) behandelingsmethoden; (4) preventieve interventies; (5) meetinstrumenten en (6) opleiding.

2.1. Plaats en functie

Het begrip 'plaats van het beroep in de gezondheidszorg' verwijst naar de sector van de gezondheidszorg (basis-, extramurale en intramurale gezondheidszorg) waarin de beroepsbeoefenaren werkzaam zijn, de relatie met andere groeperingen in de gezondheidszorg (in het bijzonder met de medische verwijzer) en de maatregelen die op deze onderwerpen betrekking hebben. Het begrip 'functie van het beroep' verwijst naar het type afwijkingen en aandoeningen dat behandeld wordt, de doeleinden van de behandeling en de daarbij gebruikte behandelmethoden. Onderzoek naar plaats en functie kan zowel een beschrijvend als een evaluerend karakter hebben. Het beschrijvende onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de huidige plaats en functie van beroepen of bepaalde sectoren daarvan in de gezondheidszorg. Het evaluerende onderzoek is gericht op het bepalen van het effect van maatregelen gericht op verbetering van plaats of functie van (een sector van) de beroepsgroepen. Ook kan het evaluerende onderzoek betrekking hebben op het effect van andersgerichte maatregelen, die echter wel consequenties hebben voor de beroepsgroep.

Aan de ene kant van het spectrum van meningen over dit thema wordt veel belang gehecht aan onderzoek naar 'plaats en functie'. Een goede documentatie van plaats en functie en evaluatie van maatregelen die daarop van

invloed zijn is zowel voor de beroepsgroep zelf als voor beleidsvoerende instanties die met de beroepsgroep in aanraking komen van veel belang. Dit belang kan duidelijk gemaakt worden door binnen het algemene thema 'plaats en functie' een aantal meer specifieke onderwerpen te onderscheiden. Deze onderwerpen zijn:

- (i) Een algemene beschrijving - in kwantitatieve termen - van de plaats en functie van de beroepsgroep in de gezondheidszorg. Het beschrijven van functionele afwijkingen, aandoeningen, behandeldoelen en behandelmethoden leidt tot het expliciteren van beroepsinhoudelijke kennis. Deze explicitering vormt een uitgangspunt voor verdere verdieping en ontwikkeling van de beroepsinhoudelijke kennis. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen beroepsbeoefenaren en medische verwijzers: een beschrijving van deze relatie vormt het uitgangspunt voor activiteiten die op verbetering van deze relatie gericht zijn.

Behalve voor professionalisering van de beroepen kan een algemeen overzicht van de beroepsuitoefening ook op andere terreinen gebruikt worden. Als men de behandeling van een bepaalde aandoening wil stimuleren, dient men te weten welke beroepsgroepen bij de behandeling van patiënten betrokken zijn. Een overzicht kan ook gebruikt worden bij de ontwikkeling en onderbouwing van beroepsprofielen en bij de planning van opleiding en nascholing. Tenslotte is dergelijke informatie van belang voor het bepalen van onderzoeksprioriteiten en de planning van onderzoek.

Bij het beschrijvende onderzoek dient recht gedaan te worden aan beroepsinhoudelijke aspecten. Deze aspecten dienen met name duidelijk aan de orde te komen bij de beschrijving van de functionele afwijkingen, die door de beroepsbeoefenaren onderscheiden worden en bij de beschrijving van de doelen waarop de behandeling gericht is. Het beschrijvende onderzoek dient hier een nauwe relatie te hebben met het thema 'classificatie' (zie paragraaf 2.2).

Uit de literatuuroverzichten (zie deel II) blijkt dat van de betreffende paramedische beroepen vrij goed bekend is in welke sector van de gezondheidszorg zij werkzaam zijn. Veel minder is echter bekend over de relatie tussen verwijzers en beroepsbeoefenaren, over de aard van de klachten die behandeld worden en over de aard van de toegepaste behandelingen. Voorzover hier informatie over beschikbaar is, kunnen daar kritische kanttekeningen bij gemaakt worden. Deze kanttekeningen betreffen ondermeer het feit dat alleen over bepaalde sectoren van de zorg informatie beschikbaar is. Ook zijn de beroepsinhoudelijke aspecten dikwijls moeilijk te interpreteren door het ontbreken van een algemeen en geaccepteerd begrippenkader achter de verzamelde gege-

vens. Gezien deze tekortkomingen is het van belang beschrijvende onderzoeken te doen waarin tegemoet gekomen wordt aan deze kritiek.

Hier dient opgemerkt te worden dat er een subsidieaanvraag ingediend is voor een beschrijvend onderzoek op het gebied van de ergotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie. Het is waarschijnlijk dat een dergelijk onderzoek in de nabije toekomst uitgevoerd zal worden. Of een dergelijk onderzoek op het gebied van de logopedie uitgevoerd zal worden is momenteel niet zeker.

- (ii) Een onderwerp dat nauw samenhangt met het vorige is de afgrenzing en de samenwerking tussen paramedische beroepen. Het gaat hier enerzijds om het expliciteren van overeenkomsten en verschillen in indicaties, behandeldoelen en behandelmethoden. Anderzijds gaat het om de vraag hoe - bij een bepaalde aandoening - vanuit verschillende beroepsgroepen een bijdrage aan de behandeling gegeven kan worden. De vraag naar afgrenzing en samenwerking doet zich heel pregnant voor bij paramedische beroepen die zich primair bezig houden met aandoeningen van het bewegingsapparaat. Hiertoe behoort uitdrukkelijk ook de fysiotherapie, hoewel deze buiten het kader van deze programmeringsstudie valt. Maar ook ten aanzien van de logopedie en de andere paramedische beroepen is de vraag naar samenwerking en afgrenzing van belang.

Uit de literatuuroverzichten blijkt dat er vrijwel geen gegevens beschikbaar zijn om antwoord te kunnen geven op bovengenoemde vragen. Het ontbreken van inzicht in elk van de beroepen apart maakt dat thans uitspraken over de raakvlakken tussen de beroepen vrijwel geheel uitgesloten zijn.

- (iii) Er liggen belangrijke vragen over de gevolgen van organisatie en financiering van de zorg voor de bereikbaarheid en de inhoud van de zorg. Ergotherapie is momenteel vrijwel uitsluitend in het kader van intramurale zorg bereikbaar. Uit experimenten met ergotherapie in de eerste lijn (zie hoofdstuk 5) lijkt naar voren te komen dat daarbij ergotherapie voor een geheel andere groepering patiënten bereikbaar wordt dan nu het geval is in de intramurale instellingen. Op dit moment bestaat echter geen duidelijkheid over de vraag of ergotherapie in de extramurale setting organisatorisch en financieel ondergebracht moet worden en welke gevolgen dat heeft voor de bereikbaarheid van de zorg. Ten aanzien van logopedie bestaan er vragen over de gevolgen van een grotere vrijheid bij het besteden van formatie-budgetten voor de bereikbaarheid van logopedie op scholen. Tevens is er een tendens dat logopedie op scholen steeds meer beperkt wordt tot screening en advise-

ring, ten koste van het curatieve aspect. Op deelterreinen van de logopedie bestaan belangrijke vragen over de gevolgen van de organisatie en financiering van de zorg voor het al of niet optimaal behandelen van patiënten. Ondermeer bestaan deze vragen op het gebied van de stotterbehandelingen. Ten aanzien van oefentherapie-Mensendieck doet zich een verschuiving voor in de richting van eerstelijnszorg en preventieve zorg. De vraag kan gesteld worden welke gevolgen dit heeft voor de inhoud van het vak. Podotherapie behoort momenteel niet tot het verstrekkingenpakket van ziekenfondsen. Hoewel in een aantal gevallen toch vergoeding plaatsvindt is het de vraag of podotherapie in deze situatie voldoende bereikbaar is.

- (iv) Een belangrijk onderwerp is de relatie tussen medische verwijzers en de betreffende paramedici. Het gaat hier niet om een algemene beschrijving van deze relatie, maar vooral om de vraag hoe deze relatie verbeterd kan worden. Twee onderwerpen zijn van belang. Enerzijds gaat het om de kennis van medische verwijzers over indicaties voor de betreffende paramedische zorg. De vraag doet zich voor of deze kennis voldoende is, hoe deze kennis verbeterd kan worden en hoe de verwijzers beter gebruik kunnen maken van de kennis van de paramedici. Anderzijds zijn er knelpunten bij de preventieve interventies van paramedici. Voor het verlenen van paramedische zorg is een medische indicatie vereist, terwijl bij preventie deze indicatie veelal (nog) niet aanwezig is. De vraag doet zich voor hoe met deze tegenstrijdigheid omgegaan moet worden.
- (v) Internationaal vergelijkend onderzoek. Bij dergelijk onderzoek kan, behalve de plaats en functie, ook de opleiding van de beroepen in verschillende landen vergeleken worden. Informatie hierover is enerzijds van belang in het kader van de eenwording van de Europese markt en de daarmee samenhangende migratie van beroepsbeoefenaren. Om te kunnen bepalen of aan migrerende beroepsbeoefenaren aanvullende eisen gesteld moeten worden, dient men informatie over het beroep in het land van herkomst tot beschikking te hebben. Anderzijds biedt dergelijk onderzoek een perspectief van waaruit vormgegeven kan worden aan de regelgeving ten aanzien van de beroepen of opleidingen in Nederland. Het optimaliseren van de regelgeving in Nederland wordt vergemakkelijkt als men over een buitenlands referentiepunt beschikt (hiermee wordt uiteraard niet bedoeld dat men zich zondermeer conformereert aan de buitenlandse regelingen).

Hierboven is aangegeven welke onderwerpen aan de ene kant van het meningenspectrum van belang geacht worden en de redenen daarvan. Aan de andere kant van het spectrum van meningen over het onderwerp 'plaats

en functie' wordt het belang van het onderwerp weliswaar onderkend, maar is tegelijkertijd het enthousiasme voor dergelijk onderzoek niet erg groot. Van deze kant wordt erop aangedrongen de fase van het onderzoek naar functie en plaats niet te lang te laten duren, omdat deze fase niet direct bijdraagt aan kennis over de vraag of de behandelingen effectief zijn. De voorkeur wordt gegeven aan andere onderzoeksthema's, in het bijzonder onderzoek naar de effecten van interventies. Een oriëntatie op 'plaats en functie' wordt daarbij noodzakelijk geacht, maar deze oriëntatie dient van korte duur te zijn. Tevens wordt er van deze zijde op aangedrongen dat de 'schotten' tussen verwante beroepen zoveel mogelijk weggehaald dienen te worden. Er wordt verondersteld dat er zeer sterke overeenkomsten zijn tussen de werkwijzen van bepaalde beroepen. Deze werkwijzen - en niet de beroepsgroepen - dienen in onderzoek centraal gesteld te worden. Daarbij gaat het in het bijzonder om het bepalen van het effect van deze werkwijzen.

2.2. Classificatie

Op het terrein van de gezondheidszorg kunnen classificaties ontwikkeld worden voor ondermeer aandoeningen (in de ruimste zin van het woord: ziekten, stoornissen, afwijkingen, etc.) en verrichtingen (zowel diagnostische als therapeutische verrichtingen). Het onderzoek en de behandeling van de betreffende paramedische beroepen heeft betrekking op functionele afwijkingen. Deze functionele afwijkingen kunnen het gevolg zijn van ziekten, maar kunnen ook op andere wijze ontstaan. Voor het benoemen van ziekten kan gebruik gemaakt worden van standaardclassificaties op het gebied van medische gegevens. Voor het benoemen van functionele afwijkingen in de ergotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie is een apart classificatiesysteem nodig. Medische classificaties zijn hiervoor niet geschikt (Heerkens et al., 1990). In het kader van de WHO is de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, WHO, 1980) ontwikkeld. Functionele afwijkingen worden in de ICIDH op drie niveaus ingedeeld, te weten: het orgaanniveau (stoornissen), het gedragsmatig niveau (beperkingen) en het sociale niveau (handicaps). Een stoornis is gedefinieerd als een afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie. Een beperking is gedefinieerd als een vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de rijkwijdte van de uitvoering. Een handicap is gedefinieerd als een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal-culturele achtergrond) begrenst of ver-

hindert. De ICDH heeft de status van proefclassificatie. Dit betekent dat op basis van ervaringen met de ICDH in de praktijk een aangepaste versie ontwikkeld zal worden. Voor de betreffende paramedische beroepen lijkt de ICDH een goed uitgangspunt te bieden voor de classificatie van functionele afwijkingen. Er zijn echter aanzienlijke aanpassingen en uitwerkingen van de ICDH nodig om recht te doen aan de beroepsinhoudelijke kennis en ervaring. Vanuit het perspectief van de betreffende beroepsbeoefenaren is de bestaande indeling van de ICDH in een aantal opzichten te grof en te weinig informatie. Aanpassing en verfijning is daarom gewenst. Dit kan uitmonden in een formeel voorstel voor aanpassing van de ICDH in het kader van de herziening van de ICDH die momenteel plaatsvindt. Het is echter ook mogelijk te volstaan met het maken van de indeling van afwijkingen die afgeleid is uit de ICDH, zonder dat beoogd wordt een formele bewerking van de ICDH te bewerkstelligen.

Ten aanzien van de classificatie van paramedische verrichtingen gelden soortgelijke overwegingen. Er bestaan standaardclassificaties voor medische verrichtingen, die zowel op diagnostische als therapeutische verrichtingen betrekking hebben. Ook op het gebied van paramedische beroepen is behoefte aan een dergelijke classificatie (Heerkens et al., 1990). De diagnostische en therapeutische verrichtingen lijken echter niet goed ondergebracht te kunnen worden in de medische classificaties. Het ontwikkelen van een classificatie van verrichtingen op het gebied van de paramedische bewegingsberoepen - al of niet aansluitend bij soortgelijke medische classificaties - is daarom gewenst.

Tenslotte blijkt er voor bepaalde paramedische beroepen behoefte zijn aan een classificatie van hulpmiddelen en een classificatie van bezigheden. Ook op deze terreinen kan niet volstaan worden met bestaande standaardclassificaties. Een bewerking danwel aanvulling op bestaande classificaties is nodig (Heerkens et al., 1990).

Er dient hier onderstreept te worden dat het bovenstaande betrekking heeft op ergotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie. Een oriëntatie op de behoefte aan classificatie op het gebied van de logopedie heeft niet plaatsgevonden. Het is echter duidelijk dat op het gebied van logopedie in ieder geval behoefte is aan een indeling van stoornissen. Bij het maken van een dergelijke indeling kan aangesloten worden bij de ICDH. In hoeverre behoefte is aan een classificatie van andere aspecten van de beroepsuitoefening is momenteel niet duidelijk.

Aan de ene kant van het spectrum van meningen over dit thema wordt veel belang gehecht aan het ontwikkelen en uittesten van classificaties. Een uniforme classificatie is van essentiële betekenis voor de communicatie tussen beroepsbeoefenaren onderling, tussen verwijzers en beroepsbeoefenaren en tussen beleidsvoerende instanties en beroepsbeoefenaren. Het ontbreken van een uniforme terminologie leidt tot misverstanden. Om misver-

standen te voorkomen wordt dikwijls op ad hoc basis veel energie gestoken in het definiëren van termen en begrippen. Het gevolg is dat veel dubbel werk verricht wordt en de ontwikkelde producten vaak niet geheel en al bevredigend zijn. Behalve voor de communicatie zijn (standaard)classificaties ook van belang voor de professionalisering van de beroepen. Het benoemen van functionele afwijkingen en van diagnostische en therapeutische verrichtingen leidt ertoe dat de kennis, waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, geëxpliciteerd en verdiept wordt.

Aan de andere kant van het meningenspectrum wordt het belang van 'classificatie' onderkend. Vanuit de wens onderzoek naar de effecten van interventies te doen wordt van deze zijde er echter op aangedrongen niet onnodig lang energie te besteden aan de ontwikkeling van classificaties. De prioriteit wordt gelegd bij onderzoek naar de effecten van interventies.

Van alle zijden wordt erop aangedrongen dat voor de verschillende beroepen zoveel mogelijk gemeenschappelijke classificaties ontwikkeld worden. Een classificatie dient het niveau van een bepaalde beroepsgroep te overstijgen en juist een zo groot mogelijk gebied te beslaan. Dit komt de communicatie tussen personen binnen en buiten een bepaalde beroepsgroep ten goede.

Hier dient opgemerkt te worden dat er momenteel een aantal classificaties voor ergotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie ontwikkeld worden (Heerkens et al., 1990). Er is een subsidieaanvraag ingediend voor het maken van een indeling van stoornissen in de logopedie.

2.3. Behandelingsmethoden

Gezien het feit dat een zeer belangrijk deel van de werkzaamheden van de betreffende paramedische beroepen uit de behandeling van patiënten bestaat, is onderzoek naar behandelingsmethoden van veel belang. Uit de literatuuroverzichten (deel II) blijkt dat dergelijk onderzoek nog nauwelijks verricht is. Wel is het zo dat er hier verschillen zijn tussen de beroepen: met name bij ergotherapie en logopedie zijn enkele explorerende studies gedaan, terwijl bij andere beroepen vrijwel geen enkel onderzoek naar behandelingsmethoden gedaan is.

Hier dient opgemerkt te worden dat de literatuuroverzichten zich beperken tot Nederlands onderzoek. Het is bekend dat in de buitenlandse literatuur enig onderzoek naar behandelingsmethoden gepubliceerd is. Gezien het doel van deze programmeringsstudie en de tijdsinvestering die nodig is om het buitenlandse onderzoek te ontsluiten, zijn deze buitenlandse studies niet

opgenomen. Het is van belang om in de toekomst de buitenlandse literatuur wel in ogenschouw te nemen.

Over het belang van onderzoek naar behandelingsmethoden bestaat weinig verschil van mening. Wel lopen de meningen uiteen over het soort onderzoek dat thans gewenst is. De verschillende standpunten kunnen opgevat worden als een pleidooi voor 'fase III onderzoek' respectievelijk een pleidooi voor 'fase II (of I) onderzoek'. In de interviews is niet in deze termen over het behandelingsonderzoek gesproken. Bij de verwerking van de resultaten van de interveivs bleek echter dat de verschillende standpunten in termen van fase I, II en III-onderzoek beschreven kunnen worden. Hieronder zal eerst kort deze terminologie uitgelegd worden, waarna vervolgens de verschillende standpunten beschreven worden.

Bij onderzoek naar effecten van behandelingsmethoden is het gebruikelijk onderscheid te maken tussen fase I, II en III onderzoek. Onderzoek uit fase I heeft betrekking op het uitproberen van een behandelingsmethode. Het primaire doel van onderzoek uit deze fase is zicht te krijgen op onbedoelde, schadelijke neveneffecten van een behandeling en de haalbaarheid van een behandeling. Onderzoek uit fase II betreft tamelijk kleinschalig onderzoek naar mogelijke effecten van een behandeling. Het primaire doel van onderzoek uit deze fase is zicht te krijgen op de aard van effecten van een behandelingsmethode. Fase II onderzoek kan al of niet gecontroleerd van aard zijn. Afhankelijk van de mate van controle in het onderzoeksontwerp is het mogelijk meer of minder gefundeerde uitspraken te doen over effecten van een behandeling. Onderzoek uit fase III betreft de uiteindelijke evaluatie van de effectiviteit van een behandelingsmethode in gecontroleerd onderzoek. Het primaire doel van onderzoek uit deze fase is het maken van een vergelijking tussen het effect van een bepaalde behandelingsmethode en een andere methode (veelal aangeduid als nieuwe behandeling respectievelijk standaardbehandeling).

Aan de ene kant van het spectrum van meningen wordt gepleit voor gecontroleerd onderzoek naar effecten van behandelingen (fase III onderzoek). Uitgangspunt daarbij is dat de beroepsbeoefenaren rekenschap dienen af te leggen ten aanzien van hun werkzaamheden, hetgeen ondermeer inhoudt dat de effectiviteit van behandelingen gedemonstreerd dient te worden. Het feit dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden om zorg te financieren maakt het noodzakelijk onderscheid te maken tussen effectieve en niet-effectieve behandelmethoden. Gezien de schaarste van middelen dienen niet-effectieve behandelmethoden geen beslag op de middelen te leggen.

Vanuit dit standpunt gezien kan effectonderzoek een sterk pragmatische inslag hebben. Dit betekent ondermeer dat het onderzoek vooral gericht is op het evalueren van bestaande interventies en minder op het ontwikkelen

van richtlijnen of protocollen voor een optimale behandeling. Het onderzoek wordt zodanig ingericht dat belangrijke beslissingsmomenten in bestaande behandelingen geëvalueerd worden. Daartoe wordt tevoren geanalyseerd of er bij een bepaalde groep patiënten (dat wil zeggen patiënten met een bepaalde aandoening) in de behandeling een belangrijke keuze gemaakt dient te worden. Een voorbeeld van een dergelijke keuze is het al of niet verwijzen van een patiënt naar een paramedicus; een ander voorbeeld is het maken van een keuze tussen twee of meer behandelingsstrategieën door de paramedicus. Als een dergelijk belangrijk keuzemoment gevonden is kan in gecontroleerd onderzoek nagegaan worden wat het effect op de gezondheid van de patiënt is van een bepaalde keuze ten opzichte van de andere keuze(n). Het onderzoek wordt bij voorkeur gedaan bij groepen patiënten die betrekkelijk frequent in behandeling genomen worden. Dit maakt het mogelijk om in relatief korte tijd relatief grote groepen patiënten bij het onderzoek te betrekken. Verder wordt bij voorkeur voor behandelingsmethoden die een betrekkelijk duidelijk effect geacht worden te hebben. Gezien de stand van kennis is het van belang het onderzoek te laten beginnen bij behandelingsmethoden waarvan verwacht mag worden dat het effect ook met minder geavanceerde technieken aantoonbaar is.

Deze aanpak leidt ertoe dat het effect van verschillende keuzen bepaald wordt. Deze aanpak leidt niet tot verklaringen omtrent het 'waarom' van bepaalde effecten. Men kan de verklarende waarde van het interventie-onderzoek vergroten door vergelijkingen te maken tussen specifieke interventies en specifieke subgroepen van patiënten.

Aan de andere kant van het meningenspectrum staat de opvatting dat het in veel gevallen nog te vroeg is voor een aanpak zoals hierboven beschreven. Het standpunt aan die zijde is dat het vooralsnog nodig is de bestaande therapeutische benaderingen te verbeteren en verder te ontwikkelen. Dit is nodig omdat de bestaande therapeutische benaderingen vooral gebaseerd zijn op ervaringskennis. Deze kennis is sterk gefragmenteerd en binnen een bepaalde beroepsgroep worden daardoor nogal uiteenlopende therapeutische benaderingen gehanteerd. Er is nog onvoldoende op systematische wijze nagedacht over de therapeutische benadering die de meeste kans van slagen heeft. Evenmin is er voldoende nagedacht over de theoretische onderbouwing van de therapeutische benaderingen. Tenslotte is vaak onvoldoende duidelijk welk type effecten een behandelingsmethode heeft (of kan hebben) en op welk moment deze effecten optreden. Een en ander leidt ertoe dat - hoewel het mogelijk is gecontroleerd onderzoek te doen - dit onvoldoende bij zal dragen aan de verdere ontwikkeling van het vak. Het is wel mogelijk om gecontroleerd onderzoek te doen, maar gezien de stand van kennis op het gebied van de betreffende beroepen moet getwijfeld worden aan het nut van de resultaten, gezien in het licht van de verdere ontwikkeling van de behandelingsmethoden.

Als alternatieve benadering wordt een benadering voorgesteld die typisch is voor fase II onderzoek (en in enkele gevallen zelfs fase I onderzoek). Er wordt voorgesteld concept-richtlijnen of concept-protocollen te ontwikkelen voor de behandeling van patiënten met een bepaalde aandoening. Deze concept-richtlijnen of protocollen worden gebaseerd op enerzijds de ervaringskennis van een aantal therapeuten en anderzijds theoretische inzichten uit de literatuur over behandelmethoden. Door het combineren van praktische ervaring en theoretische inzichten wordt beoogd de behandelingsmethode voor een bepaalde aandoening te optimaliseren. Als de concept-richtlijn of het concept-protocol ontwikkeld is, wordt deze vervolgens uitgetoetst. Het doel hiervan is enerzijds de richtlijn op basis van praktische ervaringen bij te stellen. Anderzijds is het doel om zicht te krijgen op de aard van de mogelijke effecten van de behandeling, het tijdstip waarop deze effecten optreden en de manier waarop deze effecten gemeten kunnen worden. Daartoe worden diverse aspecten van de gezondheidstoestand van patiënten, die volgens de concept-richtlijn behandeld worden, gedurende enige tijd gemeten. Deze gegevens worden enerzijds gebruikt om meetinstrumenten te perfectioneren en anderzijds om zicht te krijgen op mogelijke effecten van de behandeling. In een daarop volgend onderzoek dient het effect van de richtlijn in een gecontroleerd onderzoek vastgesteld te worden.

De gesprekken over onderzoek naar behandelingsmethoden werden vooral beheerd door de discussie over de twee hierboven geschetste benaderingen. Meer inhoudelijk getinte onderwerpen zijn nauwelijks aan de orde gekomen. Door sommige gesprekspartners werd een bepaalde theorie of theoretische stroming genoemd, maar duidelijke onderwerpen voor behandelingsonderzoek zijn niet ter sprake geweest.

Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de vertegenwoordigers van beide standpunten (zoals hierboven omschreven) in het algemeen wel begrip hebben voor het andere standpunt. Voorstanders van gecontroleerd onderzoek erkennen dat het vaak nodig zal zijn de bestaande behandelingen te verbeteren. Voorstanders van het ontwikkelen en uitproberen van protocollen erkennen dat deze vervolgens op gecontroleerde wijze getest dienen te worden. Desalniettemin blijven de meningen over prioriteiten verdeeld.

2.4. Preventie

Preventieve interventies vormen een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren. Hoewel deze

werkzaamheden thans niet altijd onder de noemer 'preventie' bekend zijn, zijn deze werkzaamheden wel als zodanig te kenmerken.

Onder de noemer van 'screenen', 'voorlichting', 'leefregels', 'adviezen' en 'oefeningen' vinden activiteiten plaats die bij uitstek preventief van aard zijn. Deze activiteiten betreffen zowel primaire, secundaire als tertiaire preventie. Primaire preventie is gedefinieerd als het voorkómen van aandoeningen; secundaire preventie is het vroegtijdig opsporen en behandelen van aandoeningen en tertiaire interventie is het voorkomen van invaliditeit of verslechtering bij gediagnosticeerde aandoeningen.

Preventieve activiteiten van ergotherapeuten betreffen vooral tertiaire preventie. Op het terrein van primaire en secundaire preventie zijn ergotherapeuten momenteel slechts beperkt werkzaam. Het is echter wel een terrein dat aan belang kan winnen, waarbij met name gedacht wordt aan de arbeids-situatie en vroegtijdige onderkenning.

Logopedisten zijn op alle drie de terreinen van preventie werkzaam. Primair preventieve activiteiten vinden plaats in basisgezondheidsdiensten, het onderwijs en bedrijfsinstellingen. Het screenen van bevolkingsgroepen op (beginnende) stoornissen is een vorm van secundaire preventie. Dit vindt met name op scholen plaats. Tertiaire preventie vindt plaats in het contact met patiënten. De preventieve gerichtheid van logopedisten komt ondermeer voort uit het feit dat de spraak- en zorgpedagogiek één van de 'wortels' van de logopedie is. Gezien de verwantschap tussen pedagogische en preventieve activiteiten is het verklaarbaar dat logopedie een sterke preventieve inslag heeft.

Hetzelfde geldt voor oefentherapie-Cesar en oefentherapie -Mensendieck. Deze beroepen zijn gebaseerd op een bewegingsleer. Gezien het bestaan van een theorie over hoe men zich dient te bewegen om klachten te voorkomen, is het begrijpelijk dat de beroepspraktijk een sterk preventief karakter krijgt. Oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck zijn op primair (en deels secundair) preventieve wijze werkzaam met specifieke groepen 'cliënten', zoals zwangeren, kinderen, ouderen, sportbeoefenaren en werknemers. Tertiaire activiteiten vinden vooral plaats in het kader van contacten met patiënten.

Preventie activiteiten van podotherapeuten zijn sterk in ontwikkeling. Voorbeelden van preventieve activiteiten van podotherapeuten zijn de voorlichting over voetverzorging aan diabetes-patiënten en de voorlichting aan reuma-patiënten over schoeisels. Bij sportkeuringen zouden podotherapeuten een preventieve rol kunnen vervullen.

Ten aanzien van het onderzoek naar preventie bestaan min of meer dezelfde opvattingen als ten aanzien van het onderzoek naar behandelingen. Aan de ene kant van het meningspectrum wordt gepleit voor gecontroleerd onderzoek naar effecten van preventieve interventies. Aan de andere kant wordt gepleit voor het expliciteren, ontwikkelen en uitproberen van preven-

tieve interventies. De argumenten die genoemd worden om elk van deze standpunten te verdedigen zijn vrijwel identiek aan die welke bij het behandelingsonderzoek genoemd werden. Voor het gecontroleerde onderzoek wordt gepleit op grond van de noodzaak onderscheid te maken tussen effectieve en niet-effectieve interventies. Deze noodzaak vloeit voort uit de schaarste aan middelen en het belang van het afleggen van rekenschap over hun activiteiten door beroepsbeoefenaren. Voor het expliciteren, ontwikkelen en uitproberen van interventies wordt gepleit op grond van het feit dat de interventies vooral op ervaringskennis gebaseerd zijn. De aard van de interventies is niet altijd eenduidig omschreven, er zijn verschillen tussen beroepsbeoefenaren in de manier waarop de interventies uitgevoerd worden en het wordt noodzakelijk geacht de interventies verder te ontwikkelen.

2.5. Meetinstrumenten

Bij de uitoefening van hun beroep richten de betreffende beroepsbeoefenaren zich op het behandelen danwel voorkómen van functionele afwijkingen. Het verbeteren van de functionele toestand is een van de centrale doelen van de betreffende beroepsbeoefenaren (zie hoofdstuk 1). Dit impliceert dat de meetinstrumenten die in onderzoek gebruikt worden, ook op de functionele toestand van patiënten/cliënten betrekking dienen te hebben. Het gaat hier zowel om instrumenten die bij de evaluatie van behandelingen gebruikt kunnen worden als om instrumenten die bij de diagnostiek gebruikt kunnen worden.

Op het algemene terrein van gezondheids(zorg)onderzoek is een sterk groeiend aantal meetinstrumenten beschikbaar dat juist op de functionele toestand betrekking heeft. Deze meetinstrumenten zijn bekend onder noemers zoals indicatoren van gezondheidstoestand, van kwaliteit van leven e.d. Overzichten over de beschikbaarheid en kwaliteit van dergelijke instrumenten zijn ondermeer gegeven door McDowell en Newell (1987) Granger et al. (1987), Applegate et al. (1990) en Van Soest en Rozendal (1986). De paramedische beroepsgroepen, waarop deze programmeringsstudie betrekking heeft, lijken zich nog onvoldoende bewust van het bestaan van deze instrumenten en de mogelijkheden die deze instrumenten bieden. Door deze instrumenten onder de aandacht van beroepsgroepen te brengen kan een bijdrage aan het onderzoek op het terrein van deze beroepsgroepen gegeven worden.

Desalniettemin zijn er belangrijke hiaten in de beschikbaarheid van meetinstrumenten. De genoemde indicatoren van de gezondheidstoestand of kwaliteit van leven hebben betrekking op tamelijk algemene aspecten van de functionele toestand. Meer specifieke aspecten komen nauwelijks aan de

orde, terwijl deze voor de betreffende beroepsbeoefenaren juist wel van belang zijn. Een voorbeeld kan wellicht verhelderen wat hier bedoeld wordt. Houdingsafwijkingen worden door therapeuten op basis van klinische ervaring beoordeeld. Het 'timmermansoog', dat in de praktijk ontwikkeld is, kan zeer wel voldoen om een goede behandeling te geven. Voor het objectiveren van houdingsafwijkingen, zoals dat in onderzoek gewenst is, voldoet een timmermansoog niet. Voor onderzoek is minimaal een gevalideerde beoordelingschaal nodig. Afhankelijk van het doel van de meting kunnen nog nauwkeuriger en andersoortige instrumenten vereist zijn. De meetinstrumenten die hierboven aangeduid werden (indicatoren voor gezondheid, kwaliteit van leven e.d.) hebben geen betrekking op beroepsspecifieke aspecten zoals houdingsafwijkingen. Het ontwikkelen en standaardiseren van meetinstrumenten, die betrekking hebben op de aspecten van de functionele toestand die specifiek voor een bepaalde beroepsgroep relevant zijn, is daarom van veel belang.

De meetinstrumenten - zowel de globale als de meer specifieke - kunnen op twee manieren gebruikt worden. Eén toepassing is het geformaliseerde onderzoek naar effecten van behandelingsmethoden en preventieve interventies. Om deze effecten te kunnen meten dient men over meetinstrumenten te beschikken. Een andere toepassing bestaat uit een minder geformaliseerde evaluatie van de dagelijkse beroepspraktijk. Om niet alleen van klinische indrukken afhankelijk te zijn dient men bij de evaluatie van de dagelijkse praktijk over meetinstrumenten te kunnen beschikken. Er worden - tot op zekere hoogte - verschillende eisen gesteld aan instrumenten voor geformaliseerd onderzoek en voor de evaluatie van de dagelijkse praktijk. Een belangrijk verschil betreft de hanteerbaarheid van de instrumenten: voor de evaluatie van de dagelijkse praktijk dienen instrumenten beschikbaar te zijn die slechts een minimale belasting met zich meebrengen, terwijl in geformaliseerd onderzoek deze eis veel minder zwaar weegt.

In de interviews werden twee strategieën genoemd die gevolgd kunnen worden om het ontwikkelen van meetinstrumenten te stimuleren. Aan de ene kant is het mogelijk om bij het ontwikkelen en uittesten van protocollen-/richtlijnen voor therapeutische of preventieve interventies expliciet aandacht te besteden aan het ontwikkelen van meetinstrumenten. In het kader van het uittesten van het protocol kan onderzoek gedaan worden naar betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de meetinstrumenten. Voorwaarde voor het welslagen van deze aanpak is dat aan het ontwikkelen van de meetinstrumenten expliciet aandacht en tijd besteed wordt. Een belangrijk voordeel van deze aanpak is dat de meetinstrumenten die ontwikkeld worden specifiek betrekking kunnen hebben op die aspecten van de functionele toestand, die gezien het doel van de interventie relevant zijn. Aan de andere kant bestaat er de mogelijkheid overzichten te maken van hetgeen in de literatuur bekend is over meetinstrumenten, al of niet gestandaarddi-

seerd. In de literatuur zijn verslagen beschikbaar over aanzetten tot het ontwikkelen van instrumenten. Gebruikmaken van deze aanzetten kan dubbel werk voorkómen en een inspiratiebron zijn voor de verdere ontwikkeling van de instrumenten. Een overzicht over de betreffende literatuur kan hierbij behulpzaam zijn.

2.6. Opleiding

Het onderwerp 'opleiding' leidde in de interviews niet tot veel discussie. De oorzaak daarvan is vermoedelijk dat 'opleiding' door sommige gesprekspartners als belangrijk onderwerp van gesprek gezien wordt, terwijl 'opleiding' buiten de gezichtskring van anderen valt. Deze laatsten lieten zich daardoor er noch in positieve noch in negatieve zin over uit. Er werd een aantal onderwerpen genoemd waarvoor onderzoek gewenst wordt:

- (i) Opleiding tot het beroep op verschillende niveaus. Van ergotherapeutische zijde werd opgemerkt dat in Nederland de opleiding op HBO-niveau plaatsvindt en vier jaar duurt. In andere landen, zoals bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, vindt de opleiding zowel op HBO-niveau als op universitair-niveau plaats. Sommige opleidingen duren drie jaar, andere duren vier jaar. De vraag doet zich voor in hoeverre in Nederland een universitaire (kop)studie gewenst is. Deze vraag kan geplaatst worden in een breder kader, namelijk het al of niet wenselijk zijn van het uitoefenen van het beroep op verschillende niveaus. In dit verband is het tevens van belang nader inzicht te hebben in de positie en opleiding van de betreffende paramedische beroepen in andere landen.
- (ii) Specifieke deskundigheden van beroepsbeoefenaren. Door het volgen van gespecialiseerde cursussen of als gevolg van ervaringen met specifieke groepen patiënten ontstaat bij bepaalde beroepsbeoefenaren een specifieke deskundigheid ten aanzien van de behandeling van bepaalde aandoeningen. Vanuit de beroepsgroepen is er een vrij sterke druk het ontstaan van zelfstandige specialisaties tegen te gaan. Gezien de omvang van de beroepsgroepen wordt een verdere afsplitsing ongewenst geacht. Desalniettemin bestaat er ook behoefte inzicht te krijgen in de mate waarin specifieke deskundigheden aanwezig zijn.
- (iii) Na- en bijscholing. Dit punt hangt nauw samen met het vorige. Na- en bijscholing vormt een belangrijk onderdeel van het beleid dat gericht is op verhoging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het volgen van na- en bijscholingscursussen, al of niet verplicht, zal in de toekomst vermoedelijk toenemen. Het is van groot belang dat het aanbod

van na- en bijscholing toegesneden is op de behoefte van beroepsbeoefenaren. Er is echter weinig inzicht in deze behoefte. Verder is van belang dat de na- en bijscholing op een zo efficiënt mogelijke wijze gegeven wordt. Het is daarom van belang dat er een goede structuur ontworpen wordt, waarbinnen de scholing plaatsvindt. Evenmin als op de behoefte aan na- en bijscholing is er zicht op de meest optimale structuur voor na- en bijscholing.

- (iv) Methodisch handelen. Het integreren van methodisch handelen in de opleiding en in de na- en bijscholing wordt van veel belang geacht. Er zijn verschillende bronnen waaruit geput kan worden om het methodisch handelen te verbeteren. Enerzijds kan aangesloten worden bij algemene principes van methodisch handelen. Anderzijds kan aangesloten worden bij onderzoek gericht op het expliciteren en ontwikkelen van interventies. De verheldering en verdieping die bij dit onderzoek bereikt wordt kan bevruchtend werken op de uitoefening van het beroep, in het bijzonder ook op het methodisch handelen.

2.7. Samenvatting

De thema's en onderwerpen voor toekomstig onderzoek, die in de interviews aan de orde zijn gekomen en de meningen daarover, kunnen als volgt samengevat worden:

- (i) Onderzoek naar de functie en plaats van de betreffende beroepen in de gezondheidszorg. Deelonderwerpen binnen dit thema zijn: een algemene, kwantitatieve beschrijving van de functie en plaats van een (sector uit een) beroep, de samenwerking en afgrenzing tussen beroepen onderling, de gevolgen van organisatie en financiering voor de bereikbaarheid van de zorg, de relatie tussen medische verwijzers en de beroepsbeoefenaren en internationaal vergelijkend onderzoek. In het spectrum van meningen over dit onderwerp wordt enerzijds het belang van onderzoek naar 'functie en plaats' erg benadrukt. Dergelijk onderzoek draagt bij aan de professionalisering van de beroepen en levert veel informatie op die voor de beleidsvoering op dit terrein relevant is. Aan de andere zijde van het meningenspectrum wordt er voor gepleit met relatief korte, oriënterende studies naar functie en plaats te volstaan.
- (ii) Onderzoek naar de classificatie van functionele afwijkingen, verrichtingen en enkele aanvullende onderwerpen. In het meningenspectrum wordt enerzijds dit onderwerp belangrijk gevonden omdat een uniforme

classificatie de communicatie over de uitoefening van het beroep ten goede komt en bijdraagt aan de professionalisering van de beroepen. Aan de andere zijde in het spectrum wordt - opnieuw - gepleit voor een korte oriëntatie op dit onderwerp.

- (iii) Onderzoek naar behandelmethoden. Over het belang van dit thema bestaat weinig verschil van mening. De meningen lopen echter wel uiteen over de manier waarop dit onderwerp bestudeerd dient te worden. Aan de ene zijde wordt gepleit voor gecontroleerd, vergelijkend onderzoek naar behandelingsmethode (fase III onderzoek). Met dit type onderzoek kan onderscheid gemaakt worden tussen effectieve en niet (of minder) effectieve interventies. Aan de andere zijde wordt gepleit voor het verder ontwikkelen en uittesten van interventies (fase II onderzoek). Het wordt nodig geacht behandelingen nader te expliciteren en te onderbouwen en het wordt nodig geacht zicht te krijgen op mogelijke effecten van behandelingen.
- (iv) Onderzoek naar preventieve interventies. De meningen hierover vertonen min of meer dezelfde schakering als die over behandelmethoden. Enerzijds wordt gepleit voor gecontroleerd onderzoek naar effecten van preventieve interventies. Anderzijds wordt gepleit voor het opstellen en uittesten van protocollen of richtlijnen, die op mogelijke effecten onderzocht worden.
- (v) Onderzoek naar meetinstrumenten. Naast algemene maten voor de gezondheidstoestand is het van belang beschikking te hebben over meetinstrumenten die betrekking hebben op aspecten van de functionele toestand, die specifiek voor een bepaalde beroepsgroep van belang zijn. Dergelijke instrumenten kunnen ontwikkeld worden in het kader van het uittesten van behandelmethoden. Daarnaast is het van belang een overzicht te verkrijgen over hetgeen in de literatuur over instrumenten bekend is. Het ontwikkelen van meetinstrumenten dient plaats te vinden in het kader van het ontwikkelen van protocollen en richtlijnen voor interventies.
- (vi) Onderzoek naar de opleiding van beroepsbeoefenaren. Deelonderwerpen binnen dit thema zijn: de wenselijkheid van niveaudifferentiatie in de opleiding; het vóórkomen van specifieke deskundigheden bij beroepsbeoefenaren; de behoefte ten aanzien van na- en bijscholing bij beroepsbeoefenaren en de optimale structuur van na- en bijscholing; de ontwikkeling van het methodisch handelen. Het spectrum van meningen bevat enerzijds de opvatting dat deze onderwerpen aandacht verdienen. Aan de andere zijde lijken zij nauwelijks opgemerkt te worden, waardoor zij noch positieve noch negatieve aandacht krijgen.

3. VORMGEVING VAN HET ONDERZOEK

Het opzetten van een verantwoord onderzoek is een van de specifieke deskundigheden van onderzoekers. Als het onderwerp en de vraagstelling gekozen zijn is het aan de onderzoekers om het onderzoek op verantwoorde wijze op te zetten. Vanuit dit perspectief gezien lijkt het minder voor de hand te liggen om in een programmeringsstudie veel aandacht te besteden aan de vormgeving van het onderzoek. Er zijn echter redenen om hier uitdrukkelijk wel aandacht aan te besteden. Tot op zekere hoogte worden de mogelijkheden om onderzoek te doen bepaald door de setting waarin het onderzoek verricht wordt. Zo zijn bijvoorbeeld de praktische gang van zaken rond patiënten en de ervaring van beroepsbeoefenaren met onderzoek van invloed op het soort onderzoek dat gedaan kan worden. Verder is van belang welke instanties bij de uitvoering van het onderzoek betrokken worden en welke inbreng deze instanties bij het onderzoek hebben. Om deze redenen wordt er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de vormgeving van het onderzoek. Achtereenvolgens komen aan de orde: (1) de beroepspraktijk en de gevolgen daarvan voor onderzoek; (2) randvoorwaarden voor het doen van onderzoek en (3) de organisatorische inkadering van het onderzoek.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de informatie die verkregen werd op basis van twee vragen uit het interview (vraag 3 en 4, zie bijlage 2). Omdat de beantwoording van deze vragen dikwijls veel overlap vertoonde, zijn deze twee vragen hier samengenomen. In de opzet van het interview werden bij deze twee vragen ook het onderzoeksdesign en de meetinstrumenten aan de orde gesteld. Over deze onderwerpen is reeds in het vorige hoofdstuk gerapporteerd, omdat deze onderwerpen nauw aansluiten bij de daar behandelde materie. Veel minder dan bij de onderzoeksthema's het geval was, werden over de vormgeving van het onderzoek verschillende meningen geuit. Om deze reden is bij de verslaggeving de opzet uit het voorgaande hoofdstuk, bestaande uit de uitgebalanceerde presentatie van meningen ('aan de ene kant en aan de andere kant van het meningspectrum'), verlaten. In plaats daarvan worden alle onderwerpen die aan de orde zijn geweest gerapporteerd.

3.1. De beroepspraktijk

De beroepspraktijk waarin of waarover gegevens verzameld worden stelt grenzen aan het onderzoek dat gedaan kan worden.

Praktijkgrootte

In de eerste plaats gaat het hier om kwantitatieve grenzen aan het aantal patiënten dat onderzocht kan worden. Patiënten, die door een ergotherapeut in de tweede of derde lijn behandeld worden, zijn dikwijls gedurende langere tijd opgenomen. Een voordeel hiervan is dat patiënten gedurende langere tijd gevolgd kunnen worden. Een nadeel is echter dat het aantal patiënten, dat gedurende een bepaalde periode in behandeling genomen wordt ('nieuwe patiënten'), relatief klein is. Zeker als het onderzoek beperkt is tot een bepaalde categorie patiënten heeft dit tot gevolg dat slechts kleine aantallen patiënten beschikbaar zijn of het onderzoek een lange tijd zal duren. Hetzelfde geldt, weliswaar om een andere reden, voor onderzoek op het gebied van de andere beroepen. De reden is dat de omvang van de praktijken dikwijls beperkt is: praktijken waarin slechts één persoon (niet zelden ook nog in deeltijd) werkzaam is zijn eerder regel dan uitzondering. Het aantal nieuwe patiënten is dientengevolge beperkt. In enkele gevallen zijn oplossingen voor dit probleem mogelijk, doordat specifieke voorzieningen beschikbaar zijn. Een voorbeeld hiervan is de polikliniek die aan de opleiding voor podotherapie verbonden is. In het algemeen geldt echter dat het onderzoek zodanig opgezet dient te worden dat het aantal benodigde patiënten niet te omvangrijk is.

Standaardisering

In de tweede plaats zijn er grenzen aan de mate van standaardisering die bereikt kan worden. In onderzoek is het dikwijls van belang diagnostische, therapeutische of preventieve procedures te standaardiseren. Hoe meer verschillende beroepsbeoefenaren bij een onderzoek betrokken zijn, des te moeilijker is het om standaardisering te bereiken. Om een groot aantal patiënten te bereiken kan men het aantal beroepsbeoefenaren dat bij het onderzoek betrokken is verhogen. Dit gaat echter snel ten koste van de standaardisering.

Hier zijn oplossingen mogelijk door het instrueren en trainen van beroepsbeoefenaren. Door middel van instructie en training kan men het standaardiseringsprobleem in belangrijke mate ondervangen. Voorwaarde daarvoor is echter dat beroepsbeoefenaren geneigd zijn zich te conformeren aan de standaard. Deze geneigdheid is niet altijd groot omdat standaardiseren vrij snel op gespannen voet staat met de intentie van de beroepsbeoefenaar om een behandeling te geven die toegesneden is op de problematiek van één individuele patiënt (zie volgende paragraaf). Standaardiseren wordt pas

bereikbaar als beroepsbeoefenaren overtuigd zijn van het nut daarvan. Dit vereist dat de beroepsbeoefenaar in zekere mate vertrouwd is met onderzoeksmatig denken.

Tenslotte is voor standaardisering een zekere mate van explicitering van de beroepskennis benodigd. Pas als de beroepspraktijk in betrekkelijk eenduidige termen beschreven kan worden wordt het mogelijk een standaard te formuleren. Zowel de ervaring met een onderzoekmatige manier van denken als aan de explicitering van kennis zijn momenteel nogal beperkt, hetgeen de mogelijkheden om te standaardiseren beperkt.

Belasting met onderzoek

Een derde aspect van de grenzen die de beroepspraktijk aan onderzoek stelt is de mate waarin beroepsbeoefenaren belast kunnen worden met werkzaamheden ten behoeve van onderzoek. Zowel bij partiële praktijken als bij werknemers in dienstverband gaan onderzoekswerkzaamheden ten koste van de behandelcapaciteit. Zelfs als hiervoor een vergoeding gegeven wordt is het niet altijd mogelijk of wenselijk de behandelcapaciteit in te krimpen. Het gevolg is dat de werkzaamheden van beroepsbeoefenaren ten behoeve van onderzoek in het algemeen van beperkte omvang dienen te zijn. Het onderzoek dient zodanig opgezet te zijn dat de belasting voor beroepsbeoefenaren van geringe omvang is.

3.2. Randvoorwaarden voor onderzoek

Financiële vergoeding

In de vorige paragraaf is ter sprake gekomen dat er grenzen zijn aan de mate waarin beroepsbeoefenaren met werkzaamheden ten behoeve van onderzoek belast kunnen worden. Hoewel dit probleem er zeker niet door opgelost wordt, kan een financiële vergoeding wel de bereidheid van beroepsbeoefenaren om deel te nemen aan onderzoek verhogen. Een belangrijke randvoorwaarde is daarom de beschikbaarheid van een zekere financiële vergoeding voor beroepsbeoefenaren.

Attitude ten aanzien van onderzoek

Er zijn grote verschillen tussen een onderzoeksmatige en beroepsmatige werkwijze. Een onderzoeker stelt een bepaalde onderzoeksvraag en verzamelt de gegevens die nodig zijn om deze vraag te beantwoorden. Fijne nuanceringen, die enkele niveaus 'dieper' liggen dan het niveau van de vraag, worden dikwijls genegeerd. Ook worden zaken die interessant zijn maar niet relevant voor de onderzoeksvraag genegeerd. Uitgaande van de onderzoeksvraag wordt op een zodanige manier naar de werkelijkheid gekeken dat informatie beschikbaar komt waarmee de vraag beantwoord kan

worden. De werkelijkheid is echter vaak veel complexer. Juist voor een praktizerend beroepsbeoefenaar kunnen fijne details van bijzonder veel belang zijn. Een behandeling is optimaal als algemene behandelingsprincipes aangepast worden aan de conditie en situatie van een bepaalde patiënt. Doel van een behandeling is niet het opsporen van algemeen geldige verbanden en welmatigheden, maar het verbeteren van de conditie van één bepaalde patiënt.

Een en ander brengt met zich mee dat een onderzoeker met een andere instelling te werk gaat dan een beroepsbeoefenaar. In de praktijk blijkt dit vaak tot misverstanden en botsingen te leiden. Een beroepsbeoefenaar die onderzoek gaat doen is geneigd zeer veel en zeer gedetailleerde informatie te verzamelen, zonder dat het perspectief van waaruit dit gebeurt (de onderzoeksvraag) altijd helder is. Niet zelden wordt dan veel teveel informatie verzameld. Omgekeerd komt het voor dat beroepsbeoefenaren zich gebruuskeerd voelen door het schijnbaar grove raster dat de onderzoeker op grond van zijn onderzoeksvraag over de werkelijkheid legt. Aan het nut van onderzoek wordt dan al snel getwijfeld.

Om op het terrein van een bepaalde beroepsgroep op een vruchtbare wijze onderzoek te kunnen doen dient er een zekere onderzoeksattitude te ontstaan. Dit betekent ondermeer dat een beroepsgroep zicht dient te krijgen op het 'hoe en waarom' van onderzoek, dat wil zeggen op onderzoeksmethodologie en de achterliggende motivering daarvan. Het ontstaan van een dergelijke attitude is een stapsgewijs proces. Bij een te abrupte confrontatie met onderzoek kan een beroepsgroep zich geen onderzoeksattitude eigen maken. Een afwijzende danwel negerende reactie is dan het gevolg. Vanuit het perspectief van professionalisering is het juist van belang dat er een onderzoeksattitude ontstaat. Een stapsgewijze kennismaking met onderzoek is daarbij gewenst.

3.3. Organisatorische inkadering

Samenwerking tussen opleidingen en onderzoeksinstellingen

De opleiding voor de beroepen, waarop deze studie betrekking heeft, vindt plaats op HBO-niveau. Sommige opleidingsinstellingen hebben sinds enige tijd in formele zin een onderzoeksopdracht. Andere instellingen hebben deze opdracht niet, maar hebben wel belangstelling voor onderzoek. De opleidingen zijn de plaatsen waar bij uitstek beroepsinhoudelijke kennis aanwezig is. De opleidingen vormen een accumulatiepunt van beroepsinhoudelijke kennis. Ook wordt via de opleidingen dikwijls contact gehouden met internationale ontwikkelingen op het vakgebied. De ervaring met het doen van onderzoek is bij deze opleidingen echter uiterst beperkt. Er is vrijwel geen traditie in onderzoek en de vereiste scholing als onderzoeker

ontbreekt in grote mate. Bovendien ontbreekt op de opleidingen zowel in financiële zin als in materiële zin de infrastructuur die nodig is om dergelijk onderzoek te doen. Deze stand van zaken - wel inhoudelijke kennis, maar zeer beperkte mogelijkheden om onderzoek te doen - vormt een probleem, dat door de gesprekspartners onderkend wordt. De oplossing voor dit probleem wordt vrij algemeen gezocht in het realiseren van samenwerking tussen opleidingen en onderzoeksinstellingen. Het gebrek aan methodologische kennis en aan een infrastructuur voor onderzoek kan gecompenseerd worden door samenwerking te zoeken met instellingen die deze kennis en infrastructuur wel bezitten. Over de vormgeving en uitwerking van een dergelijke samenwerking kan een aantal opmerkingen gemaakt worden.

De samenwerking tussen opleidingen en onderzoeksinstellingen kunnen tot een wisselwerking tussen onderwijs en onderzoek leiden, die aan beide ten goede komt. De baten voor het onderwijs bestaan enerzijds uit het kennisnemen van de meest recente opvattingen en ontwikkelingen op een bepaald terrein. Veel belangrijker is echter nog dat het participeren in onderzoek bijdraagt aan het creëren van een onderzoeksmatige manier van denken bij toekomstige beroepsbeoefenaren. Het participeren in onderzoek heeft een belangrijke educatieve functie. Deze educatieve functie bestaat eruit dat de beroepsbeoefenaar zich een methodische manier van werken eigen maakt. Methodisch werken betekent een doel stellen, op systematische wijze toewerken naar dit doel, evalueren van het resultaat en vervolgens bijstellen van doel of manier van werken. Deze manier van werken stelt beroepsbeoefenaren in staat op systematische wijze te leren van de eigen beroepspraktijk. Het zich eigen maken van een methodische manier van werken kan ondermeer plaatsvinden door in onderzoek te participeren. Dit is een belangrijke educatieve functie van het participeren in onderzoek. De baten voor het onderzoek bestaan - behalve uit de beroepsinhoudelijke inbreng - uit de mogelijkheid om deelprojecten uit te laten voeren door studenten. Daarbij kan eventueel gebruik gemaakt worden van contacten met het beroepsveld, die in het kader van stage-activiteiten bestaan. Voorwaarde voor het welslagen van de inbreng van studenten is wel dat er een zeer goede planning van de activiteiten van studenten plaatsvindt. Het laten uitvoeren van deelprojecten door studenten is alleen zinvol als deze deelprojecten zeer nauw op elkaar aansluiten. De deelprojecten dienen op zeer weloverwogen wijze onderdeel uit te maken van de totale lijn van een project. Als dit niet het geval is betekent studentenparticipatie eerder een belasting dan een verrijking.

Vormen van samenwerking

Over de vorm van de samenwerking tussen opleidingen en onderzoeksinstellingen zijn de meningen nog niet uitgekristalliseerd. In algemene zin is er een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van de samenwerking

tussen opleidingen en onderzoekinstellingen en dat is dat er een duidelijke erkenning komt voor de activiteiten van de kant van de opleiding. Er zijn grenzen aan de mogelijkheden van (medewerkers van) opleidingen om min of meer ad hoc en vaak op basis van vrijwilligheid een bijdrage aan onderzoek te leveren. Er dient een duidelijke erkenning - zowel in tijd als in financiële zin - van deze werkzaamheden te komen.

Met in achtneming van deze voorwaarde doet zich een aantal mogelijke varianten van samenwerking voor. Eén mogelijkheid is het onderzoek primair bij de onderzoekinstelling onder te brengen, terwijl de opleiding hierin participeert. Het zwaartepunt van het onderzoek ligt hierbij bij de onderzoekinstelling. Bij deze opzet dient men ervoor te waken dat de inbreng van de opleiding een duidelijke vorm krijgt. Bij een te versnipperde inbreng worden de baten voor de opleiding te gering. Het is ook mogelijk de verhoudingen precies om te draaien. Het onderzoek wordt bij deze opzet ondergebracht bij de opleiding, terwijl de onderzoekinstelling participeert. De inbreng van de onderzoekinstelling betreft in deze opzet vooral methodologische adviezen. Bij deze opzet is het van belang dat men zich tevoren overtuigt van de mogelijkheid voor de opleiding om het onderzoek daadwerkelijk af te ronden. Onderzoekservaring en infrastructuur dienen van voldoende kwaliteit te zijn. Een derde mogelijkheid bestaat eruit niet de opleidingen maar een zelfstandige instelling te belasten met de verdere ontwikkeling van het vakgebied. Deze instelling dient gevoed te worden met kennis vanuit de opleidingen en de beroepsgroep. Onderzoek dient dan plaats te vinden in samenwerking tussen de ontwikkelingsinstelling en onderzoekinstellingen. Bij deze opzet is het van belang er zorg voor te dragen dat de ontwikkelingsinstelling voldoende voeling houdt met de beroepsgroep en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen.

Financiering van onderzoek

In deze paragraaf over de organisatorische aspecten kunnen tenslotte enkele opmerkingen gemaakt worden over de financiering van onderzoek. Om twee redenen lijkt, naast financiering uit gebruikelijke kanalen, extra ondersteuning nodig. De eerste reden is dat de belangstelling van subsidiegevers voor onderzoek op het gebied van paramedische beroepen helaas nog te wensen overlaat. De onderzoeksprioriteiten blijken dikwijls elders te liggen. Hoewel de betreffende paramedische beroepen een belangrijke inbreng (kunnen) hebben op het gebied van de verbetering van kwaliteit van leven en de preventie van afwijkingen, blijken onderzoeksprioriteiten toch dikwijls elders gelegd te worden. De geringe omvang van de beroepsgroepen of de geringe kosten van de geleverde zorg zijn hier mogelijk debet aan. Ook het ontbreken van een onderzoekstraditie is een mogelijke oorzaak. Welke de oorzaak ook moge zijn, de belangstelling voor onderzoek naar paramedische zorg is dikwijls zo dat subsidies moeilijk te verwerven zijn. Een tweede reden voor additionele ondersteuning is dat veel van de voorgestelde

onderzoeksonderwerpen (zie hoofdstuk 2) een sterk ontwikkelingskarakter bezitten. Veel subsidiegevers zien hier geen taak weggelegd. Uiteraard dient ernaar gestreefd te worden het onderzoek op het gebied van deze beroepen op termijn wel via de reguliere kanalen gefinancierd te krijgen. Vooralnog is de kans hierop echter vrij gering en is additionele ondersteuning gewenst.

3.4. Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn enkele overwegingen met betrekking tot de setting van het onderzoek, die relevant zijn voor de programmering van toekomstig onderzoek, ter sprake gekomen. Deze overwegingen kunnen als volgt samengevat worden:

- (i) De setting waarin gegevens verzameld worden heeft consequenties voor het onderzoek dat gedaan kan worden. Er zijn grenzen aan het aantal patiënten dat voor onderzoek beschikbaar is, aan de mate van standaardisering die thans bereikt kan worden en de tijdsinvestering ten behoeve van onderzoek door beroepsbeoefenaren. Onderzoek waarbij het aantal patiënten enigszins beperkt is, onderzoek waarbij gestreefd wordt naar standaardisering in plaats van dat er vanuit gegaan wordt dat deze standaardisering aanwezig is en onderzoek waarbij een niet te zware inzet van beroepsbeoefenaren gevraagd wordt verdient momenteel de voorkeur.
- (ii) Naast een financiële vergoeding voor deelname aan onderzoek is het ontstaan van een onderzoeksattitude een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van onderzoek en het ontstaan van een onderzoekstraditie. Een stapsgewijze kennismaking met onderzoek en met onderzoeksmethodologie is daarbij van veel belang.
- (iii) Inhoudelijke inbreng in toekomstig onderzoek dient vanuit de opleidingen te komen. De methodologische kennis dient vanuit onderzoeksinstellingen te komen. Er bestaan verschillende varianten van een mogelijke organisatorische vormgeving van deze samenwerking tussen opleiding en onderzoeksinstelling.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN: THEMA'S VAN BELEID

In dit hoofdstuk staat de relatie tussen beleid en onderzoek centraal. Een drietal aspecten van deze relatie komen aan de orde. Ten eerste wordt een aantal beleidsthema's onderscheiden, waarbij onderzoek een belangrijke ondersteunende functie kan hebben. De onderzoeksthema's, die in hoofdstuk 2 aangeduid zijn, worden geordend vanuit het perspectief van de betekenis voor het beleid. Tevens wordt ingegaan op de verschillende standpunten ten aanzien van de onderzoeksthema's. Een en ander resulteert in aanbevelingen over de wijze waarop beleidsthema's ondersteund kunnen worden door middel van toekomstig onderzoek. Ten tweede wordt ingegaan op de vormgeving van het onderzoek. Er wordt aangegeven hoe - rekening houdende met de beroepspraktijk en het relatieve gebrek aan onderzoeksomvang - vorm gegeven kan worden aan toekomstig onderzoek. Een en ander resulteert in aanbevelingen over het beleid ten aanzien van de vormgeving van toekomstig onderzoek. Ten derde wordt ingegaan op de manier waarop onderzoek gestuurd kan worden. Dit resulteert in aanbevelingen over het beleid ten aanzien van de sturing van toekomstig onderzoek.

4.1. Beleidsthema's en onderzoek

Het verbeteren van de functionele toestand ('kwaliteit van leven') is een van de centrale doelstellingen in de Nota 2000. Het is een geneeskundig doel dat de laatste decennia sterk aan belang gewonnen heeft en vermoedelijk nog verder zal winnen. De interventies van de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren zijn gericht op verbetering van de functionele toestand. Zowel de curatieve als de preventieve zorg is gericht op verbetering van de functionele toestand. Dit geldt voor alle beroepen waarop deze studie betrekking heeft. De betreffende paramedische beroepen bevinden zich echter in een vroeg stadium van professionalisering. De kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, is in veel gevallen nog weinig geëxpliciteerd, gestructureerd of getoetst. Ook de relatie met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (met name medische verwijzers) heeft nog weinig vorm gekregen. Als gevolg van dit vroege stadium van professionalisering wordt de bijdrage van de betreffende paramedische beroepen aan het verbeteren van de functionele toestand nog onvoldoende gerealiseerd. Dit is een van de meest centrale redenen waarom beleidsmatige aandacht voor en bemoeienis met deze beroepen aangewezen is. Ondersteuning van

het professionaliseringsproces van deze beroepen is van belang om de bijdrage van deze beroepen aan het verbeteren van de functionele toestand te optimaliseren. Het verrichten van onderzoek is een van de belangrijke manieren om het professionaliseringsproces te ondersteunen. De beleids-thema's waarbij onderzoek een ondersteunende functie kan hebben zullen hieronder besproken worden. Daaraan voorafgaande worden twee onderzoeksthema's besproken die in algemene zin uitgangspunten voor professionalisering zijn.

Twee elementaire thema's

Bij vrijwel elke activiteit en maatregel op het terrein van de betreffende beroepen stuit men steeds weer op het gebrek aan informatie omtrent de beroepsuitoefening. Elementaire gegevens over het type aandoeningen, de uitgevoerde behandelingen en de relatie met andere beroepsbeoefenaren ontbreken. Een globale beschrijving - in kwantitatieve termen - van de beroepsuitoefening voorziet derhalve in een belangrijke behoefte. Verder blijkt steeds weer dat de communicatie op het terrein van de beroepen bemoeilijkt wordt door het ontbreken van een classificatie van aandoeningen (in de brede zin van het woord) en van verrichtingen. Het ontwikkelen van een classificatie van aandoeningen - met in het bijzonder aandacht voor de classificatie van functionele afwijkingen -, van verrichtingen en zonodig van nog enkele andere aspecten draagt in belangrijke mate bij tot ontwikkelen van een eenduidige terminologie. Een classificatie kan ontwikkeld worden met als doel te komen tot aanpassing van een standaard-classificatie. Een classificatie kan echter ook met een minder vergaand doel ontwikkeld worden. Het aanpassen van een standaard-classificatie is niet noodzakelijkerwijs het doel van het ontwikkelen van een classificatie.

Hoewel er verschillen zijn in de mate waarin deze onderwerpen belangrijk geacht worden, onderkennen alle gesprekspartners dat deze onderwerpen van belang zijn. Tevens onderkennen de gesprekspartners dat, voorafgaand aan verder onderzoek, eerst onderzoek naar deze twee onderwerpen gedaan dient te worden. Dit resulteert in de aanbeveling om op het gebied van de betreffende beroepen (a) een algemeen, beschrijvend onderzoek te doen naar de aard van de aandoeningen, de behandelingen en de relatie met medische verwijzers; en (b) een classificatie te ontwikkelen van aandoeningen (met speciale aandacht voor de classificatie van functionele afwijkingen), verrichtingen en eventueel andere aspecten. Gezien het feit dat het op het gebied van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie deze onderzoekingen met een zekere waarschijnlijkheid uitgevoerd zullen worden, heeft deze aanbeveling met name betrekking op logopedie.

Organisatie en financiering

Het treffen van regelingen ten aanzien van organisatie en financiering van de zorg is van oudsher een belangrijk beleidsthema. De wettelijke positie van de betreffende beroepen is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen en de daarvan afgeleide besluiten. De financiering van de betreffende beroepen is geregeld via besluiten over de wettelijke ziektekostenverzekering, via de budgetten van instellingen en verder via de contracten tussen particuliere zorgverzekeraars en beroepsbeoefenaren. Hoewel het organisatorische en financiële kader van alle beroepen (uitgezonderd de financiering van de podotherapie) wettelijk geregeld is, kan zeker niet gesproken worden van een optimale situatie.

Het bereik van de zorg is een van de terreinen waarop de situatie niet optimaal is. Als direct gevolg van bestaande regelingen ten aanzien van de organisatie en financiering van de zorg bestaan er vragen over het bereik van de zorg van de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren (zie p.7 en p.8). Onderzoek kan hier op twee manieren ondersteuning bieden aan het beleid. In de eerste plaats gaat het hier om het beschrijven van het bereik van de zorg. Het algemene, beschrijvende onderzoek naar functie en plaats (zie vorige paragraaf) is hierbij van veel belang. Daarnaast kan het nodig zijn op deelterreinen nader onderzoek te doen. Voor het beantwoorden van specifieke vragen is het algemene onderzoek niet voldoende en is aanvullend onderzoek gewenst. In de tweede plaats gaat het om onderzoek naar de veranderingen in het bereik van de zorg die optreden als veranderingen in de regelingen aangebracht zijn. Deze veranderingen kunnen ofwel van experimentele ofwel van definitieve aard zijn. In beide gevallen kunnen de gevolgen van de veranderingen geëvalueerd worden.

Een tweede terrein waarop de situatie niet optimaal is, is de relatie tussen medische verwijzers en de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren. De indruk bestaat dat de kennis van verwijzers over indicaties onvoldoende is en dat niet voldoende gebruik gemaakt wordt van de (diagnostische) kennis van beroepsbeoefenaren. Ook over de rol van de medische verwijzers ten aanzien van preventieve interventies van de beroepsbeoefenaren bestaan onduidelijkheden. De vraag doet zich voor hoe in deze situatie verbetering kan worden gebracht. Daarbij is het van veel belang aandacht te besteden aan de rol van niet-medische 'signaleerders'. Onderzoek met een sterk ontwikkelingskarakter kan hier een ondersteuning van het beleid vormen. Er kunnen procedures ontwikkeld worden die erop gericht zijn de communicatie en de samenwerking tussen verwijzers, signaleerders en beroepsbeoefenaren te verbeteren. Het effect van dergelijke procedures dient in onderzoek bepaald te worden.

Een onderwerp dat hier nauw mee samenhangt is de samenwerking en afgrenzing tussen paramedische beroepen. Behalve in de paramedische beroepen, waarop deze studie betrekking heeft, gaat het hier ook over de fysiotherapie. Verder kan ook ten aanzien van de medische beroepen de vraag over samenwerking en afgrenzing gesteld worden. De vraag waar het hier om gaat is: 'In welke gevallen is behandeling door een bepaald type beroepsbeoefenaar het meest aangewezen?'. Onderzoek kan hierbij op een aantal manieren ondersteuning bieden. In de eerste plaats gaat het om beschrijvend onderzoek naar de patiëntenpopulatie, behandeldoelen en toegepaste middelen bij de betreffende paramedische beroepen. Algemeen beschrijvend onderzoek naar de functie van de beroepen is hiervoor aangewezen (zie hierboven). In de tweede plaats is ook hier verbetering van de relatie tussen verwijzers en beroepsbeoefenaren van belang. Het ontwikkelen en evalueren van procedures gericht op verbetering van deze relatie zal bijdragen aan een beter inzicht bij verwijzers en indicaties voor behandeling door een bepaalde beroepsbeoefenaar. Tenslotte is onderzoek naar verschillen in het effect van verschillende behandelingen hier aangewezen. Hier dient echter opgemerkt te worden dat - gezien het vrijwel totaal ontbreken van effectonderzoek op het gebied van elk der beroepen afzonderlijk - vergelijkend onderzoek tussen de beroepen vooralsnog niet aangewezen lijkt (zie volgende paragraaf).

Een laatste terrein betreft het treffen van wettelijke regelingen ten aanzien van de beroepsgroepen. Bij het treffen van regelingen ontbreekt veelal een referentiekader. Onderzoek naar de positie van paramedische beroepen in andere landen kan hierbij verhelderend werken. De positie van deze beroepen in andere landen kan als referentiepunt gebruikt worden bij het opstellen van regelingen in Nederland. Internationaal vergelijkend onderzoek leidt op deze wijze tot inzichten die de regelgevende aspecten van het beleid in sterke mate kunnen ondersteunen. Daarnaast dient men inzicht in de positie van paramedische beroepen in andere lidstaten van de EG te hebben in verband met de eenwording van de EG en het daarmee samenhangende vrije verkeer van beroepsbeoefenaren. Om te kunnen beoordelen of aan een migrerende beroepsbeoefenaar aanvullende opleidingseisen gesteld dienen te worden dient men inzicht te hebben in de positie en de opleiding van de beroepsbeoefenaren in het land van herkomst.

In de interviews bleken verschillen tussen de gesprekspartners in het belang dat gehecht wordt aan beleidsondersteunend onderzoek op het gebied van de organisatie en de financiering van de zorg. In algemene zin kan hierover opgemerkt worden dat naarmate instanties meer betrokken zijn bij het voeren van beleid ten aanzien van organisatie en financiering, de behoefte aan ondersteunend onderzoek sterker is. Hieruit volgt de aanbeveling om, gegeven het beleidsmatig belang, onderzoek te doen naar (a) het bereik van de

zorg; (b) de relatie tussen medische verwijzers en beroepsbeoefenaren; (c) de afgrenzing van paramedische beroepen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van medische beroepen en (d) de positie van paramedische beroepen in andere landen.

Kwaliteit van curatieve en preventieve zorg

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg is een thema dat hoge prioriteit heeft in het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Het beleid ten aanzien van kwaliteit is ondermeer uiteengezet in de Nota Werken aan Zorgvernieuwing en het WVC-standpunt ten aanzien van het RGO-advies over kwaliteit van zorg. Dit beleid heeft ook op het terrein van de betreffende paramedische beroepen zijn weerslag. Het besef dat het nodig is de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken wint snel terrein. Het gaat daarbij zowel om de curatieve als de preventieve zorg. De curatieve behandeldoelen verschillen tussen de beroepen, maar hebben alle betrekking op functionele afwijkingen. De behandeldoelen kunnen betrekking hebben op stoornissen in structuur of functie van organen, op beperkingen in het uitvoeren van handelingen en/of handicaps in het vervullen van sociale rollen. De preventieve functie van de beroepen betreft zowel het voorkomen van functionele afwijkingen (primaire preventie), het in een vroeg stadium opsporen en behandelen van afwijkingen (secundaire preventie) als het middels oefeningen en adviseren voorkomen van het opnieuw optreden van afwijkingen danwel verslechtering van de afwijkingen (tertiaire preventie). Ook hier zijn er verschillen tussen de beroepen in het specifieke terrein van preventie waarop de beroepen werkzaam zijn.

Een belangrijk obstakel voor een kwaliteitsbeleid is het vrijwel geheel ontbreken van onderzoek naar de effecten van preventieve en curatieve interventies. De zorgverlening door de betreffende beroepen is grotendeels gebaseerd op ervaringskennis en er is een groot gebrek aan onderzoek. In de interviews bleek dat alle gesprekspartners het belang van onderzoek naar effecten van de zorg onderschrijven. Er bleken echter grote verschillen te bestaan in de opvattingen over de meest gewenste weg waarlangs dit onderzoek op gang dient te komen. Enerzijds wordt gepleit voor gecontroleerd onderzoek naar de effecten van interventies (fase III onderzoek). Beleidsmatig is dit pleidooi vooral gebaseerd op het uitgangspunt van 'rekenschap': beroepsbeoefenaren dienen rekenschap af te leggen over ondermeer het effect van hun interventies. Anderzijds wordt gepleit voor onderzoek gericht op standaardiseren en uittesten van behandelingen (fase II onderzoek). Beleidsmatig is dit pleidooi vooral gebaseerd op het uitgangspunt van 'ontwikkeling': de beroepsuitoefening dient verder ontwikkeld te worden.

Op terreinen waar dit mogelijk is verdient gecontroleerd effectonderzoek (fase III onderzoek) uiteraard de voorkeur. Voor het voeren van een kwaliteitsbeleid is het van essentieel belang over informatie te beschikken om-

trent het effect van interventies. Echter, bij het opzetten van dergelijk onderzoek blijkt dat bij zeer veel interventies het momenteel niet mogelijk is de interventies goed te omschrijven en te standaardiseren; ook is het momenteel vaak problematisch behandeldoelen te definiëren en effectparameters te meten. Bij veel interventies zal het daarom nodig zijn eerst fase II onderzoek te doen. Dit onderzoek is juist gericht op het expliciteren en standaardiseren van de interventies en op het definiëren van behandeldoelen; tevens kunnen daarbij instrumenten ontwikkeld worden om effecten te meten. Er dienen richtlijnen en protocollen voor interventies ontwikkeld en uitgetest te worden. Pas daarna kunnen de interventies op gecontroleerde wijze op hun effecten onderzocht worden. Op deze wijze kan voorkomen worden dat men genoeg dient te nemen met niet-gestandaardiseerde behandelingen, niet-geëxpliciteerde behandeldoelen en globale effectmaten.

Samengevat luidt de aanbeveling om in eerste instantie protocollen en richtlijnen voor interventies te ontwikkelen en uit te testen (fase II onderzoek). Op basis van deze protocollen kan gecontroleerd effectonderzoek (fase III onderzoek) plaatsvinden. Momenteel is het slechts op specifieke deelterreinen mogelijk - zonder voorafgaand fase II onderzoek - een interventieprotocol op te stellen en fase III onderzoek te doen.

In principe is er een zeer groot scala aan aandoeningen en interventies waarop het onderzoek gericht kan worden. Het ontbreken van een onderzoekstraditie betekent dat er een zeer groot onontgonnen terrein voor interventie-onderzoek is. Het verdient aanbeveling het onderzoek te beginnen bij aandoeningen die vaak vóórkomen en interventies die effectief geacht worden. Verder is het van belang het onderzoek zeker niet alleen op nieuwe, aansprekende onderwerpen te richten; ook interventies die tot het 'gewone' handelen van de beroepsgroepen horen dienen bij het onderzoek betrokken te worden.

Om het effect van interventies te kunnen bepalen dient men over adequate meetinstrumenten te beschikken. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen meetinstrumenten bedoeld voor het evalueren van de dagelijkse beroepspraktijk en meetinstrumenten bedoeld voor het meten van effecten in geformaliseerd onderzoek. Er is een groot aantal meetinstrumenten beschikbaar dat de functionele toestand op betrekkelijk globale wijze evalueert. Deze instrumenten zijn vaak nog onvoldoende bekend bij de betreffende beroepsbeoefenaren. Er is verder een groot gebrek aan meetinstrumenten die specifieke aspecten van de functionele toestand meten. Het gaat hierbij om aspecten die specifiek voor interventies door een bepaalde beroepsgroep relevant zijn. Er is weinig overzicht over aanzetten tot het ontwikkelen van dergelijke instrumenten. Daarnaast dienen deze instrumenten verder ontwikkeld te worden. Om te voorkómen dat meetinstrumenten ongericht (dat wil zeggen zonder duidelijk meetdoel) ontwikkeld worden, verdient

het aanbeveling de instrumenten te ontwikkelen in het kader van interventie-onderzoek.

De aanbeveling met betrekking tot meetinstrumenten is om (a) bekendheid te geven aan beschikbare instrumenten; (b) overzichten te geven over aanzetten tot specifieke instrumenten en (c) specifieke instrumenten verder te ontwikkelen, vooral in het kader van interventie-onderzoek.

Opleiding en deskundigheid

De betreffende beroepsopleidingen ressorteren deels onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en deels onder het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). De opleidingen ergotherapie en logopedie ressorteren onder het eerstgenoemde Ministerie, terwijl de opleidingen oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie onder het tweede Ministerie ressorteren. Het beleid ten aanzien van de deskundigheid van beroepsbeoefenaren ressorteert onder het Ministerie van WVC. In de toekomst zullen met name de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), welke thans in het stadium van wetsontwerp verkeert, en waarschijnlijk een kwaliteitswet richtinggevend zijn voor het beleid ten aanzien van deskundigheden van beroepsbeoefenaren.

In de interviewronde is een aantal beleidsthema's op het gebied van onderwijs en deskundigheid genoemd, waarbij onderzoek een ondersteunende functie kan hebben. Deze thema's zijn: (i) de wenselijkheid van een universitaire kopstudie en differentiatie van het niveau waarop het beroep uitgeoefend wordt; in dit kader kan ook onderzoek gedaan worden naar de opleiding van paramedische beroepen in andere landen; (ii) de behoefte aan nascholing en de optimale structuur van de organisatie van na- en bijscholing; (iii) de specifieke deskundigheden die als gevolg van scholing en/of ervaring bij beroepsbeoefenaren ontstaan. Ook wordt het integreren van het methodisch handelen in de opleiding en na- en bijscholing van belang geacht. Op dit punt kan nauw aangesloten worden bij het onderzoek gericht op het expliciteren en ontwikkelen van interventiemethoden.

Beleidsondersteunend onderzoek op het gebied van opleiding en na- en bijscholing is met name van belang voor instanties die bij het beleid op deze gebieden betrokken zijn. De aanbeveling is derhalve om, gegeven het belang voor het beleid, onderzoek te doen naar de genoemde thema's op het gebied van opleiding en na- en bijscholing.

4.2. Vormgeving van het onderzoek

In hoofdstuk 3 is gerapporteerd over overwegingen ten aanzien van de vormgeving van het onderzoek. Uit deze overwegingen komt een drietal aanbevelingen voort voor het beleid ten aanzien van toekomstig onderzoek.

Deze aanbevelingen hebben betrekking op de samenwerking in onderzoek, de belasting van beroepsbeoefenaren met onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten in het kader van onderzoek.

Samenwerking

De inhoudelijke deskundigheid ten aanzien van de betreffende beroepen is in sterke mate geconcentreerd bij de beroepsopleidingen. De mogelijkheden om onderzoek te doen - qua kennis, vaardigheid en infrastructuur - zijn bij de opleidingen echter zeer beperkt. De oplossing dient gezocht te worden in het zoeken van samenwerking met onderzoeksinstellingen. Eén mogelijkheid is een direct samenwerkingsverband tussen opleiding en onderzoeksinstelling. Een andere mogelijkheid is de beroepsinhoudelijke deskundigheid onder te brengen bij een ontwikkelingsinstelling. Deze ontwikkelingsinstelling gaat vervolgens een samenwerkingsverband aan met een onderzoeksinstelling. Opgemerkt dient te worden dat deze varianten elkaar niet uitsluiten. Het is mogelijk deze varianten naast elkaar te laten ontstaan. In beide gevallen dient echter een duidelijke keuze gemaakt te worden over de eindverantwoordelijkheid van het onderzoek. Deze dient ofwel bij de onderzoeksinstelling ofwel bij de opleiding/ontwikkelingsinstelling te liggen. Dit is nodig om te voorkomen dat de samenwerking verzandt door een gebrek aan leiding. Als de onderzoeksinstelling de eindverantwoordelijkheid draagt dient de inbreng en de baten van de opleiding/ontwikkelingsinstelling duidelijk erkend te worden. Als de opleiding/ontwikkelingsinstelling de eindverantwoordelijkheid draagt dient men zich te overtuigen dat dit ook feitelijk mogelijk en realiseerbaar is.

Voor het welslagen van onderzoek is het van veel belang dat bij de beroepsgroep een onderzoeksattitude ontstaat. Hiermee wordt bedoeld dat de beroepsbeoefenaren begrip dienen te krijgen voor de manier van werken bij onderzoek. Zonder een dergelijk begrip voor onderzoek is de kans groot dat het onderzoek niet of niet op de juiste wijze van de grond komt. Het ontstaan van een onderzoeksattitude heeft echter niet alleen waarde voor het onderzoek, maar evenzeer voor de beroepsuitoefening. Onderzoek wordt gekenmerkt door een methodische manier van werken. Kennisnemen van deze manier van werken stelt beroepsbeoefenaren in staat op een systematische wijze te leren van de eigen beroepspraktijk. Hiermee wordt bedoeld dat de beroepsbeoefenaren leren om het resultaat van eigen handelen systematisch te evalueren en om het eigen handelen op grond daarvan bij te stellen. De kwaliteit van de beroepsuitoefening kan op deze wijze verhoogd worden. Een en ander betekent dat het ontstaan van begrip voor een onderzoeksmatige manier van werken zowel voor het onderzoek als voor de beroepsuitoefening vruchten af kan werpen.

De aanbeveling die uit het bovenstaande voortvloeit is om een nauwe samenwerking te creëren tussen enerzijds opleidingen en beroepsbeoefenaren en anderzijds onderzoeksinstellingen. Er zijn verschillende vormen van

samenwerking denkbaar. De samenwerking kan plaatsvinden tussen opleiding en onderzoekinstelling en/of tussen een ontwikkelingsinstelling en onderzoekinstelling. In beide gevallen dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over de eindverantwoordelijkheid voor het onderzoek.

Belasting met onderzoek

Van praktizerende beroepsbeoefenaren kan slechts in zeer beperkte mate gevraagd worden om werkzaamheden ten behoeve van onderzoek te verrichten. Zelfs als er een financiële vergoeding tegenover staat is het dikwijls niet wenselijk of niet mogelijk om de behandelcapaciteit in te krimpen ten behoeve van onderzoeksactiviteiten. Dit geldt zowel voor particuliere praktijken als voor werknemers in dienstverband. Het aanwijzen van praktijken die een zware rol krijgen bij onderzoek is zodoende een weinig realistische optie.

Hieruit volgt de aanbeveling om het onderzoek zodanig in te richten dat beroepsbeoefenaren slechts minimaal belast worden. De onderzoekswerkzaamheden dienen voor het grootste deel door onderzoeksmedewerkers verricht te worden. Voorzover beroepsbeoefenaren daadwerkelijk werkzaamheden voor het onderzoek verrichten dient hier een financiële vergoeding tegenover te staan.

Ontwikkelingsactiviteiten

De kennis waarop de beroepsuitoefening gebaseerd is, is veelal onvoldoende geëxpliciteerd. Voordat onderzoek gedaan kan worden is het daarom dikwijls nodig kennis omtrent afwijkingen of interventies te expliciteren. Een dergelijke explicitering van kennis is bijvoorbeeld nodig bij het ontwikkelen van registratieformulieren, bij het omschrijven van diagnostische of therapeutische interventies en bij het standaardiseren daarvan. Het gevolg hiervan is dat onderzoek dikwijls een sterk ontwikkelingskarakter heeft. Aan het eigenlijke onderzoek dient veelal een fase van ontwikkeling vooraf te gaan. Het is van uitermate veel belang dat deze ontwikkelingsfase nauw aansluit bij de onderzoeksfase. De ontwikkelingsfase dient te leiden tot een produkt dat in onderzoek bruikbaar is. En omgekeerd dient in het onderzoek rekening gehouden te worden met de aard van het produkt dat ontwikkeld wordt of kan worden. Hieruit vloeit een dubbele aanbeveling voort. Enerzijds wordt aanbevolen bij de vormgeving van het onderzoek rekening te houden met de noodzaak van ontwikkeling. In een project zal veelal een fase van ontwikkeling en explicitering opgenomen dienen te zijn. Anderzijds wordt aanbevolen projecten zodanig vorm te geven dat ontwikkeling en onderzoek zeer nauw op elkaar aansluiten. Beide fasen dienen of door een instantie of door twee nauw samenwerkende instanties uitgevoerd te worden.

4.3. Sturing van onderzoek

In hoofdstuk 3 is beargumenteerd dat onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen vooralsnog financiële ondersteuning nodig zal hebben. Het gebrek aan onderzoekstraditie op dit gebied en de matige belangstelling van reguliere financiers maken additionele ondersteuning noodzakelijk.

Financiële ondersteuning geeft tevens de mogelijkheid sturend op te treden in het onderzoek. Om het onderzoek zich ook daadwerkelijk langs de lijnen, die in deze studie aangegeven zijn, te laten ontwikkelen is sturing nodig. Zonder sturing is het onwaarschijnlijk dat er enige lijn in het onderzoek komt. De financiering van onderzoek biedt een aangrijpingspunt om daadwerkelijk sturend op te treden.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen twee vormen van sturing. Een vorm bestaat uit het instellen van een onderzoeksprogramma met een programmacommissie. Aan onderzoeksinstellingen wordt vervolgens gevraagd onderzoeksvoorstellen in te dienen, die binnen het programma passen. In deze vorm bewaakt de programmacommissie de sturing van het onderzoek. Een andere vorm van sturing bestaat uit het gericht stimuleren van onderzoeksinitiatieven die zich min of meer spontaan voordoen. In dit geval ligt de sturing veel directer bij de financiers van onderzoek. Om gericht te sturen dienen financiers hun activiteiten enigszins op elkaar af te stemmen. Deze afstemming kan plaatsvinden op basis van de resultaten van de onderhavige programmeringsstudie, desgewenst aangevuld met nadere advisering.

Uit het bovenstaande volgt de aanbeveling om tot daadwerkelijke sturing van onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen over te gaan. Op het verrichten van deze programmeringsstudie dient daadwerkelijke sturing te volgen. Daarbij kan een keuze gemaakt worden uit een van beide, hierboven beschreven, vormen van sturing.

4.4. Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek op het gebied van de betreffende paramedische beroepen. Deze aanbevelingen hebben betrekking op de wijze waarop onderzoek een ondersteunende functie kan hebben bij bepaalde beleidsthema's, op het beleid ten aanzien van de vormgeving van het onderzoek en op het beleid ten aanzien van de sturing van onderzoek. Deze aanbevelingen kunnen als volgt samengevat worden:

Ondersteuning van onderzoek

1. De aanbeveling met de meest algemene strekking is om onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen te ondersteunen. Dit in verband met het optimaliseren van de bijdrage van de betreffende beroepen aan het verbeteren van de functionele toestand ('kwaliteit van leven').

Thema's van onderzoek

2. Twee elementaire onderzoeksthema's, waaraan prioriteit gegeven dient te worden, zijn: (a) een algemeen beschrijvend onderzoek (in kwantitatieve termen) naar de aard van de aandoeningen, de behandelingen en de relatie met medische verwijzers op het terrein van elk van de beroepen en (b) een classificatie van aandoeningen (met speciale aandacht voor de classificatie van functionele afwijkingen), verrichtingen en eventueel andere aspecten. Voorafgaand aan verder onderzoek dient eerst onderzoek rond deze twee thema's gedaan te worden. Op het gebied van ergotherapie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie wordt momenteel onderzoek rond deze thema's uitgevoerd of zijn subsidieaanvragen ingediend. Op het gebied van logopedie is een subsidieaanvraag ingediend voor het maken van een indeling van stoornissen. Als deze aanvragen gehonoreerd worden, resteert met name nog een indeling van verrichtingen in de logopedie en een beschrijvend onderzoek op het gebied van de logopedie.
3. Ten aanzien van het beleidsthema 'organisatie en financiering van de zorg' is het van belang onderzoek te doen naar (a) het bereik van de zorg; (b) methoden om de relatie tussen medische verwijzers en beroepsbeoefenaren te optimaliseren; (c) de samenwerking en afgrenzing tussen paramedische beroepen en tussen paramedische en medische beroepen en (d) de positie van paramedische beroepen in andere landen.
4. Om een beleid te kunnen voeren ten aanzien van 'de kwaliteit van curatieve en preventieve zorg' is het van belang over gegevens te beschikken omtrent effecten van interventies. Gezien het vrijwel geheel ontbreken van een onderzoekstraditie in deze richting is het van belang het onderzoek aanvankelijk vooral te richten op het ontwikkelen en uittesten van richtlijnen en protocollen voor interventies (fase II onderzoek). Vervolgens dienen deze protocollen en richtlijnen in gecontroleerd onderzoek getoetst te worden (fase III onderzoek). Het is van belang eerst fase II onderzoek te doen en dan pas fase III onderzoek. In het fase II onderzoek worden de interventiemethoden en -doelen geëxpliciteerd en gestandaardiseerd. De relevantie van fase III onder-

zoek neemt aanmerkelijk toe als gebruik gemaakt kan worden van de gestandaardiseerde interventies die in fase II onderzoek ontwikkeld zijn. Met onderzoek dient begonnen te worden bij aandoeningen die betrekkelijk frequent vóórkomen en bij interventies die betrekkelijk effectief geacht worden. Zowel nieuwe ontwikkelingen als reeds ingeburgerde interventies dienen onderzocht te worden.

Zowel bij geformaliseerd onderzoek als bij het evalueren van de dagelijkse praktijk zijn meetinstrumenten benodigd. Het verdient aanbeveling meer bekendheid aan bestaande instrumenten te geven, beroepsspecifieke meetinstrumenten te ontwikkelen en een overzicht te geven van aanzetten tot dergelijke beroepsspecifieke instrumenten. Het ontwikkelen van instrumenten dient plaats te vinden in het kader van het uittesten van protocollen en richtlijnen.

5. Ten aanzien van beleidsthema's 'opleiding en deskundigheid' is het van belang onderzoek te doen naar (a) de wenselijkheid van universitaire kopstudies; (b) de behoefte aan en organisatie van na- en bijscholing en (c) de specifieke deskundigheden van beroepsbeoefenaren.

Setting van onderzoek

6. Gezien het feit dat de opleidingen over veel inhoudelijke kennis, maar over zeer weinig onderzoeksmatige deskundigheden en mogelijkheden beschikken verdient het aanbeveling samenwerking tussen enerzijds opleidingen en/of ontwikkelingsinstellingen en anderzijds onderzoeksinstellingen te stimuleren. Er zijn diverse vormen van samenwerking mogelijk.
7. Het onderzoek dient zodanig vorm gegeven te worden dat praktizerende beroepsbeoefenaren niet te zwaar met onderzoekswerkzaamheden belast worden. Voor onderzoekswerkzaamheden dient een financiële vergoeding gegeven te worden.
8. In veel onderzoeksprojecten dient ruimte gecreëerd te worden voor het expliciteren en ontwikkelen van beroepsinhoudelijke kennis. Het is daarbij van zeer veel belang dat dergelijke ontwikkelingsactiviteiten zeer nauw aansluiten bij onderzoek.

Sturing van onderzoek

9. Op het laten verrichten van deze programmeringsstudie dient daadwerkelijke sturing van onderzoek te volgen. Zonder sturing is het onwaarschijnlijk dat het onderzoek zich volgens bepaalde lijnen zal ontwikkelen. Er zijn verschillende vormen van sturing mogelijk. Aangrijpingspunt voor de sturing is de financiering van onderzoek. Het gericht be-

- schikbaar stellen van financiële middelen zal ertoe bijdragen dat het onderzoek zich langs de gewenste lijnen ontwikkelt.

Literatuur

- APPLEGATE W.B., BLASS J.P. and WILLIAMS T.F. - 1990. Instruments for the functional assessment of older patients. *New England Journal of Medicine*, 322, 1990. 1207-1214
- GRANGER C.V., SELTZER G.B. and FISHBEIN C.F. - 1987. Primary care of the functionally disabled. Philadelphia: Lippincott
- HEERKENS Y.F., BRANDSMA J.W., LAKEVELD-HEYL K. en MISCHNER-VAN RAVENSBERG C.D. - 1990. Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen: verslag voorfase I en subsidie-aanvraag voor fase I. Amersfoort: SWSF
- KROGT Th. VAN DER - 1981. Professionalisering en collectieve markt. 's Gravenhage: Vuga
- LULOFS J.G. - 1981. Een markttheoretische benadering van professies. *Mens en Maatschappij*, 56, 349-377
- McDOWELL I. and NEWELL C. 1987. *Measuring health*. New York: Oxford University Press
- SOEST A.J. VAN en ROZENDAL R.M. - 1986. *Meetinstrumenten in de revalidatie*. Amsterdam: VU
- VERHAAK P.F.M. en VRIES P.J. DE - 1987. *Meningen over preventie*. Utrecht: NIVEL
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO

DEEL II
OVERZICHTSSTUDIES

WOORD VOORAF BIJ DEEL II

In dit deel van het onderhavige rapport worden de resultaten beschreven van de overzichtsstudies, die op het gebied van elk van de beroepen gedaan zijn. De programmeringsstudie, die in deel I beschreven is, is uitgevoerd tegen de achtergrond van deze overzichtsstudies.

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de betreffende beroepen verricht. Op enkele uitzonderingen na, zijn eigenlijk alleen gegevens uit explorerende onderzoeken beschikbaar. Hoewel over de kwaliteit van deze studies het nodige op te merken is, zijn deze studies bij het samenstellen van de overzichten wel gebruikt. Dit betekent echter dat men de cijfers uit deze overzichtsstudies met enige voorzichtigheid dient te interpreteren.

De overzichten over elk van de beroepen zijn zodanig beschreven dat zij zelfstandig leesbaar zijn. Dit heeft tot gevolg dat er tussen de hoofdstukken enige overlap is. Er is toch voor deze opzet gekozen om per beroep over een kort, handzaam overzicht te beschikken.

5. ERGOTHERAPIE

5.1. Inleiding

Het doel van dit stuk is een beschrijving te geven van de ergotherapie en aan te geven wat er tot op heden aan onderzoek is verricht naar ergotherapie. Bij de beschrijving van het tot nu toe verrichte onderzoek gaat de aandacht uit naar onderzoek naar het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, geografische spreiding, praktijkvorm en -organisatie, opleiding en nascholing), taken en werkwijzen, het gebruik van de zorg en kwaliteit van de zorg. Onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep blijft buiten beschouwing.

De eerste aanzet tot het beroep ergotherapie vond rond de eeuwwisseling plaats in de Verenigde Staten. Aanvankelijk richtte de "occupational therapy" (ergotherapie) zich op psychiatrische en T.B.C.-patiënten. De eerste wereldoorlog had veel invloed op de ontwikkeling van het beroep zowel in de Verenigde Staten als in Engeland. De "occupational therapists" richtten zich op de problemen van lichamelijk gehandicapte soldaten, die tevens met ernstige psychische problemen kampten door deze oorlog. Na de tweede wereldoorlog kwamen Engelse "occupational therapists" in Nederland werken ten behoeve van de revalidatie van oorlogsinvaliden. Bij de introductie van de "occupational therapy" naar Engels-Amerikaans model in Nederland stuitte men op het probleem dat in de Nederlandse gezondheidszorg een scheiding is aangebracht tussen Algemene en Geestelijke gezondheidszorg. Deze scheiding kent de occupational therapy niet, zij richt zich op mensen die niet meer goed functioneren in hun leef-, woon- en werkomstandigheden. De reden hiervan kan zowel van lichamelijke als van psychische aard zijn.

In 1954 ging in Amsterdam de eerste opleiding van start onder de naam "Arbeidstherapie", de afgestudeerden richtten in 1957 de Nederlandse Vereniging voor Arbeidstherapeuten op. In 1960 wordt deze vereniging geaccepteerd als lid van de "World Federation of Occupational Therapists".

In 1959 start in Huizen een opleiding die in 1962 de naam "ergotherapie" kreeg. In 1969 richtten de afgestudeerden de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie op. De verenigingen besluiten gezien de gemeenschappelijke doelstellingen en methodieken, gezamenlijk te gaan bouwen aan de ontwikkeling van het beroep (onder andere wettelijke erkenning). Dit resulteert in 1972 in de Nederlandse vereniging van arbeids/ergotherapeuten, wat in 1978 gewijzigd wordt in Nederlandse vereniging voor Ergotherapie.

In 1981 wordt het beroep na veel inspanning, van onder andere de NVE, opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen. Daarnaast werd het beroep in hetzelfde jaar wettelijk erkend. Volgens het "ergotherapeutenbesluit" wordt onder het beroep ergotherapeut verstaan, het beroepsmatig ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenende geneeskundige met een geneeskundig doel

- a. onderzoeken of en in hoeverre de patiënt ten gevolge van een aandoening belemmeringen ondervindt bij het verrichten van handelingen, ontleend aan het dagelijks leven en aan arbeid, alsmede nagaan of en met welke middelen de gebleken belemmeringen kunnen worden opgeheven;
- b. doen uitvoeren door de patiënt van handelingen als bedoeld onder a, die zijn gericht op het toepassen van de onder a bedoelde belemmeringen, al dan niet met toepassing van aan hem daartoe verstrekte hulpmiddelen;
- c. adviezen verstrekken aan de patiënt omtrent het voor hem passende woon-, leef-, of werkmilieu en de daartoe nodige voorzieningen.

Naar de ergotherapie is in Nederland weinig (wetenschappelijk) onderzoek gedaan, in tegenstelling tot andere landen als Amerika en Australië. In Amerika is er sprake van een eigen theorie ontwikkeling voor het beroep.

In deze literatuurstudie is daarom ook gebruik gemaakt van publicaties in vakbladen en tijdschriften, lezingen, symposiumverslagen en eindexamenscripties.

De indeling van dit stuk is als volgt. In de tweede paragraaf komt het aanbod van ergotherapeutische zorg aan de orde (omvang en samenstelling beroepsgroep, organisatie, geografische spreiding). Paragraaf 3 behandelt taken en werkwijzen van de ergotherapeut. In paragraaf 4 wordt het gebruik van de ergotherapeutische zorg belicht (patiëntencategorieën, behandel-doel, classificatie van aandoeningen). Paragraaf 5 gaat in op de kwaliteit van zorg en in paragraaf 6 worden regelingen en financiering met betrekking tot de ergotherapie besproken.

5.2. Het aanbod van ergotherapeutische zorg

5.2.1. Omvang en samenstelling beroepsgroep

Ergotherapie is een relatief "jong" beroep. Toen in 1981 het beroep wettelijk werd erkend in de "Wet op de Paramedische Beroepen" werd men als gediplomeerd ergotherapeut(e) verplicht zich te laten registreren bij het Bureau Medische Registratie van de Geneeskundige Hoofd Inspectie (GHI). De omvang van de beroepsgroep wordt bijgehouden door de NVE (alleen leden) en de GHI. Laatstgenoemde heeft in 1989 een onderzoek naar de beroepsuitoefening van ergotherapeuten uitgevoerd. Bij dit onderzoek werd begin april 1989 aan 1.615 ergotherapeuten, die geregistreerd waren bij de

GHI, een enquêteformulier toegezonden. Aan de therapeuten werd gevraagd gegevens over hun beroepsuitoefening te verstrekken zoals die was in de week van 17 - 21 april 1989. De respons op de enquête was erg hoog, namelijk 97% (n = 1.562). Het aantal bruikbare formulieren bedroeg 1.507 (zie tabel 1).

Tabel 1: verdeling van ergotherapeuten naar leeftijdsgroep en geslacht

Leeftijdsgroep	totaal		mannen	vrouwen
	abs	%	abs	abs
24 jr en jonger	145	9,6	3	142
25 - 29 jaar	484	32,1	35	449
30 - 34 jaar	324	21,5	39	285
35 - 39 jaar	332	22,0	44	288
40 - 44 jaar	136	9,0	9	127
45 - 49 jaar	58	3,8	3	55
50 - 54 jaar	17	1,1	-	17
55 - 59 jaar	9	0,6	-	9
60 - 64 jaar	2	0,1	-	2
Totaal	1507	100,0	133	1374

Bron: GHI, 1990

Deze tabel laat zien dat ruim veertig procent van de respondenten jonger dan dertig jaar en 85 procent jonger dan veertig jaar was. Het aantal gediplomeerde vrouwelijke ergotherapeuten is erg groot (91%). De benaming "vrouwenberoep" lijkt op grond hiervan dan ook terecht. De verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke beroepsbeoefenaren heeft Snijders Blok (1982) in zijn scriptie "Werkgelegenheid voor Ergotherapeuten" ook belicht. Hierin wordt het aantal mannelijke en vrouwelijke werkende ergotherapeuten in de Algemene Gezondheidszorg (AGZ), in Nederland vergeleken met andere landen. Het GHI (1990) daarentegen heeft van alle gediplomeerde ergotherapeuten (werkend en niet werkend, AGZ en Geestelijke Gezondheidszorg) een overzicht gegeven (zie tabel 2)

Tabel 2: verdeling mannelijke en vrouwelijke ergotherapeuten in Nederland, Australië en USA

Land	jaar	mannen (%)	vrouwen (%)
Nederland ¹	1981	20,1	79,9
Australië ¹	1980	3	97
USA ¹	1978	4,1	95,9
Nederland ²	1989	9	91

1 Studie van Snijders-Blok waarin de verdeling over alle werkende ergotherapeuten in de AGZ, wordt gemaakt.

2 Enquête van GHI waarin verdeling over alle gediplomeerde ergotherapeuten is gemaakt (AGZ en GGZ, werkend en niet werkend).

Vergelijking van de gegevens wordt bemoeilijkt doordat verschillende methoden van dataverzameling zijn gebruikt bij de onderzoeken. De gegevens van het GHI kunnen niet vergeleken worden met die uit de andere landen omdat in deze verdeling alle gediplomeerde ergotherapeuten zijn betrokken. Uit de tabel blijkt dat het aantal werkzame mannelijke ergotherapeuten in Nederland relatief groot is in vergelijking met andere landen.

5.2.2. Werkende en werkzoekende ergotherapeuten

Het aantal ergotherapeuten dat in 1989 het beroep uitoefende bedroeg 1.065 (71%), volgens de GHI-enquête. Dit percentage komt overeen met het percentage (71%) dat kan worden afgeleid uit de cijfers van de NVE (1989) nl. 828 werkende ergotherapeuten. In de enquête van het GHI waren 151 ergotherapeuten (10%) op zoek naar werk als ergotherapeut (zie tabel 3).

Tabel 3: werkende of werkzoekende ergotherapeuten, verdeeld naar leeftijdsgroep

Leeftijdsgroep	werkend (= 71%)	werkzoekend (=10%)
24 jr en jonger	82	33
25 - 29 jaar	383	38
30 - 34 jaar	229	30
35 - 39 jaar	223	30
40 - 44 jaar	94	13
45 - 49 jaar	40	6
50 - 54 jaar	9	1
55 - 59 jaar	4	-
60 - 64 jaar	1	-
Totaal	1065	151

Bron: GHI, 1990.

De cijfers van GHI tonen aan dat de grootste groep beroepsbeoefenaren zich in leeftijdsgroep van 25 - 29 jaar bevond. Van deze groep was 79% werkzaam als ergotherapeut en zocht 8% werk als ergotherapeut. Van de overige leeftijdsgroepen (tot 50 jaar) was de werkelijke en de gezochte beroepsdeelneming ca. 80%. Onderzoek onder fysiotherapeuten vertoont veel gelijkenis met de cijfers van het GHI. Ruim 40% van de extramuraal en meer dan 60% van de intramuraal werkende fysiotherapeuten is jonger dan 30 jaar. (van Brunschot, 1981).

5.2.3. Full-time versus Part-time

Het aantal ergotherapeuten dat een volledige weektaak had, volgens de enquête van GHI meer dan acht dagdelen per week, bedroeg ongeveer een derde van alle werkende ergotherapeuten (GHI, 1990). Het gemiddelde aantal dagdelen per week van alle werkzame ergotherapeuten bedroeg 7,3. Ondanks dat de ergotherapie als "vrouwenberoep" wordt gezien is slechts

27% van de ergotherapeuten minder dan zes dagdelen (20 uur) werkzaam. Snijders Blok (1982) kwam in zijn scriptie tot ongeveer dezelfde cijfers, hoewel het alleen ergotherapeuten in de algemene gezondheidszorg betrof. Hij toonde aan dat 83% full-time en 17% part-time (minder dan 20 uur) werkzaam was. Het percentage full-time werkende ergotherapeuten is hoog, in vergelijking met de fysiotherapie, waar naar schatting de helft part-time werkt (60% van de werkzame fysiotherapeuten is vrouw, van Brunschot, 1981).

5.2.4. Het arbeidsterrein van ergotherapeuten

Uit de volgende gegevens blijkt dat het aantal afdelingen ergotherapie (in de hele gezondheidszorg) in Nederland sterk gestegen is;

In de periode 1951 - 1974 waren er in de Nederlandse gezondheidszorg 89 instellingen met een afdeling ergotherapie. In de periode 1975 - april 1982 is dit gestegen tot 212 (Snijders Blok, 1982). In 1989 nam dit verder toe tot 544 instellingen met een afdeling ergotherapie (jaarverslag NVE, 1989). In de gegevens van de NVE zijn alleen de afdelingen ergotherapie waar leden werkzaam zijn geregistreerd. De niet-leden blijven buiten beeld en hierdoor ook de afdelingen waar alleen niet-leden werkzaam zijn.

Volgens de meest recente gegevens van de GHI (1990) zijn er in Nederland 1065 ergotherapeuten werkzaam op 1170 lokaties. Het grootste aantal werkt op 1 lokatie (91%), 8% is op 2 verschillende lokaties werkzaam en 1% op drie verschillende lokaties. Een overzicht van de mogelijke werkplekken van ergotherapeuten wordt zowel door de NVE als door GHI gemaakt. De gegevens van het GHI worden uiteengezet in tabel 4.

Uit tabel 4 blijkt dat de meeste ergotherapeuten in de intramurale gezondheidszorg werkzaam zijn. Bijna een derde (31,8%) van deze dagdelen werd aangetroffen in (kinder)revalidatiecentra inclusief de categorale ziekenhuizen, dertig procent in verpleeghuizen en een zesde (16,5%) in algemene en academische ziekenhuizen. Men is in totaal 85,3% van de dagdelen werkzaam in de intramurale gezondheidszorg, waarvan 76% in de algemene gezondheidszorg en slechts 9,3% dagdelen in de geestelijke gezondheidszorg (inclusief zwakzinnigenzorg) wordt gewerkt.

Gegevens van de NVE (jaarverslag 1989) geven aan dat 624 van de 821 werkende leden in de intramurale algemene gezondheidszorg werkzaam zijn (76%). De twee belangrijkste werkvelden waren ook hier de (kinder)revalidatiecentra en de verpleeghuizen (hier waren de meeste ergotherapeuten werkzaam). Alhoewel de percentages van GHI en NVE overeenkomen met betrekking tot de intramurale algemene gezondheidszorg, kunnen ze niet zomaar met elkaar vergeleken worden. De NVE heeft in haar cijfers alleen het aantal leden dat in een bepaalde instelling werkzaam is opgenomen en niet het aantal dagdelen dat men daar werkzaam is bekeken.

Snijders-Blok (1982) kwam tot dezelfde conclusie als GHI en NVE. Naast het geconstateerde feit dat in alle revalidatiecentra een afdeling ergotherapie aanwezig is, hebben zij ook de grootste afdelingen ergotherapie nl. 7,29 ergotherapeut per afdeling in tegenstelling tot de ziekenhuizen en verpleeghuizen waar resp. 2,75 en 1,59 ergotherapeut per afdeling werkzaam zijn.

Tabel 4: arbeidsterrein van ergotherapeuten 17 - 21 april 1989 (GHI enquête, 1990)

Arbeidsterrein	lokaties	dagdelen per week	
		abs	%
Intramuraal			
Verpleeghuis	349	2257	29,0
Revalidatiecentrum/categoriaal ziekenhuis	229	1920	24,7
Kinderrevalidatiecentrum	71	550	7,1
Alg. ziekenhuis, met RDB*	69	516	6,6
Psychiatrisch ziekenhuis	72	496	6,4
Acad. ziekenhuis, alg zorg	47	351	4,5
Alg ziekenhuis, zonder RDB*	47	310	4,0
zwakzinnigeninrichting	23	119	1,5
Alg ziekenhuis, met PAAZ	13	88	1,1
Acad. ziekenhuis, geest. z.	4	26	0,3
Sub-totaal	924	6633	85,3
Extramuraal			
dagverblijf	39	180	2,3
vervangende woonomgeving	13	92	1,2
RIAGG	14	89	1,1
verzorgingshuis/bejaardenoord	18	61	0,8
praktijk ergotherapie	19	50	0,6
kruisvereniging	4	25	0,3
gezondheidscentrum	2	9	0,1
Sub-totaal	109	506	6,5
Onderwijs			
opleiding ergotherapie	25	156	2,0
speciaal onderwijs	25	116	1,5
overig onderwijs/onderzoek	52	113	1,5
Sub-totaal	102	385	5,0
overige lokaties			
GMD	7	57	0,7
overig	28	198	2,5
Sub-totaal	35	255	3,3
Totaal	1170	7779	100,0

* RDB = revalidatie dagbehandeling

5.2.5. Organisatie

Een uniforme registratie van ergotherapeutische verrichtingen is -nog- niet ontwikkeld. Een aanzet tot het ontwikkelen van uniforme registratielijsten

heeft met name in de Algemene Gezondheidszorg aandacht gekregen. Door de overleggroep ergotherapie in academische ziekenhuizen (1985), tijdens het projekt ergotherapie in de eerste lijn (1987), in verpleeghuizen (1987) en in het Lijstwerkboek (samengesteld voor ergotherapie in de Geestelijke gezondheidszorg) (Soogele, 1990), zijn registratieformulieren ontwikkeld voor de specifieke werksituaties. Deze registratiewijzen leggen met name de direkt en indirekt patiënt gebonden werkzaamheden maar ook voorwaardescheppende en aanverwante werkzaamheden vast.

Sickingen en Speth-Lemmens (1988) hebben een onderzoek naar de wenselijkheid van uniforme registratie in de ergotherapie uitgevoerd. Zij hebben veertig enquêtes onder ergotherapeuten verspreid. Het aantal bruikbare antwoorden bedroeg 37 (=92,5%). Uit de gegevens bleek dat 92% het van belang vindt om te registreren en dat 63% van de respondenten daadwerkelijk hun werkzaamheden registreert. Uniforme registratie wordt door 76% op prijs gesteld. Tijdens het onderzoek werden drie registratielijsten (registratielijst academische ziekenhuizen, registratielijst verpleeghuizen en registratielijst ergotherapie in de eerste lijn) ter beoordeling aangeboden. Gemiddeld 60% van de respondenten vond de lijsten niet bruikbaar in zijn huidige werksituatie. Men kan stellen dat binnen de beroepsgroep een uniforme registratie wel wenselijk is maar dat gezien de grote diversiteit in werksituaties het erg moeilijk is een werkbaar lijst te ontwikkelen. Verder is de doelstelling waarmee de lijst ontwikkeld wordt ook van belang voor mogelijke toepassing. Aan een registratielijst voor onderzoek zullen andere eisen gesteld worden dan aan een lijst voor het registreren voor behandelingen.

5.2.6. Geografische spreiding van ergotherapeuten

Er zijn geen precieze gegevens bekend over het aantal therapeuten dat per provincie werkzaam is. Volgens de notitie "taakstellingen beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1988", zou er globaal gesteld een overschot van ergotherapeuten in het westen van het land zijn en in het oosten een tekort. Uit "de lijst van instellingen waaraan verbonden een afdeling ergotherapie" (NVE, 1990) blijkt dat de meeste afdelingen ergotherapie (waar leden werkzaam zijn) zich bevinden in Zuid Holland (23%) en Noord-Holland (20%). Dit komt niet overeen met de bevindingen van de GHI, waarin per provincie is geïnventariseerd hoe de verdeling van het aantal gewerkte dagdelen verdeeld is. Uit het overzicht blijkt dat Noord-Holland met 78 dagdelen per 100.000 inwoners de hoogste dichtheid had gevolgd door Limburg met 57 dagdelen. Drenthe en Friesland hadden met respectievelijk 23 en 22 dagdelen de laagste dichtheid (GHI, 1990). Maar omdat 15% van de ergotherapeuten in de enquête hun werkprovincie niet vermeld hebben geeft de dichtheid per 100.000 inwoners geen volledig beeld.

5.2.7. Beroepsvereniging

Uit gegevens van het jaarverslag van de NVE (1989) blijkt dat het aantal gediplomeerde leden 1.155 bedraagt. Als deze gegevens met de gegevens van het GHI vergeleken worden kan daaruit geconcludeerd worden dat 71,5% van het aantal geregistreerde therapeuten lid is van de NVE. Dit is een stijging ten opzichte van 1986 (55% van alle gediplomeerde ergotherapeuten lid van NVE, notitie WVC,1988) en ten opzicht van 1988 (56% van alle gediplomeerde ergotherapeuten lid van de NVE, Stoopendaal,1988).

Enkele gediplomeerde ergotherapeuten (ca. 60 in 1986) waren wel lid waren van de NVE, maar hadden zich niet laten registreren bij GHI. Het kwam voor dat men werkzaam was zonder in het bezit te zijn van het bewijs van bevoegdheid. Voor deze ergotherapeuten is een verkorte opleiding ingesteld zodat zij alsnog het bewijs van bevoegdheid kregen.

5.2.8. Opleiding en nascholing

De opleiding ergotherapie behoort tot het Hoger Beroepsonderwijs (HBO) en wordt als studierichting op paramedisch gebied gerekend tot het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs (HGZO). De opleiding wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

Er zijn in Nederland 2 opleidingen ergotherapie nl. in Amsterdam en in Hoensbroek. Beide opleidingen voldoen aan de eisen van de "World Federation of Occupational Therapists" (WFOT). De duur van de opleiding is 4 jaar, met daarin 2 á 3 praktijkstages van ca. 13 weken (totaal 35 - 40 weken). Krachtens de Machtigingswet beperking inschrijving HBO studenten is de instroom in 1990/1991 beperkt tot 152 studenten (beroepengids 1990).

Door de invoering van de Wet op het Hoger Beroepsonderwijs functioneren de opleidingen autonoom.

Nascholing wordt niet door één instituut georganiseerd en gecoördineerd. Er is wel overleg tussen de Hogeschool van Amsterdam en de Hogeschool Heerlen over de afstemming en samenwerking van het Post-HBO aanbod. Er worden daarnaast door particuliere onderwijsinstellingen ook cursussen over beroepsinnovatie, management, onderzoek e.d. aangeboden.

5.2.9. Toekomstverwachtingen

Belangrijke factoren die de ontwikkeling van ergotherapie in de toekomst beïnvloeden, zijn demografische veranderingen en het overheidsbeleid.

Door de toenemende vergrijzing van de bevolking wordt met name in revalidatiecentra en verpleeghuizen een groei naar de vraag van ergotherapeutische zorg verwacht. Dit betekent volgens het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NZI), dat de vraag naar ergotherapeuten toe zal nemen in de toekomst. Voorspellingen omtrent de groei geven aan dat in de intramurale gezondheidszorg (= 75%) in 1995, 750 en in 2010, 830 ergotherapeuten nodig zijn en in de overige sectoren (= 25%) in 1995, 250 en in 2010, 270 ergotherapeuten (Ministerie van WVC, 1988).

Het veranderende overheidsbeleid wordt door Snater e.a. (1988) gezien als mogelijk belangrijke factor tot uitbreiding van de ergotherapie. In de Nota 2000 wordt de nadruk gelegd op het verbeteren van de gezondheidstoestand of de kwaliteit van het bestaan in tegenstelling tot levensverlenging als doel op zich (Lankhorst, 1990). Het beleid van de overheid is er op gericht thuiszorg te stimuleren en daarmee de zelfstandigheidsbevorderende in plaats van de afhankelijk makende dienstverlening centraal te stellen. Bovendien wenst de overheid naast de intramurale zorg de thuiszorg te stimuleren.

De consequenties van de ontwikkelingen kunnen voor de ergotherapie onder andere zijn dat uitbreiding van het aantal hulpvragers (zowel categorieën van patiënten als aard van de vraagstelling) plaatsvindt en dat er een accentverschuiving plaats kan vinden bijvoorbeeld, vergroting van het ergotherapie-aanbod in de eerste lijn, vergroting van de aandacht voor bejaardenvraagstukken (van Dijk-van Dooren, 1990).

Naast bovengenoemde factoren wordt in het beleidsplan "afdeling ergotherapie van de HVA 1989 - 1991" (1989) en door Kinébanian (1989) nog een ander aspect benadrukt als mogelijke uitbreiding van de taken van de ergotherapeut. Op het terrein van de arbeid heeft de ergotherapeut een rol in de arbeidsexploratie, verbetering en aanpassing van arbeidsomstandigheden en het zoeken naar alternatieven voor werk. Door de invoering van de ARBO-wet (Wet op de arbeidsomstandigheden) en de WAGW (Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers) kunnen de werkzaamheden van de ergotherapeut op dit gebied in de toekomst uitgebreider worden. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld trainingsprogramma's ter preventie van rugklachten (zogenaamde "rugscholen"), arbeidsrehabilitatieprojecten in Limburg.

5.3. Taken en werkwijzen

Ergotherapie wordt uitgeoefend in (intra-, extra- en semimurale) instellingen en organisaties voor Algemene en Geestelijke Gezondheidszorg. Verder wordt ergotherapie beoefend in "nevengebieden" van de gezondheidszorg zoals mytylscholen, dagverblijven en vervangende woonvormen.

Algemeen kan gesteld worden dat ergotherapie bestemd is voor personen van alle leeftijden die niet (meer) goed functioneren in leef- woon- en werk-omstandigheden, respectievelijk niet meer naar wens kunnen handelen. De redenen kunnen van velerlei aard zijn zoals: acute stoornissen, achteruitgang door chronische ziekte van psychische of fysieke aard, problemen in de ontwikkeling. Het onvermogen tot functioneren kan zowel tijdelijk als blijvend zijn. Ergotherapie stelt zich tot doel ervoor te zorgen dat personen

zo goed mogelijk kunnen functioneren in leef-, woon-, en werkomstandigheden.

5.3.1. Ergotherapie in de tweedelijnsgezondheidszorg

Het uitgangspunt van de ergotherapiebehandeling is het concrete alledaagse handelen van de mens. Vanuit het concrete handelen kunnen stappen genomen worden om ervoor te zorgen dat de persoon weer zo zelfstandig mogelijk kan functioneren (Beroepsprofiel NVE, 1986).

Uitgaande van de klachten\hulpvraag van de patiënt en de diagnose van de verwijzer wordt tijdens het eerste kennismakingsgesprek informatie verkregen over de hulpvrager. Om tot de definiëring van het probleem te komen zal de ergotherapeut op systematische wijze informatie over de mogelijkheden en beperkingen van de hulpvrager verzamelen.

De ergotherapeut maakt een analyse van de hulpvrager over zijn functies en vaardigheden (motorisch, sensorisch, cognitief, intra- en interpersoonlijk), zijn handelen in de activiteitengebieden (zelfredzaamheid, productiviteit, ontspanning), en over zijn functioneren in zijn leef- woon- en werkomstandigheden (samenleving). Als de ergotherapeut goed zicht heeft op het probleem, door overleg met zowel de hulpvrager als desgewenst andere disciplines, worden de behandeldoelen bepaald. Deze behandeldoelen zijn gericht op alledaagse activiteiten.

Het behandelprogramma van de ergotherapeut kan zich op een vijftal aspecten richten nl. preventie, ontwikkeling van vaardigheden, herstel en behoud van functies en vaardigheden, aanpassing, onderhouden en behouden van vaardigheden.

Na de keuze voor een of meerdere "programma's", wordt de therapiefase ingezet. Deze fase bestaat uit het uitvoeren van het therapieplan dat een reeks keuzen met betrekking tot de hiërarchie van de doelen, de werkmethode, het handelen van de hulpvrager en de therapeutische situatie, bevat.

De therapeutische middelen die tijdens de de uitvoering van het plan gebruikt kunnen worden zijn onder andere zelfverzorgingsactiviteiten, spel, advies over woningaanpassing, vervaardigen van spalk, huishoudelijke activiteiten, communicatie, handvaardigheidsactiviteiten, arbeidsactiviteiten.

Tijdens de evaluatiefase die volgt op de therapiefase wordt bekeken in hoeverre de opgestelde doelen in het therapieplan behaald zijn. Aan de hand hiervan kan besloten worden de behandeling te beëindigen of te continueren.

Naast bovengenoemde (directe en indirecte) werkzaamheden zijn er nog een aantal werkzaamheden die tot het takenpakket van de ergotherapeut behoren. Dit zijn onder andere taken met betrekking tot het beheren van de afdeling ergotherapie, evalueren van beroepsmatig handelen, ontwikkelen van individuele kennis en kunde, verrichten van onderzoek, geven van on-

derwijs en begeleiding, voorlichten, ontwikkelen van het eigen beroep (de zogenaamde voorwaardescheppende en aanverwante werkzaamheden).

5.3.2. Ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg

De werkzaamheden van de ergotherapeut in de eerste lijn verschillen natuurlijk niet wezenlijk van die in de tweedelijns gezondheidszorg. Alleen de therapeutische behandeling zal voor het grootste gedeelte in de thuissituatie van de patiënt plaatsvinden. Daarnaast kenmerkt de behandeling zich veelal door de intervalsgewijze aanpak. Dat wil zeggen dat in de beginfase van de behandeling intensief geoefend wordt en aan de hand daarvan bijvoorbeeld een advies voor een huisaanpassing wordt opgesteld. Door het wachten op het realiseren van de aanpassing kan de behandeling dan voor een langere tijd stil liggen. Echter nadat het gerealiseerd is wordt in de nieuwe situatie nog een enkele keer geoefend en de ergotherapeut zal alleen nog maar feedback geven. De behandeling duurt op deze manier qua tijd erg lang maar de intensiteit is met name in de beginfase erg hoog. Dit is kenmerkend voor de ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Er zijn nog maar weinig ergotherapeuten werkzaam in de eerstelijnszorg. Naast ongeveer negentien vrijgevestigde ergotherapeuten zijn er de laatste jaren meer initiatieven ontwikkeld waarin de ergotherapeuten, al dan niet vanuit een instelling, in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam kunnen zijn. Enkele projecten die al zijn uitgevoerd of die nog lopen zijn de volgende, het project van de Nederlandse Kruisverenigingen, Ergotherapie in bejaardenoorden, Consultfuncties en substitutieprojecten van verpleeghuizen, Project ambulante ergotherapie (RIAGG) (Nota NVE 1988, 1991).

Het werken vanuit een instelling brengt echter het nodige aantal beperkingen met zich mee voor de ergotherapeut. Op deze manier richt men zich alleen op de patiëntengroep die van de instelling gebruik maakt. Gezien de doelstelling van de ergotherapie zou het in de eerstelijnszorg voor de ergotherapeut mogelijk moeten zijn daar te werken waar de cliënten zijn, bijvoorbeeld bij de bedrijfsgezondheidsdienst ter verbetering van de arbeidsomstandigheden.

5.4. Het gebruik van de ergotherapeutische zorg

Bij het beschrijven van het gebruik van de ergotherapeutische zorg is gebruik gemaakt van een drietal onderzoeken die op dit gebied verricht zijn. Deze drie onderzoeken zijn echter gericht op experimentele (nieuwe) vormen van ergotherapie. Gegevens over reguliere ergotherapie in bijvoorbeeld verpleeghuizen of revalidatiecentra zijn er niet.

Het onderzoek van de Nederlandse Kruisverenigingen

In opdracht van de Nationale Kruisvereniging te Bunnik is een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van de -experimentele- introductie van ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. In het kader van dit experiment werkten op drie plaatsen in Nederland, gedurende drie jaar in totaal zes ergotherapeuten in dienst van het Kruiswerk. In deze periode hebben zij hun behandelingen aan de hand van een speciaal ontwikkeld formulier geregistreerd. De gegevens die de registraties hebben opgeleverd, worden in dit hoofdstuk besproken.

Het project samenwerking eerste - tweede lijn in het VU ziekenhuis (pilot-study)

In het kader van de pilot-study werd op de afdeling ergotherapie van het VU ziekenhuis vanaf juli 1987 tot augustus 1988 ergotherapie als thuiszorg aangeboden. Dit deelproject hield in dat patiënten van de afdelingen neurologie en heelkunde/vaatchirurgie de mogelijkheid werd geboden hun ergotherapiebehandeling na ontslag thuis voort te zetten. Een van de doelstellingen was dat op deze manier een opname in verpleeghuis of revalidatiecentrum voor een deel van de patiënten kon worden uitgesteld of zelfs voorkómen. De resultaten van de 131 patiënten die aan de pilot-study hebben deelgenomen worden in dit hoofdstuk behandeld.

Het project consultfuncties van verpleeghuizen

Vanaf januari 1987 bestaat er voor de verpleeghuizen de mogelijkheid ondersteuning te verlenen aan de eerste lijn door het geven van consulten. Om zicht te krijgen op de aard en omvang van de vraagstelling van de hulpvragers is er beroep gedaan op ergotherapeuten in verpleeghuizen om de consulten te registreren. Hiervoor is een registratieformulier ontwikkeld. De resultaten van de 383 geregistreerde consulten worden in dit hoofdstuk belicht.

5.4.1. Tijdsbesteding

Over de verdeling van de -directe en indirecte- werkzaamheden in de ergotherapiepraktijk is weinig bekend. Tijdens het project van de Kruisverenigingen, is er sprake geweest van tijdsregistratie door de zes ergotherapeuten die bij dit project betrokken waren. De resultaten lieten zien dat 29% werd besteed aan directe werkzaamheden, 18% aan indirecte werkzaamheden, 12% voor reizen en 41% aan therapeutgebonden activiteiten. Kortom, ongeveer 59% van de tijd wordt aan patiëntgebonden activiteiten besteedt. Dit percentage is in de loop van het onderzoek opgelopen tot 64%.

Het project in het VU ziekenhuis, laat een iets andere verdeling in tijdsbesteding zien nl. 54% direct patiëntgebonden tijd en de overige tijd werd besteedt aan indirect patiëntgebonden werkzaamheden, respectievelijk 9%

voorbereiding/rapportage van een behandeling, 17% overleg met andere disciplines en 20% patiëntgebonden reizen.

5.4.2. Samenstelling patiëntengroep

Slechts in een paar studies is onderzoek gedaan naar de samenstelling van de patiëntengroep voor wat betreft demografische gegevens (leeftijd, geslacht), diagnose en klachten en de verzekeringsvorm.

In het VU-onderzoek bleek de verdeling mannen en vrouwen bijna gelijk (51,1% versus 48,9%), terwijl bij het kruiswerkproject naar voren kwam dat meer dan 70% van de patiëntenpopulatie uit vrouwen bestond.

In het registratieonderzoek van consultaanvragen in verpleeghuizen is een verdeling van de leeftijd van de behandelde patiënten gemaakt. Van de patiënten was 15,3% jonger dan 60 jaar, 39,7% tussen de 60 en 80 jaar en 36,3% boven de 80 jaar (van de overige 8,7% was de leeftijd niet bekend). De relatief hoge leeftijd wordt uiteraard veroorzaakt door het feit dat het onderzoek in een verpleeghuis is uitgevoerd. De gegevens van het kruiswerkproject laten zien dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten boven de 60 jaar ligt en bij het VU-project is dit ca. 70 jaar.

De hoge leeftijd van de patiënten bij het laatstgenoemde onderzoek hangt waarschijnlijk samen met het soort aandoeningen (CVA en vaatproblematiek) dat werd onderzocht.

De verzekeringsvorm van de patiënten is alleen in het VU-onderzoek onderzocht. De populatie bestond voor 58% uit ziekenfondspatiënten en voor 42% uit particuliere patiënten.

5.4.3. De aard van de aandoeningen en de classificatie daarvan

Alleen tijdens het project "ergotherapie in de eerste lijn" (Kruiswerk) zijn de diagnoses van de patiënten geclassificeerd. Hierbij is gebruik gemaakt van de ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification).

De belangrijkste diagnosecategorieën bij het Kruiswerkproject en bij het registratieproject in verpleeghuizen waren de volgende: ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (o.a. arthritis, artrose), ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (o.a. M. Parkinson, M.S., perifere aandoeningen), ziekten van bloedsomlooporganen (C.V.A.) (zie tabel 5).

Tabel 5: belangrijkste diagnosecategorieën bij het kruiswerkproject en het registratieproject in verpleeghuizen

Diagnosecategorieën	kruiswerk	verpleeghuizen
Ziekte van bewegingsstelsel en bindweefsel	43%	32,1%
Ziekte van zenuwstelsel en zintuigen	21%	22,2%
Ziekten van bloedsomlooporganen	19%	23,4%
Totaal	83%	77,7%

Het onderzoek van de VU concentreerde zich slechts op twee afdelingen nl. neurologie en heelkunde/vaatchirurgie. De meeste patiënten (85,5%) werden door de eerstgenoemde afdeling verwezen.

5.4.4. Behandeldoel

De behandelvormen die werden onderscheiden op de registratieformulieren van het VU-onderzoek en het Kruiswerkproject kwamen geheel overeen. Het bestond uit de volgende aspecten; functie/vaardigheden, gaan, zitten, zelfverzorging, communicatie, huishouding, hobby, werk, vervoer. Bij beide onderzoeken werd het grootste gedeelte van de direct patiëntgebonden tijd besteed aan zelfverzorging (respectievelijk 25% en 23%) en huishouden (respectievelijk 19,5% en 14%).

Bij het onderzoek in verpleeghuizen werden de volgende mogelijke behandelvormen onderscheiden; ADL-advies, ADL-training, ADL hulpmiddelen advies, ADL hulpmiddelen training, (Rol)stoeladvies, (Rol)stoeltraining, woningaanpassing, orthese maken, Het meest voorkomende waren (rol)stoeladvies (29,4%), ADL hulpmiddel advies (19,6%) en woningaanpassing (18,3%).

5.4.5. Verwijzing naar ergotherapie

De formele verwijzing naar de ergotherapie dient volgens het ergotherapeutenbesluit te verlopen door een arts. In het onderzoek van het kruiswerk, bleek dat in de praktijk van de eerste lijn dit niet altijd opging. 26% van de patiënten werd door de huisarts en 9% door een specialist verwezen. 20% van de hulpvragers werden door de wijkverpleging en 7% door intra-murale ergotherapeuten "aangemeld". Bij het onderzoek naar consultfuncties van verpleeghuizen werd het grootste gedeelte van de patiënten verwezen door de huisarts (69,1%) slechts 6,4% door specialisten en een grote groep 19,9% werd "aangemeld\verwezen" door "overige" verwijzers (zowel medici als paramedici als instanties). Tijdens het VU-onderzoek zijn alle patiënten door een medisch specialist verwezen, dit komt waarschijnlijk door het feit dat de patiënten vanuit het ziekenhuis (intramuraal) naar de eerstelijns (extramuraal) worden verwezen.

5.5. Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is een breed begrip. Vanaf 1964 zijn ergotherapeuten bezig met de profilering van het beroep door te streven naar wettelijke erkenning. Daarna zijn de ontwikkelingen met betrekking tot het verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapie steeds belangrijker geworden. Een aantal belangrijke aspecten die bijgedragen hebben aan kwaliteitsverbetering van het beroep zijn;

In 1980 werd een aanzet tot een methodische systematische beschrijving van het beroep gegeven, wat in 1985 leidde tot de definitieve versie van het beroepsprofiel voor ergotherapie. Per werkveld (Revalidatie, Algemene Ziekenhuizen, Verpleeghuizen, Psychiatrie, Zwakzinnigenzorg en in ontwikkeling ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg\thuiszorg en speciaal onderwijs) worden de werkzaamheden van de ergotherapeut omschreven.

Naast bovengenoemde ontwikkeling heeft Immink (1984) in haar artikel "methodisch werken in de ergotherapie" een verdere aanzet tot de ontwikkeling van een methodisch kader gegeven. Het "model van menselijk handelen" werd hierdoor geïntroduceerd in de ergotherapie. In aanvulling hierop is in 1986 door Santbrink en Soogele een lijstwerkboek ontwikkeld als eerste aanzet tot methodisch handelen (aan de hand van behandelprotocollen) in de ergotherapie psychiatrie.

Tijdens een tweetal symposia georganiseerd door de NVE in resp 1984 en 1986, stond de kwaliteit van de ergotherapie(behandeling) centraal.

Tijdens een lezing op het symposium "Professie en Profiel" werd door Heystek (1984) duidelijk gemaakt dat zowel kwantitatieve (vb. registratie) als kwalitatieve (vb. protocol) toetsing van de ergotherapie belangrijk is.

Van der Schaar (1990) heeft de noodzaak tot intercollegiale toetsing binnen de ergotherapie aan de orde gesteld en daarbij uiteengezet hoe in de toekomst deze toetsing kan plaatsvinden.

Zowel bovengenoemde kwaliteitsaspecten als het toetsen van het effect van de behandeling (zgn. "effektstudies") van de ergotherapie zijn nog niet systematisch onderzocht. Wel is door een aantal therapeuten een aanzet gedaan tot het uitvoeren van onderzoek naar de ergotherapiebehandeling. Met name de bekendheid met en het gebruik maken van bepaalde behandelmethoden of tests heeft in deze onderzoeken centraal gestaan. Een korte beschrijving van een aantal vraagstellingen/doelstellingen van enkele onderzoeken wordt hieronder gegeven.

- Wat voor behandelprogramma's stellen ergotherapeuten, werkzaam in revalidatiecentra in Nederland, op bij de behandeling van volwassen patiënten met geheugenstoornissen ten gevolge van een acuut verworven hersenbeschadiging.

- Onderzoek naar de manier waarop een ergotherapeut instructies geeft bij het kleden, aan een patiënt met neuropsychologische funktiestoornissen op basis van een cerebrovasculair accident.
- Een pilot-study naar het gebruik van de gemodificeerde Greentest na handoperaties bij patiënten met Rheumatoïde Arthritis.
- Onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard voor het ergotherapeutisch handelen bij de advisering van zitvoorzieningen bij zitproblemen van dementerende bewoners van een verpleeghuis.
- Evaluatie van het "lijstwerkboek", een aanzet tot methodisch handelen in de ergotherapie psychiatrie.
- Een onderzoek naar de mogelijkheden van een uniforme registratielijst voor ergotherapeuten.

5.6. Regelingen en financiering

Het overheidsbeleid is sedert enkele jaren gericht op het beheersen van de steeds hoger wordende kosten van de gezondheidszorg. Voor instellingen in de gezondheidszorg uit zich dit in budgetteringsvoorschriften.

5.6.1. Wettelijke regelingen

Wettelijke regelingen die van belang zijn voor de ergotherapie zijn:

*** Wet op de Paramedische beroepen (WPB) en het "ergotherapeutenbesluit"**

Toen in 1981 het beroep werd opgenomen in de WPB en het beroep middels het ergotherapeutenbesluit wettelijk werd erkend, is men verplicht zijn/haar bewijs van bevoegdheid in te zenden bij de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid. Ergotherapie is niet opgenomen binnen de erkenningsnormen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

*** Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)**

Dit wetsvoorstel heeft gevolgen voor de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg. In deze wet wordt het verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan degenen die daartoe bij de wet bevoegd zijn verklaard, opgeheven. Dit geschiedt met een aantal uitzonderingen. Zo blijft het verrichten van een aantal handelingen die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die de hulp inroepen, voorbehouden aan bij de wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren, die gerechtigd zijn tot het voeren van een titel. Bovendien bevat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden tot het stellen van eisen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een aantal specifieke punten. Door

de wet BIG wordt daarin ook voorzien. Tot slot voorziet de wet in een uniforme regeling voor de registratie van beroepsbeoefenaren, waarbij aan de registratie het stelsel van titelbescherming is gekoppeld.

5.6.2. Financiering ergotherapie

De financiering van de ergotherapie is een ingewikkelde zaak.

In 1981 werd de ergotherapie wettelijk erkend als paramedisch beroep. Hieraan werd echter niet automatisch een financiële vergoeding gekoppeld. De vergoeding voor ergotherapie is geïntegreerd in intra- en extramurale verstrekkingen, in het kader van een geïntegreerd behandelplan. Er is geen afzonderlijke regeling getroffen voor ergotherapie in het verstrekkingenpakket van de wettelijke ziektenkostenverzekering van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden in de zogenaamde intramurale- en extramurale verstrekking.

- Intramuraal; in AWBZ- instellingen kan ergotherapie als onderdeel van het verstrekkingenpakket voorkomen. Bij ziekenhuizen kan een oplossing gevonden worden in het kader van de substitutieregelingen (d.w.z. bij vastgesteld budget de toegewezen middelen anders gebruiken).
- Extramuraal; Niet-klinische ergotherapie wordt uitsluitend vergoed als onderdeel van een gecombineerde verstrekking, namelijk de dagbehandeling in de daartoe erkende verpleeghuizen of revalidatiedagbehandeling in instellingen voor revalidatie (Schrijver-Thijssen, 1984). Ergotherapie in de eerste lijn komt niet voor vergoeding door de ziekenfondsen in aanmerking. Een tarief voor enkelvoudige ergotherapiebehandeling is tot dusverre nog niet gerealiseerd.

Enkele veranderingen die extramuraal zijn opgetreden zijn de financiering van het "kruiswerkproject" via de AWBZ en de vergoeding van de consultfuncties van ergotherapeuten in verpleeghuizen door de Ziekenfondsen.

5.7. Samenvatting

Onderzoek is verricht naar het aanbod van ergotherapeutische zorg. De samenstelling van de beroepsgroep bestaat voor het grootste gedeelte uit vrouwen jonger dan veertig jaar. Daarnaast is onderzoek verricht naar de werkomgeving van ergotherapeuten. Het grootste gedeelte van de werktijd wordt intramuraal doorgebracht.

Naar het gebruik van ergotherapeutische zorg is weinig onderzoek gedaan. Gegevens die er zijn hebben betrekking op experimentele vormen van ergotherapie. Daarom geven zij geen representatief beeld van de huidige situatie van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg.

Professionalisering van het beroep krijgt veel aandacht. Men name de kwaliteit van zorg en het effect van zorg staan daarbij centraal. Gericht onderzoek naar deze aspecten is nog niet uitgevoerd. Wel kan men constateren dat ergotherapeuten steeds meer de noodzaak onderkennen onderzoek te verrichten naar hun beroep. Op kleine schaal is daar een begin mee gemaakt.

Literatuur

- BELEIDSPLAN - 1989-1991. Afdeling ergotherapie van de HvA
- BEKKERS, F. 1989. Ergotherapeutisch onderzoek, Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 17, p. 67-69
- BERENDSEN, I., ELINK SCHUURMAN, L., DIJK-DOOREN VAN, N. - 1987. Werkzaamhedenregistratie. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 15, p. 140-148
- BEROEPENGIDS ZORGSECTOR - 1990. Zoetermeer
- BOERSEN, G., ENSING, J., FLOOTHUIS, M., HEIKOOP, H., RINKEMA, M., VOGELS, E. - 1988. Het professionaliseren van het beroep ergotherapie als zijnde een vrouwenberoep. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, p. 197-202
- DOES DE WILLEBOIS VAN DER, L. FLEUREN, M., HEYSMAN, A., WIJKEL, D. 1990. Eerstelijns-ergotherapie als nazorg, een pilot-study bij het VU ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 18, p. 93-98
- DIJK VAN DOOREN, VAN N., KINÉBANIAN, A. - 1990. Thuiszorg 1990, veranderende vraag... veranderend aanbod? ergotherapie in de kijker. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 18, p. 46-51
- DIJK VAN DOOREN, VAN N., - 1991. Nota ergotherapie thuis op haar plaats, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie.
- ERGOTHERAPIE IN DE EERSTE LIJN - 1988. Onderzoeksverslag. Nationale Kruisvereniging GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID - 1990. Beroepsuitoefening van ergotherapeuten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989. Rijswijk
- GOOR-VAN GELDER VAN DE, R. - 1984. Leerplanontwikkeling opleidingen ergotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 12, p. 85-88
- HENGENS, J. - 1984. Het vierde studiejaar van de opleiding ergotherapie te Hoensbroek. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 12, p. 56-59
- IMMINK, J., VRIES - KEMPES DE, W., BREDERODE VAN, S. - 1984. Het vierde studiejaar van de opleiding Amsterdam/Weesp. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 12, p. 64-68
- KAUSE, E. - 1988. Commissie Dekker: substitueren en concurreren. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, p. 203-206
- KAUSE, E. - 1989. Commissie Dekker: substitueren en concurreren deel 2. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 17, p. 185-192
- KINÉBANIAN, A. - 1989. Ergotherapie in het krachtenveld van maatschappelijke ontwikkelingen, Nederland Tijdschrift voor Ergotherapie, 17, p. 125-128
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1988. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg
- MOLKENBOER, C. M. B. A., KINÉBANIAN, A. - 1988. Taakgebieden en beroepstaken, Deel 4 van het Beroepsprofiel, Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, p. 192-196
- NATIONALE KRUISVERENIGING EN NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1988. "Hulpmiddelen bij de ergotherapeutische beroepsuitoefening; werkzaamhedenregistratie, het ergotherapeutisch dossier, behandelmateriaal"
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1984. "Ergotherapie: Professie en profiel"
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1987. "Ergotherapie in perspectief"
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1985, 1988. Het beroep ergotherapie
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1988. Visie op ergotherapie in de eerste lijn.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1988. Project ergotherapie in de eerste lijn. Onderzoeksverslag
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - 1989. Jaarverslag
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ERGOTHERAPIE - Lijst van instellingen waaraan verbonden een afdeling ergotherapie
- OVERLEGGROEP ERGOTHERAPIE IN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN - 1985. Aanzet tot een meer uniforme registratie van ergotherapie-verrichtingen. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 13, p. 93-96

- OVERZICHT BIJ EN NASCHOLING VOOR ERGOTHERAPEUTEN - 1989. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 17, p. 71-72
- PETERS, M., KINÉBANIAN, A. 1984. Het vierde studiejaar van de opleiding ergotherapie Amsterdam/Weesp. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 12, p. 59-64
- SANTBRINK VAN, L., SOOGEELE, B. - 1986. Werken met lijsten in de psychiatrie. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 14, p. 121-123
- SCHAAR, VAN DER A. - 1990. Intercollegiale toetsing...maar hoe? Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 18, p. 64-67
- SECTIE VERPLEEGHUIZEN - 1990. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 18, p. 20-23
- SICKINGER, P., SPETH - LEMMENS, I. - 1988. Registratie ergotherapeutische werkzaamheden. Onderzoeksrapport in het kader van de onderzoekscursus voor ergotherapeuten. Nijmegen
- SNATER, E. V. - 1988. Kwaliteit en Kwaliteitszorg, Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, p. 158-159
- SNATER, V., BERENDSEN, I., HEYSTEK, W., SOOGEELE, B. - 1988. Ergotherapie. In: Toetsing en verbetering van zorgkwaliteit bij diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, verpleegkunde. Hollands, L., Bergen, van, B., De Tijdstroom, Lochem - Gent, p. 60-84
- SOOGEELE, B. - 1990. Lijstwerkboek in de psychiatrie, onderzoeksresultaten, Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 18, p. 2-4
- SNIJDERS BLOK, J.M. 1982. Werkgelegenheid voor ergotherapeuten, een onderzoek naar de huidige en de te verwachten werkgelegenheid voor ergotherapeuten in een afgebakend terrein van de algemene gezondheidszorg. Afstudeeropdracht HEAO, Enschede
- STICHTING HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM AFDELING ERGOTHERAPIE - 1987. Instellingswerkplan
- STOOPENDAAL, A. - 1988. Openingstoespraak lustrumcongres, Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, p. 144-147
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Ergotherapeutenbesluit, W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle p. 201-213
- WINKEL-KORTBEEK, C., PETERS, M. - 1987. Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie en van de beide HBO-opleidingen ergotherapie, inzake Beroepskrachtenplanning en instroombepaling. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie, 15, p. 7-10
- WINKEL-KORTBEEK, Ch. - 1987. Openingsrede symposium "Ergotherapie in perspectief"
- WIJKEL, D., DOES DE WILLEBOIS VAN DER, L., FLEUREN, M., HEYSMAN, A. - 1990. Ergotherapie als nazorg thuis, een pilot-study, Medisch Contact, 45, p. 293-296

6. LOGOPEDIE

6.1. Inleiding

Het doel van dit stuk is een beschrijving te geven van de logopedie en aan te geven wat er tot op heden aan onderzoek is verricht naar logopedie. Bij de beschrijving van het tot nu toe verrichte onderzoek gaat de aandacht uit naar onderzoek naar het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, geografische spreiding, praktijkvorm en -organisatie, opleiding en nascholing), taken en werkwijze, het gebruik van de zorg en kwaliteit van de zorg. Onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep blijft buiten beschouwing.

Het vakgebied van de logopedie heeft zich gedurende lange tijd en langs verschillende wegen in Nederland ontwikkeld.

Een eerste aanzet werd reeds in de achttiende eeuw gegeven op het gebied van het gehoor. Door de oprichting van het eerste doveninstituut in 1790 ontstond aandacht voor het leren spreken van doven. De inzichten die dit opleverde leidde tot aandacht voor het leren spreken van spraakgebrekigen bij wie de oorzaak van de spraakproblemen niet de doofheid was.

Aan het eind van de negentiende eeuw was er sprake van toenemende belangstelling voor de aspecten spraak en stem. Degenen die in 1927 de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Phoniatrie oprichtten hadden een zang- en spraakpedagogische achtergrond (Beroepsprofiel, 1988).

In juni 1980 werd het beroep erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen (WPB). Het logopedistenbesluit trad in werking. Hierin wordt onder de uitoefening van het beroep van logopedist het volgende verstaan:

- a. Het beroepsmatig op verwijzing van een geneeskundige of tandarts tot een geneeskundig doel:
 1. uitwendig onderzoeken of en in hoeverre bij de patiënt de vermogens tot spreken aanwezig zijn en de gehoor-, stem- of spraakorganen functioneren, daaronder begrepen de invloed van ademhaling op de stemgeving, alsmede - gezien in verband met de persoonlijkheid van de patiënt en diens relatie tot de omgeving - nagaan of en welke stoornissen in het aanwenden van de taal of in het spreken aanwezig zijn;

2. verrichten van handelingen gericht op:

- het herstellen of verbeteren van het functioneren van de gehoor-, stem- en spraakorganen van de patiënt en van het voor de stemgeving nodige reguleren van de ademhaling door de patiënt;
- het opheffen van bij de patiënt aanwezige stoornissen in het spreken of het doen gebruiken van de taal door de patiënt, al dan niet in samenhang met de daartoe nodige beïnvloeding van beweging of gedrag;
- in het kader van bovengenoemde handelingen, het begeleiden van de patiënt bij het door deze aanwenden van de medische hulpmiddelen, die het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen bevorderen of organen geheel of ten dele vervangen.

b. het beroepsmatig geven van onderwijs en begeleiding in het gebruik van de houding, adem, stem, spraak, taal en gehoor. (Wet op de Paramedische beroepen, 1987).

In het beroepsprofiel (1988) wordt als toelichting nog vermeld dat de werkzaamheden van de logopedist zich over een breder werkveld uitstrekken dan in eerste instantie uit de wettekst geconcludeerd zou kunnen worden. De logopedische behandeling levert een wezenlijke bijdrage aan de kwaliteit van het bestaan van mensen die in een of meerdere aspecten van hun communicatieve functies zijn gestoord. Logopedie optimaliseert de menselijke communicatie door preventieve maatregelen en/of behandeling c.q. begeleiding.

Gezien het feit dat een onderzoekstraditie binnen de logopedie (net als binnen de meeste paramedische beroepen) ontbreekt, zal bij deze literatuurstudie gebruik worden gemaakt van publicaties in vakbladen en tijdschriften, lezingen, nota's en overzichtsstudies.

De indeling van dit stuk is als volgt. In het tweede hoofdstuk komt het aanbod van logopedische zorg aan de orde (omvang en samenstelling beroepsgroep, organisatie, geografische spreiding). Hoofdstuk drie behandelt taken en werkwijzen van de logopedist. In hoofdstuk vier wordt het gebruik van de logopedische zorg nader toegelicht (patiëntencategorieën, behandeldoel). Hoofdstuk vijf gaat in op de kwaliteit van zorg en in hoofdstuk zes wordt effectonderzoek binnen de logopedie besproken. Tot slot wordt in hoofdstuk zeven regelingen en financiering met betrekking tot de logopedie besproken.

6.2. Het aanbod van logopedische zorg

6.2.1. Omvang en samenstelling beroepsgroep

In een studie van Boot en Knapen (1983) wordt aangegeven dat er medio 1982 in Nederland er een totaal van 1.870 bevoegde logopedisten was. In 1984 is dit aantal verder toegenomen tot circa 2.200 (Ministerie van WVC, 1984). Uit de gegevens van het jaarverslag van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (1989) blijkt dat er 4.293 leden zijn. Naast gediplomeerde leden zijn dit ook adspirant leden en bijzondere leden. In 1991 waren er 3.375 gediplomeerde leden.

Bij een onderzoek dat de Geneeskundige Hoofd Inspectie (GHI) heeft uitgevoerd in de week van 17 - 21 april 1989, stond de beroepsuitoefening van logopedisten centraal. In totaal werd aan 4.242 logopedisten die geregistreerd waren bij het GHI een enquêteformulier toegezonden. Van deze logopedisten reageerden er 4.083 (= 96%). Het aantal bruikbare formulieren was 4.009. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de verdeling naar leeftijd en geslacht van deze 4.009 respondenten.

Tabel 1: logopedisten naar leeftijdsgroep en geslacht, 17 - 21 april 1989.

Leeftijdsgroep	totaal		mannen	vrouwen
	abs	%	abs	abs
24 jaar en jonger	425	10,6	6	419
25 - 29 jaar	983	24,5	35	948
30 - 34 jaar	822	20,5	51	771
35 - 39 jaar	506	12,6	30	476
40 - 44 jaar	427	10,7	42	385
45 - 49 jaar	288	7,2	35	252
50 - 54 jaar	221	5,5	28	193
55 - 59 jaar	160	4,0	25	135
60 - 64 jaar	105	2,6	21	84
65 jaar en ouder	72	1,8	21	51
Totaal	4009	100,0	295	3714

Bron: GHI

Deze tabel laat zien dat 36% van de respondenten jonger was dan 30 jaar en 70% jonger dan 40 jaar. Deze cijfers komen ongeveer overeen met de bevindingen van eenzelfde soort onderzoek bij ergotherapeuten. (GHI, 1990) Daar bleek namelijk dat 40% van de respondenten jonger was dan 30 jaar en 85% jonger dan 40 jaar. Het percentage gediplomeerde vrouwelijke logopedisten is ruim 90. De gegevens van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf) laten zien dat 7% van hun ledenbestand van het mannelijke geslacht is. Cijfers over de leeftijdsverdeling van NVLF-leden kunnen niet helemaal vergeleken worden met de gegevens van het GHI,

omdat er andere leeftijdsgrenzen zijn gebruikt. De gegevens laten zien dat 73% van de leden tussen de 25 en 40 jaar oud is. Ter vergelijking kan ook een enquête, die in het Vlaamse deel van België is uitgevoerd, dienen. Aan alle 1.550 logopedisten werd een formulier verstuurd. Door 560 logopedisten werd gereageerd op de enquête (36%). Uit de reacties bleek dat de helft van de ondervraagde logopedisten in Vlaanderen jonger is dan 29 jaar en dat 81% een vrouw is (Heylen en Briels, 1984). Het lijkt erop dat er in Vlaanderen, in vergelijking met Nederland, een groter percentage mannen werkzaam is en dat de leeftijd van de beroepsgroep lager is. Het verschil kan echter ook gedeeltelijk te wijten zijn aan het relatief lage percentage respondenten.

6.2.2. Werkende en werkzoekende logopedisten

De gegevens van GHI (1990) laten zien dat 3.142 (78%) van de respondenten het beroep uitoefende en dat 332 (8%) werk wilden hebben als logopedist.

Tabel 2: overzicht werkende en werkzoekende logopedisten

Leeftijdsgroep	werkend (= 78%)	werkzoekend (= 8%)
24 jaar en jonger	206	147
25 - 29 jaar	818	83
30 - 34 jaar	710	86
35 - 39 jaar	411	81
40 - 44 jaar	358	84
45 - 49 jaar	242	84
50 - 54 jaar	187	85
55 - 59 jaar	122	76
60 - 64 jaar	54	2
65 jaar en ouder	34	0
Totaal	3142	332

Uit tabel 2 valt af te leiden dat de grootste groep werkende logopedisten zich in de leeftijdsgroep van 25 tot 29 jaar bevindt. Het grootste aantal werkzoekende logopedisten bevindt zich in de groep van 24 jaar en jonger. Van de logopedisten die het beroep uitoefenden werkten in de week van de enquête 1.152 (37%) fulltime (meer dan acht dagdelen per week). Het aantal parttime werkende logopedisten (acht dagdelen en minder per week) bedroeg volgens de enquête van het GHI 1.990 (63%). Het gemiddelde aantal gewerkte dagdelen door alle logopedisten samen bedroeg precies zeven. De oorzaak van het hoge aantal parttime werkende logopedisten zou kunnen liggen in het feit dat de logopedie een "vrouwenberoep" is. Vergelijkbare cijfers zijn gevonden in onderzoek naar fysiotherapie (60% vrouwen in beroepsgroep) waar naar schatting de helft van de fysiotherapeuten parttime werkt en in onderzoek naar oefentherapeuten Cesar (96% vrouwen in beroepsgroep) waar 60 procent van de therapeuten parttime werkt. Een

andere oorzaak zou het feit kunnen zijn dat er bijna geen full-time formatieplaatsen voor logopedisten zijn, bijvoorbeeld op scholen werkt een logopediste bijna nooit full-time.

6.2.3. Het arbeidsterrein van logopedisten

Logopedisten zijn in veel verschillende instellingen zowel binnen als buiten de gezondheidszorg werkzaam. In de week van de GHI enquête werkten de 3.142 werkzame logopedisten op 4.664 lokaties. Het is opvallend dat een hoog percentage logopedisten werkzaam is op twee verschillende lokaties (40%).

Volgens gegevens van de NVLF zijn 851 vrijgevestigde therapeuten in een ander dienstverband werkzaam; 601 leden in het onderwijs en vrijgevestigd en 251 leden in de gezondheidszorg en vrijgevestigd.

Tabel 3: het arbeidsterrein van logopedisten

arbeidsterrein	lokaties		aantal dagdelen per week	
	GHI	NVLF*	abs	%
Intramuraal	747	609	3.872	17,6
Extramuraal	1.566	2.028	5.820	26,5
Onderwijs/BAGD/GGD	2.028	1.877	10.985	50,0
Dagverblijven	220	175	841	3,9
Overig	103	6	439	2,0
Totaal	4.664	4.695	21.957	100,0

* Deze gegevens zijn afkomstig van de NVLF (17.04.1991)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het grootste aantal **dagdelen** door de logopedisten in het onderwijs, inclusief de basisgezondheidsdienst (BAGD) en Gemeentelijk Geneeskundige Dienst (GGD), wordt doorgebracht. Ruim een kwart komt voor rekening van logopedisten werkzaam in een eigen praktijk en op de derde plaats de intramurale zorg met bijna 20%.

In 1982 heeft de NVLF een onderzoek gehouden onder vrijgevestigde logopedisten. De respons bedroeg 683 vrijgevestigde leden. De resultaten lieten zien dat 66% naast zijn eigen praktijk in een ander dienstverband werkzaam was. Slechts voor 34% was de praktijk de enige bron van inkomsten. Ook bleek dat 90% minder dan 20 uur per week in de eigen praktijk werkzaam was (NVLF, 1984). Voor een onderzoek dat werd uitgevoerd door Haitsma Mulier ea. (1983) onder logopedisten in de regio Zuid (Limburg, Noord Brabant, Zeeland) werden 600 vragenlijsten verstuurd. Het aantal respondenten bedroeg 108 (19%). Ondanks de magere respons werd toch duidelijk dat de meeste logopedisten op een school (22%) of in een eigen praktijk (16,6%) werkzaam waren. Daarbij moet worden opgemerkt dat bij de enquête van GHI (1990) met dagdelen wordt gerekend en bij het onderzoek van Haitsma Mulier (1983) met logopedisten.

6.2.4. Geografische spreiding

Gegevens die door de NVLF zijn verstrekt in 1982 en in 1989 laten zien hoe hun leden verdeeld zijn over het land (jaarverslag NVLF, 1982, 1989).

Tabel 4: overzicht geografische spreiding logopedisten

Afdeling	aantal logopedisten	
	1982	1989
West (Den - Haag, Noord Holland, Rotterdam)	1.054	1.415
Noord	320	392
Oost	316	637
Zuid (Zuid-Limburg)	900	1.158
Midden (Utrecht)	321	507
Totaal	2.911	4.109

Uit de tabel blijkt dat zowel in 1982 als in 1989 het grootste aantal logopedisten werkzaam is in het Westen en in het Zuiden van het land. Tijdens de enquête van het GHI is onderzocht hoe de verdeling van het aantal arbeidsplaatsen over de provincies is verspreid. Een probleem hierbij was het feit dat ca. 20% van de logopedisten de werkprovincie niet vermeldde. Het geeft daarom geen volledig beeld. Hieruit bleek ook dat in het "westen", de provincie Zuid-Holland de meeste werkplekken (350) zijn voor logopedisten, gevolgd door Noord-Holland (277) en Gelderland (244). Het minste aantal arbeidsplaatsen bevond zich in de provincie Flevoland (27), Zeeland (32) en Friesland (40).

6.2.5. De beroepsvereniging

Uit gegevens van het jaarverslag van de NVLF (1990) blijkt dat het totaal aantal leden 4.328 bedraagt. Hierbij zijn ook 28 buitengewoon leden en 935 studenten logopedie als aspirant lid opgenomen. Als deze gegevens vergeleken worden met die van de GHI (4.242 geregistreerde logopedisten) kan geconcludeerd worden dat veel gediplomeerde therapeuten (3.375, 80%) lid zijn van de NVLF.

De vereniging heeft een driedelige doelstelling: vakinhoudelijk, sociaal-economisch en maatschappelijk. Logopedisten kunnen in uiteenlopende maatschappelijke sectoren werkzaam zijn. Om de sociaal economische en rechtspositionele belangen van de verschillende geledingen gericht te kunnen behartigen zijn in 1984 drie dochterverenigingen opgericht. Het betreft:

- de Nederlandse Vereniging voor Logopedisten verbonden aan (semi) overheid en Onderwijs (NVLO);
- de Nederlandse Vereniging voor Logopedisten in dienst van de in- en extramurale Gezondheidszorg (NVLG);

- de Nederlandse Vereniging voor zelfstandig gevestigde Logopedisten in het Vrije Beroep (NVLV);

De NVLF geeft het vaktijdschrift "Logopedie en Foniatrie" uit dat elf keer per jaar verschijnt. Hierin treft men naast vakinhoudelijke artikelen ook het verenigingsnieuws en de na- en bijscholingsactiviteiten aan (beroepsprofiel 1988).

Sinds 1 januari 1989 wordt er door de NVLF een "nieuwsbrief uitgegeven met algemene informatie voor leden.

6.2.6. Opleiding en nascholing

De opleiding tot logopedist behoort tot het hoger beroeps onderwijs (HBO). Tot 1966 werd de driejarige avondopleiding logopedie/akoepedie verzorgd door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Vanaf dat jaar is de opleiding in handen gegeven van de Stichting Logopedische Opleidingen (SLO). In 1981 veranderde de opleidingsduur van een driejarige in een vierjarige dagopleiding. Medio 1987, wordt de SLO opgeheven en de opleiding logopedie wordt ondergebracht bij de Hogescholen. In 1988 waren er in totaal 10 opleidingen logopedie. De opleidingen zijn grotendeels te vinden in steden waar een academisch ziekenhuis gevestigd is. Er is nauwe samenwerking tussen de afdelingen logopedie, foniatrie en audiologie van deze ziekenhuizen en de opleiding. Tijdens de opleiding wordt door de studenten stage gelopen bij logopedisten werkzaam op de diverse werkterreinen. De gemiddelde duur van de stages ligt rond de 8 à 9 maanden.

De opleidingen worden gesubsidieerd door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Per jaar leveren de gezamenlijke opleidingen ongeveer 200 logopedisten af (Nota NVLF, 1983, Beroepsprofiel, 1988).

Per 1 mei is er een leerstoel logopedie en foniatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Na- en Bijscholing van logopedisten wordt onder andere geregeld door de Hogescholen zelf en particuliere instituten. Recent is door Klos ea. (1990) een onderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan post-HBO onder logopedisten. In het algemeen bleek dat het pakket van post-HBO-cursussen zeer omvangrijk en zeer gedifferentieerd is. De vragenlijsten van het onderzoek werden verstuurd aan 300 logopedisten in Vlaanderen en Zuid-Nederland, met als doel het post-HBO aanbod van de Hogeschool Heerlen in kaart te brengen. De respons bedroeg 97 (35%). Duidelijk werd dat de meeste logopedisten (85,5%) een cursus volgden om op de hoogte te blijven van de actuele ontwikkelingen in het werkveld.

6.2.7. Toekomstverwachtingen

De trends en ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg die van belang kunnen zijn voor de eisen die aan de logopedische beroepsuitoefening worden gesteld zijn in het beroepsprofiel (1988) uitgebreid beschreven. Hierin komen onder andere demografische ontwikkelingen als toenemende vergrijzing, neonatologie, toename aantal chronische ziekten, specifieke problematiek van allochtone hulpvragenden naar voren als zijnde belangrijke factoren voor de logopedische beroepsuitoefening. Daarnaast wordt aandacht besteedt aan institutionele ontwikkelingen als preventie, vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO), thuiszorg. Politieke en bestuurlijke besluitvormingen vb. Nota 2000, zullen richting aan bepaalde ontwikkelingen geven.

Daarnaast zullen in de toekomst de "Zorgwet" en het "Formatiebudget in het speciaal onderwijs" kunnen leiden tot (negatieve) verschuivingen voor de logopedie. De formatiewet bijvoorbeeld maakt het mogelijk dat schaalvergroting plaatsvindt en dat er samenwerkingsverbanden worden opgezet. De logopedisten van het speciaal onderwijs worden dan ingezet op basisscholen en dat gaat dan ten koste van logopedie in het speciaal onderwijs. De taak verschuift dan van curatief naar adviserend.

6.3. Taken en werkwijzen

De logopedische behandeling betreft niet enkel een stoornis maar een mens met een communicatieprobleem. De doelgroepen van de logopedie zijn zeer divers, namelijk van jong tot oud en van gezond tot zwaar gehandicapt. De problematiek van de cliënten kan zich op de volgende gebieden richten: stoornissen van het gehoor, stoornissen van adem en stem, stoornissen van de spraak, stoornissen van de taal, kortom stoornissen in de communicatie.

Logopedie is een vorm van oefenbehandeling, ontwikkelingsstimulering, functietraining of revalidering, op basis van logopedisch onderzoek en diagnostisering, waarbij het naast het organisch-technische aspect om de hele mens als psychosociaal individu gaat. Het logopedisch handelen richt zich op zowel intra- als interpersoonlijke aspecten. De doelen die voor de logopedische interventie gesteld worden zijn doelen voor het dagelijks leven. Binnen de holistische benaderingswijze blijft er voor de logopedist ruimte en noodzaak voor het hanteren van specifieke technieken. Ervan uitgaande dat ieder mens deel uitmaakt van een systeem, bijvoorbeeld een gezin, zullen bij de behandeling van een lid van het systeem ook de overige leden betrokken moeten worden, zodat nieuwe ontwikkelingen in het systeem geïntegreerd kunnen worden (Beroepsprofiel, 1988).

Logopedie wordt uitgeoefend in de intramurale gezondheidszorg, zowel somatische als psychiatrische instellingen, de extramurale gezondheidszorg (eigen praktijk) en in dagverblijven (medisch kleuterdagverblijf, dagverblijf voor ouderen). Het grootste werkveld van de logopedie bevindt zich echter op scholen, basisgezondheidsdiensten en GGD's.

6.3.1. Het logopedische proces

Het logopedische proces is een vorm van methodisch handelen dat een aantal fasen omvat. Nadat de intake heeft plaatsgevonden waarin persoonsgegevens verkregen en de klacht geïnventariseerd wordt, verzamelt de logopedist informatie van relevante derden. Aan de hand van de verkregen informatie wordt de anamnese opgesteld die is afgestemd op het stoornisgebied, leeftijd en persoonlijke situatie van de cliënt.

Op basis van de bovengenoemde verzamelde gegevens en gegevens verkregen uit observatie wordt een onderzoeksplan opgesteld. Dit gebeurt door middel van gestandaardiseerde onderzoeken (screenings) bijvoorbeeld stemonderzoek, articulatieonderzoek, mondfunctie onderzoek, stotteronderzoek en aan de hand van genormeerde tests bijvoorbeeld Taaltests voor Kinderen (TVK), Tokentest of Aachnertest voor afasie-onderzoek. De diagnosestelling die op deze fase volgt omschrijft het resultaat van het logopedische onderzoek alsmede het afwijkend gedrag van de patiënt en de stoornis. Daarnaast wordt indien mogelijk de oorzaak van de stoornis aangegeven evenals een prognose met betrekking tot de effecten van interventie.

Indien de cliënt uitsluitend verwezen is voor logopedisch onderzoek en de daarop volgende diagnose dan wordt het logopedisch proces in deze fase beëindigd.

Op basis van de gestelde logopedische diagnose wordt een behandelplan voor de specifieke problemen van de cliënt opgesteld. Dit plan omvat onder andere de algemene en specifieke doelen die bereikt moeten worden, de methoden en materialen die worden gebruikt, de werkwijze, frequentie en therapeutische setting.

Voor het uitvoeren van het behandelplan heeft de logopedist een gevarieerd aanbod van strategieën en methoden tot zijn/haar beschikking. Een voorbeeld van een behandelstrategie is een directe versus een indirecte benadering. Bij directe therapie is de logopedist in direct contact met de patiënt terwijl bij indirecte therapie het gedrag wordt beïnvloed door het geven van adviezen en instructies aan de omgeving. Zo worden ook nog onderscheiden, vocaal/non-vocaal, training/communicatief, directief/non-directief.

De methoden zijn onderverdeeld in algemene methoden die zich onder andere richten op klankvorming, mondsensomotoriek, luistervaardigheid, presentatie en specifieke methoden die veelal zijn gebaseerd op de praktijktheorie.

Na het uitvoeren van het plan (de logopedische behandeling) worden de resultaten van het logopedisch proces geëvalueerd. Deze evaluatie kan leiden tot bijvoorbeeld het bijstellen van de behandeldoelen, besluiten tot beëindiging van de behandeling.

Naast bovengenoemde cliëntgerichte taken houdt de logopedist zich ook bezig met de organisatie van de praktijkwerkzaamheden, voorlichting, advies, het geven van onderwijs, verrichten van onderzoek, evalueren van beroepsmatig handelen.

6.3.2. De logopedische praktijk

De Nederlandse Vereniging voor zelfstandig gevestigde Logopedisten in het Vrije beroep (NVLV) heeft een model ontwikkeld voor het voeren van een logopediepraktijk in de eerstelijnsgezondheidszorg. Hierin wordt ondermeer gesteld dat een praktijk in principe all-round is en dat er per logopedist een minimale praktijkvoering van 9 uur per week op jaarbasis is. Zes uur is voor behandeling van ziekenfondsverzekerden en drie uur voor particulieverzekerden. De praktijkruimte dient te voldoen aan de eisen van de NVLV (van de Meché -Klumper, 1989). Er is een basislijst inrichtingseisen voor de vrijgevestigde logopedische praktijk. Deze lijst omvat eisen ten aanzien van huisvesting, inrichting, administratie, diagnostisch materiaal (spraak-, taal-, sten- en gehoor tests) en behandelmateriaal (taaltrainingsprogramma's, afasie-oefenmateriaal, sensomotorisch oefenmateriaal, auditief oefenmateriaal, ontspanningsbank, recorder, spiegel, stopwatch) (NVLV, 1990).

6.4. Het gebruik van logopedische zorg

6.4.1. Samenstelling patiëntengroep

Slechts een enkele studie geeft informatie over het gebruik van de logopedische zorg. Uit het onderzoek door de NVLF (1984 en 1988) kwamen enkele resultaten met betrekking tot de aandoeningen van de cliënten naar voren. Deze resultaten zijn alleen van toepassing op praktijken waar respectievelijk 15 uur of meer (1984), 20 uur of meer (1988) wordt gewerkt. In het onderzoek van 1984 zijn 683 formulieren verwerkt (er wordt niet aangegeven hoeveel formulieren er in totaal verstuurd zijn). In 1988 zijn er in totaal 300 formulieren verstuurd waarvan er 189 zijn geretourneerd (63%).

Tabel 5: samenstelling patiëntenbestand van vrijgevestigde logopedisten naar aard van de aandoening

Klacht	percentage van het patiëntenbestand
1984	
taalstoornissen	15%
articulatiestoornissen	14%
stotteren en broddelen	16%
stemstoornissen	29%
oesophagusspraak	2%
afasie en dysarthrie	14%
afwijkend monddrag	7%
liplezen en stoornissen i.v.m. slechthorendheid	3%
Totaal	100%
1988	
taalontwikkelingsstoornissen	36,62%
afasie	5,30%
stotteren en broddelen	14,92%
spraakontwikkelingsstoornissen	6,82%
artikulatiestoornissen	12,21%
nasaliteit	1,92%
dysarthrie	2,43%
afwijkende mondgewoonten	10,56%
pijndysfunctiesyndroom	0,39%
logop.in preverbale fase	1,28%
stemstoornissen	22,80%
oesophagus- en buttonspraak	0,70%
stoornissen in de ademing	1,71%
hoorstoornissen	1,01%
spraakafzien en st.slechth.	1,54%
Totaal	100%

Bron: NVLF, 1984, 1988.

De verdeling naar indicatiegebieden is in 1984 op een iets andere manier gegaan dan in 1988. De gegevens kunnen derhalve moeilijk met elkaar vergeleken worden.

De respondenten in het eerder genoemde onderzoek van Klos ea. (1990) gaven als meest behandelde stoornissen het volgende aan: stem- en spraakstoornissen (28,8%), hoorstoornissen (24,7%), combinatie van stem- en taalstoornissen (11,3%).

Tabel 6: leeftijdsverdeling patiëntenbestand van vrijgevestigde logopedisten

Leeftijd	1984 (%)	1988 (%)
kinderen 0 - 12 jaar	35	53,3
scholieren 13 - 17 jaar	16	10,4
volwassenen 18 - 59 jaar		28,7
ouderen 60 jaar >	49*	7,6
Totaal	100	100

* Dit percentage betreft volwassenen en ouderen samen.

Het grootste gedeelte (51%) van de cliënten bij het onderzoek van NVLF (1984) die werden behandeld door vrijgevestigde logopedisten was jonger dan achttien jaar. In 1988 was eveneens het grootste gedeelte (63,7%) jonger dan 18 jaar.

Het aantal volwassenen en ouderen was ten opzichte van 1984 dus gedaald met 12,7%.

Bij een achturige werkdag werd in 1984 gemiddeld zes uur besteed aan behandeling en twee uur aan administratieve werkzaamheden.

Een enquête gehouden door de studiecmissie van de Werkgemeenschap Stottertherapie (1986) had als doel de behandelcapaciteit binnen het vakgebied stotteren te inventariseren. In totaal reageerden er 985 logopedisten waarvan 76% aangaf wel stotteraars te behandelen en 24% niet. (Er wordt niet aangegeven hoeveel enquêtes er in totaal zijn verstuurd). De gepresenteerde gegevens hebben betrekking op de therapeuten die wel stotteraars behandelen. Hieruit blijkt dat de meerderheid van de logopedisten patiënten van verschillende leeftijden behandelt (74%) terwijl slechts een klein gedeelte zich specifiek op een bepaalde leeftijdsgroep richt, bijvoorbeeld slechts 17% behandelt enkel kinderen tussen 7 en 12 jaar.

6.4.2. Verwijzing naar logopedie

Conform het logopedistenbesluit worden patiënten door een praktizerend arts of tandarts naar de logopedist verwezen. Uit de beide onderzoeken van de NVLF (1984, 1989) blijkt dat de huisarts op de eerste (52,7%, 1989) en de K.N.O.-arts op de tweede plaats (22,8%, 1989) komt qua aantal verwijzingen. Bij kleinere praktijken overheerst het aantal verwijzingen door de K.N.O.-arts (NVLF, 1984). Als andere voorkomende verwijzers werden onder andere neuroloog, kinderarts, orthodontist en tandarts genoemd. Uit het eerder genoemde onderzoek van Haitsma Mulier ea (1983) kwam ook naar voren dat de huisarts relatief de meeste patiënten naar de logopedist doorverwees.

Alhoewel in het logopedistenbesluit vermeld wordt dat ook tandartsen naar de logopedie kunnen verwijzen levert dit in de praktijk problemen op. Met name de Ziekenfondsen verzetten zich tegen deze mogelijkheid omdat zij vrezen voor een toename van de kosten (Soesman 1986, Beyaert 1986).

Een rechtstreekse doorverwijzing via de tandarts wordt dan ook niet vergoed door de ziekenfondsen. Hierdoor kunnen patiënten met afwijkende mondgewoonten niet adequaat behandeld worden.

6.5. Kwaliteit van de logopedische zorg

De discussie omtrent kwaliteit en professionalisering van de logopedische zorg heeft binnen de beroepsgroep veel aandacht gekregen de laatste jaren. Door de ontwikkeling van een beroepsprofiel is een belangrijke stap in het professionaliseringsproces gezet. Buitenhuis (1989) geeft in haar artikel suggesties voor professionalisering van de logopedie op micro-, meso- en macroniveau.

Met betrekking tot de kwaliteit van de logopedische zorg zijn er onder andere door Hollands en Lambert (1985) enkele adviezen met betrekking tot een betere kwaliteitsbeheersing van het logopedische handelen opgesteld. Aan de orde komen onder andere: ontwikkeling van een eenduidig referentiekader over de aard van de logopedische werkzaamheden, het duidelijk krijgen van de doelstellingen en de werkwijzen van de logopedie. Als vervolg daarop is in 1988 onderzoek van start gegaan waarin getracht wordt een meetinstrument ter beoordeling van de kwaliteit van het logopedisch handelen te ontwikkelen (Lambert, Hollands, van Bergen, 1988). In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de Delphi -methode. Deze bestaat uit zes schriftelijke enquête-rondes, waarin een panel (groep van deskundigen) een aantal vragen ter beantwoording krijgt voorgelegd. In eerste instantie is het onderzoek beperkt tot twee verschillende werksettingen nl. de vrije vestiging en het audiologisch centrum. Uiteindelijk levert dit onderzoek een tweetal meetinstrumenten op, waarbij men voor een aantal exemplarische hulpvragen in staat is aan de hand van criteria een uitspraak te doen over de kwaliteit van het handelen van de logopedist (Lambert e.a., 1990).

Een van de vormen van kwaliteitsbewaking is intercollegiale toetsing. Lambert en Hollands (1988) hebben samen met een Limburgse werkgroep van logopedisten werkzaam in ziekenhuizen een eerste aanzet gedaan tot het opzetten van intercollegiale toetsing. Als resultaat is een aantal standaard concepten ontwikkeld voor aspecten van logopedische hulpverlening oa. intake van afasie patiënten, intake van poli-klinische patiënten.

De NVLF heeft geparticipeerd in een project van de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg (SSG). Tijdens dit project is een model ontwikkeld waarin het basispakket collectief preventieve logopedie wordt beschreven. Op deze manier wordt aanzet gegeven tot een behoorlijke mate van uniformering van de collectief preventieve werkzaamheden in Nederland (Waterman, 1991). In het kader van kwaliteitsbevordering van logopedische zorg is een uniform

screeningsinstrument voor kinderen van 4.9 - 5.9 jaar ontwikkeld. Het doel van dit instrument is op een uniforme wijze de opsporing van stoornissen bij deze kinderen te bevorderen (NVLF, 1991).

Het belang van de kwaliteit van de logopedische zorg wordt onderschreven door de recentelijk (in 1991) opgerichte stichting "Kwaliteitsbevordering Logopedie".

6.6. Logopedie en effect-onderzoek

In het kader van professionalisering en kwaliteitsbevordering wordt het doen van effect-onderzoek erg belangrijk gevonden, onder andere door de beroepsvereniging. In een artikel van Aufdemkampe e.a. (1987) wordt dit belang als volgt omschreven: " Wij menen namelijk, dat met verwetenschappelijking in het algemeen en met het uitvoeren van gefundeerd effect-onderzoek in het bijzonder, een essentiële bijdrage kan worden geleverd aan verdere professionalisering van de logopedie als discipline omdat daarmee het handelen in de logopedische praktijk inzichtelijker en toetsbaarder wordt" (pag. 118). Aufdemkampe e.a. (1989) hebben de publicaties die in het tijdschrift Logopedie en Foniatrie tussen 1980 en 1986 zijn verschenen, geanalyseerd. Er werden drie categorieën gemaakt; effect-onderzoeksartikelen, beschrijvende artikelen, andersoortig onderzoek, waarin de 250 artikelen werden ingedeeld. Van alle gescreende artikelen ging 18% (45 artikelen) over effect-onderzoek. Deze 18% werd aan een verdere analyse onderworpen waarin gekeken werd naar onderzoeksopzet, bepaling van de gerichtheid van de effect-variabelen, bepaling van de mate van betrouwbaarheid van de metingen, bepaling van de statistische validiteit, bepaling van de externe validiteit.

Alhoewel 18% aan de lage kant is kan wel opgemerkt worden dat 62% van de uitspraken in deze effectstudies gebaseerd is op ecologische effect-variabelen. Dit geeft reden tot optimisme omdat juist deze effect-variabelen gegevens vastleggen over de communicatieve vaardigheden van patiënten, wat een centraal aspect van de logopedie is. Aufdemkampe e.a. (1989) stellen dat het voor de professionalisering van de logopedie in Nederland van groot belang is, dat ecologische effect-variabelen op een gestandaardiseerde of expliciete wijze betrouwbaar worden onderzocht.

Het design dat werd gebruikt in de 45 artikelen wordt ingedeeld in 4 verschillende categorieën. Tabel 7 laat zien hoe de verdeling eruit zag.

Tabel 7: gehanteerde onderzoeksopzet bij effectonderzoeksartikelen

Pre-experimenteel	42
Quasi-experimenteel	1
True-experimenteel	1
Tijdserie	1
Totaal	45

De 42 artikelen die van een pre-experimenteel design gebruik hebben gemaakt kunnen nog verder worden onderverdeeld in 23 case-studies en 19 "echt" pre-experimenteel onderzoek.

Ook is aandacht besteedt aan de mate van betrouwbaarheid van de metingen. De betrouwbaarheid is onderverdeeld in onbetrouwbaar, gestandaardiseerd en expliciet betrouwbaar. Van de in totaal 100 meetuitspraken is 67% onbetrouwbaar gemeten en slechts 6% expliciet betrouwbaar. Geconcludeerd kan worden dat het effect-onderzoek van het logopedisch handelen nog in de kinderschoenen staat en zich nog volop kan ontwikkelen in de toekomst. Nu het Hoger beroepsonderwijs de mogelijkheid krijgt onderzoek te ontwikkelen valt een positieve tendens te verwachten ten aanzien van het verder ontwikkelen van (effect)onderzoek.

6.7. Regelingen en financiering

6.7.1. Wettelijke regelingen

Wettelijke regelingen die van belang zijn voor de logopedie zijn:

* **Wet op de Paramedische beroepen (WPB) en het logopedistenbesluit**

Sinds het beroep in juni 1980 officieel als paramedisch is erkend, is men verplicht het bewijs van bevoegdheid in te zenden bij de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid. De logopedist werkt onder eigen beroepsverantwoordelijkheid en kent een eigen beroepsethiek. De naleving van het laatste staat onder toezicht van het College van Toezicht van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

* **Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)**

Deze (mogelijk toekomstige) wet heeft gevolgen voor de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg. In deze wet wordt het verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan degenen die daartoe bij de wet bevoegd zijn verklaard, opgeheven. Dit geschiedt met een aantal uitzonderingen. Zo blijft het verrichten van een aantal handelingen die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die de hulp inroepen, voorbehouden aan bij de wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren, die gerechtigd zijn tot het voeren van een titel. Bovendien bevat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden tot het stellen van eisen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een aantal speci-

fieke punten. Door de wet BIG wordt daarin ook voorzien. Tot slot voorziet de wet in een uniforme regeling voor de registratie van beroepsbeoefenaren, waarbij aan de registratie het stelsel van titelbescherming is gekoppeld. Onduidelijk is nog welke consequenties de wet BIG zal hebben voor de logopedist. Indien er een verplichte registratie voor de logopedist gaat gelden, mag alleen wie de opleiding logopedie heeft afgerond zich logopedist noemen (titelbescherming). Iedereen mag echter logopedische taken verrichten.

6.7.2. Financiering logopedie

Afhankelijk van de maatschappelijke sector waarin de logopedische zorg plaats vindt wordt de logopedische zorg op verschillende manieren gefinancierd. Binnen de gezondheidszorg wordt de logopedie vergoed door ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en door lagere overheden wat betreft de basisgezondheidsdiensten en de zelfstandige logopedische diensten.

Het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen betaalt de logopedist in het speciaal onderwijs volgens norm per type school, alsmede de docent-logopedist bij de HBO-instellingen.

Binnen particuliere bedrijfsinstellingen wordt de logopedist betaald door het bedrijf zelf.

De Wet Tarieven Gezondheidszorg reguleert de tarieven voor gezondheidszorgvoorzieningen. Vaststelling van de tarieven die het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden geschiedt in het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Logopedisten worden betaald per verrichting, dit wil zeggen per behandeling van dertig minuten, daarnaast is er een apart tarief voor logopedisch onderzoek en voor groepsbehandeling en een toeslag voor behandeling aan huis van de patiënt (Beroepsprofiel, 1988).

6.8. Samenvatting

Onderzoek is verricht naar het aanbod van logopedische zorg. De samenstelling van de beroepsgroep bestaat voor het grootste gedeelte uit vrouwen jonger dan veertig jaar. De meeste logopedisten zijn werkzaam in een eigen praktijk of zijn verbonden aan scholen of basisgezondheidsdiensten. Naar het gebruik van logopedische zorg is enig onderzoek verricht. Dit betreft dan met name gegevens over patiënten van vrijgevestigde logopedisten. De aard van de klachten, de leeftijd en de soort verwijzer worden onderzocht. Onderzoeken op grote schaal die een representatief beeld geven van de gehele beroepsgroep zijn nog niet uitgevoerd.

Professionalisering krijgt binnen het beroep veel aandacht. Er is een aparte stichting "kwaliteit van logopedische zorg" opgericht en op beperkte schaal wordt effectonderzoek uitgevoerd.

Literatuur

- AUFDEMKAMPE, G., BEEFTINK, A.C., FENNEMA, J., VAN PRAAG, W., SCHREVEN, M.I.S. - 1987. Logopedie en effectonderzoek, Professionalisering door verwetenschappelijking. *Logopedie en Foniatrie*, 59, p. 118-124
- AUFDEMKAMPE, G., BEEFTINK, A.C., FENNEMA, J., KOOLJ VAN DER, M.A., PRAAG VAN, W. - 1989. Effectonderzoek in het tijdschrift *Logopedie en Foniatrie*. *Logopedie en Foniatrie*, 61, p. 200-205
- BEYAERT, E.M.M.L., HOUWINK, M. - 1986. Samenwerking logopedist en tandarts. *Nederlands Tandartsenblad*, 3, p. 78-81
- BONJER, J.F. - 1986. Verwijzen naar de logopedist. *Nederlands Tandartsenblad*, 20, p. 706-707
- BOOT, J.M., KNAPEN, M.H.J.M. - 1983. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Het Spectrum, Utrecht
- BUITENHUIS, C.J. - 1989. Professionaliseren van het beroep logopedist. *Logopedie en Foniatrie*, 61, p. 2-6
- ENGELS, O., JAGER DE, J. - 1988. Beroepsprofiel logopedist. *gevalideerde versie*, Enschede
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID - 1989. Beroepsuitoefening van logopedisten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989, Rijswijk
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID - 1990. Beroepsuitoefening van ergotherapeuten, verslag van een onderzoek 17-21 april 1989, Rijswijk
- HAITSMA MULIER, P., L'HOIR, M. - 1983. Een studie naar verwijzingsstrategieën van logopedisten en hun kijk op stotteren. *Logopedie en Foniatrie*, 55, p. 270-278
- HARING, J. - 1987. *Wet op de paramedische beroepen*, W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle, p. 187-201
- HEIJDEN VAN DER, P. - 1987. Bibliografie Logopedisten. NIVEL
- HEYLEN, L., BRIELS, M. - 1094. Het profiel van de logopedist(e) in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Logopedie en Audiologie*, 14, p. 188-200
- KLOS, T., LAMBERT, J., MAESSEN, A., RITZEN, F. - 1990. Marktonderzoek naar de behoefte aan post-HBO, *Logopedie en Foniatrie*, 62, p. 50-53
- LAMBERT, J., HOLLANDS, L. - 1988. Logopedie, In: L. Hollands, B. v. Bergen (red) *Toetsing en verbetering van zorgkwaliteit bij Diëtetiek, Ergotherapie, Fysiotherapie, Logopedie en Verpleegkunde*. De Tijdstroom, Lochem-Gent, p. 124-143
- LAMBERT, J., HOLLANDS, L., BERGEN VAN, B. - 1988. Kwaliteitsmeetinstrument voor logopedisch handelen. *Logopedie en Foniatrie*, 60, p. 210-214
- LAMBERT, J., HOLLANDS, L., BERGEN VAN, B. 1989. Tussentijds verslag project "kwaliteitsbewaking en -bevordering". *Logopedie en Foniatrie*, 61, p. 316-320
- MECHÉ-KLUMPER VAN DE, C.M. - 1989. Beroepsprofiel en de vrije vestiging. *Logopedie en Foniatrie*, 61, p. 24-25
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1983. *Nota Logopedie op scholen, een plaatsbepaling, tweede versie*, Gouda
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1874. *De logopedie in de eerstelijnsgezondheidszorg*, Gouda
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1990. *Jaarverslag 1989*, Gouda
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1989. *Interne enquête april 1989*
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1991. *Logopedische screening*, Gouda
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK - 1990. *Kwaliteit van zorg: Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*, 's Gravenhage
- SIXMA, H.J.M. - 1985. Overige beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg: diëtisten en logopedisten. In: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide, J. van der Zee, (red) *Overzichtsstudie eerste lijn (NIVEL)*, Utrecht, p. 261-281

- SMEETS, H.M. - 1989. Kwaliteitsbevordering: noodzakelijk voor logopedisten. Logopedie en Foniatrie, 61, p. 46-48
- SMIT-HERMER S.A.L., VADER-DERKINDEREN, L.H.Y., Beroepsprofiel voor logopedisten; een verslag van de totstandkoming. Logopedie en Foniatrie, 61, p. 8-10
- STUDIECOMMISSIE VAN DE WERKGEMEENSCHAP STOTTERTHERAPIE - 1986. De logopedische behandeling van stotteraars in Nederland, een enquête. Logopedie en Foniatrie, 58, p. 211-215
- WATERMAN M.H. - 1991. Werkconferentie collectieve preventieve logopedie in GGD'en. Eindrapportage, Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht
- ZIEKENFONDSRAAD - 1987. Advies inzake tandarts als verwijzer naar logopedist, Amstelveen

7. OEFENTHERAPIE-CESAR

7.1. Inleiding

Het doel van dit stuk is een beschrijving te geven van de oefentherapie-Cesar en aan te geven wat er tot op heden aan onderzoek is verricht naar oefentherapie-Cesar. Bij de beschrijving van het tot nu toe verrichte onderzoek gaat de aandacht uit naar onderzoek naar het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, geografische spreiding, praktijkvorm en praktijkorganisatie, opleiding en nascholing), taken en werkwijze, het gebruik van de zorg en kwaliteit van de zorg. Onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep blijft buiten beschouwing.

Door de behoefte aan kennis over de bijdrage die oefentherapie-Cesar levert aan de verbetering van de functionele toestand van patiënten, is op verzoek van de beroepsvereniging in 1985 een inventariserend onderzoek verricht waarover inmiddels twee rapporten en een brochure zijn verschenen (Hasper, 1986; Hasper & Smit, 1988; Hasper, Janssen & Lievaart, 1990). Door het ontbreken van een onderzoekstraditie binnen de oefentherapie-Cesar is echter naast dit onderzoek geen ander (gezondheidszorg)onderzoek verricht. Daarom zal bij het schrijven van dit overzicht ook gebruik worden gemaakt van zogenaamde "grijze" literatuur, zoals rapporten, scripties, nota's en artikelen uit het tijdschrift van de beroepsvereniging.

De indeling van dit stuk is als volgt. De eerste paragraaf betreft het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, etc). De tweede paragraaf betreft de taken, taakopvatting (indicatiegebieden) en werkwijze van de oefentherapeut-Cesar. De derde paragraaf gaat over de vraag naar en het gebruik van zorg. Hierbij komt onder andere het klachtenpatroon aan bod, maar ook classificatie, registratie en verwijscijfers en hun determinanten worden behandeld. In de vierde paragraaf zal worden ingegaan op de kwaliteit van de zorg. Daarna volgt een paragraaf over kosten, financiering en regelingen op het gebied van de oefentherapie-Cesar. Tot slot wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van het onderzoek naar oefentherapie-Cesar.

7.2. Het aanbod aan zorg door oefentherapeuten-Cesar

De oefentherapie-Cesar is een paramedische behandelmethode die zijn naam ontleent aan de grondlegster van de bewegingsleer Cesar, Mevrouw

Marie Cesar (1895-1975). Zij volgde de Mensendieck-opleiding van 1925 tot 1927 en heeft daarna als lerares-Mensendieck gewerkt. Op grond van haar voorliefde voor dans pleitte zij voor een oefensituatie waarin minder statisch en minder 'rationeel bewust' werd geoefend. Het bewegen moest natuurlijker en ritmischer wijze geschieden (Hasper, 1985, Balm & Gijsbers, 1991). Omdat een integratie van haar inzichten in de methode-Mensendieck niet werd toegestaan, ontwikkelde ze de Bewegingsleer Cesar en richtte ze in 1937 de opleiding tot lerares Cesar te Utrecht op. Eerst in 1972 volgde echter pas de wettelijke erkenning van Cesar, in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen, door het Besluit oefentherapeuten-Cesar, dat in 1980 werd herzien (van der Mijn, 1989). De naam van het beroep werd veranderd in oefentherapie-Cesar, de 'lerares' werd dus een oefentherapeut-Cesar. In 1973 werden de oefentherapie-Cesar en de oefentherapie-Mensendieck in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgenomen.

Nu, na iets meer dan vijftig jaar, kan men zeggen dat oefentherapie-Cesar zich een eigen plaats in de paramedische sector heeft verworven. Begonnen met 4 leerlingen in 1937 bedroeg het in 1988 bij de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) geregistreerde aantal oefentherapeuten-Cesar 904 (Engels & de Jager, 1988). Een aantal van hen is geen lid van de beroepsvereniging.

Schema 1: overzicht van onderzoeken en enquêtes met betrekking tot de oefentherapie-Cesar

Bron	beschrijving onderzoek
V.B.C.	Gegevens uit vijf praktijken 1982-1984
Hasper, 1986	Gegevens van 21 oefentherapeuten-Cesar per april 1986
Hasper, 1986	Gegevens enquête Bernard & Partners 1985
Vreeken, 1986	Gegevens van huisartsen, enquête 1985
Hasper, 1986	Gegevens omtrent de beroepsgroep, V.B.C.-enquête 1977, V.B.C.-lijst 1986, gegevens patiënten en cliënten, V.B.C.-enquête 1985
Berkvens & Oude Vrielink, 1985	Bekendheid Cesar onder huisartsen, enquête
Hasper, 1986	"Rapport eerste-fase-onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg"
Hasper & Smit 1988	"Rapport tweede-fase-onderzoek 1988 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar"
Kusen & Verhoeven 1988	Eindrapport projectgroep verwijzers, registratie door 20 oefentherapeuten-Cesar, 1986-1987
Hasper, Janssen & Lievaart, 1990	'Oefentherapie-Cesar en rugklachten', artikel in Cesar

Op grond van gegevens over de jaarlijkse groei van de beroepsgroep zal het geschatte aantal oefentherapeuten-Cesar voor 1990 ongeveer 1000

bedragen. Dit is een schatting die is gebaseerd op een groei van de beroepsgroep met ongeveer 40 afgestudeerden per jaar, waarbij de uitval als gevolg van pensionering of andere redenen gering zal zijn.

Er bestaan geen exacte cijfers omtrent het precieze aantal beroepsbeoefenaren op dit moment. Wel beschikt de Vereniging Bewegingsleer Cesar (V.B.C.) over cijfers omtrent het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren dat lid is van de beroepsvereniging en de sector waarin ze werkzaam zijn (V.B.C., 1990). Daarnaast zijn in het verleden een aantal enquêtes en onderzoeken uitgevoerd (zie schema 1), die onder andere gegevens over de geografische spreiding en werkterreinen van de beroepsgroep bevatten. Uit deze gegevens blijkt dat het overgrote deel van de oefentherapeuten-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam is.

7.2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep oefentherapeuten-Cesar

Over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en het werkterrein van de oefentherapeuten-Cesar zijn gegevens beschikbaar afkomstig van de V.B.C. De enquêtes die in 1977 en 1985 (Hasper, 1986) onder een aantal leden van de beroepsvereniging zijn gehouden bieden samen met de gegevens van de V.B.C.-lijst uit 1986 informatie omtrent de omvang van de beroepsgroep.

Tabel 1: aantal werkende oefentherapeuten-Cesar dat lid is van de Vereniging Bewegingsleer Cesar

bron	aantal werkende beroepsbeoefenaren	particuliere praktijk	dienstverband
V.B.C.-enquête (1977)	296	± 180 ⁰	± 116 ⁰
V.B.C.-lijst (1986)	501	± 425 ⁰	± 76 ⁰
Jaarverslag 1989	662	587	75
Beroepskrachtenplanning (1988)	910 ¹	497	..

0 = geschatte aantallen op grond van percentages, waarin ook dubbeltellingen.

1 = aantal gediplomeerde oefentherapeuten-Cesar.

Uit tabel 1 wordt duidelijk dat in de afgelopen dertien jaar het absolute aantal beroepsbeoefenaren dat lid is van de V.B.C. sterk is toegenomen, zeker gezien het feit dat er slechts één opleiding voor oefentherapie-Cesar in Nederland is.

Uit de V.B.C.-lijst van 1986 (Hasper, 1986) blijkt dat voor 85% van de oefentherapeuten-Cesar de eigen praktijk de bron van inkomsten vormt en dat 22% in een dienstverband werkzaam is. Dit betekent dat 7% van de beroepsgroep zowel een eigen praktijk voert als in dienstverband werkzaam is. Uit dezelfde lijst blijkt ook dat 27% van de oefentherapeuten-Cesar op meer dan twee adressen werkzaam is. De gemiddelde leeftijd van de beroeps-

groep is met 31 jaar vrij laag (Hasper, 1986). Het aantal werkende V.B.C.-leden bedroeg per 1 januari 1990 in totaal 662 (V.B.C., 1990). Van hen is 88% werkzaam in een particuliere praktijk, 4% in een algemeen dienstverband en 8% in een instelling die valt onder CAO-Ziekenhuiswezen.

Uit cijfers van het onderzoek van Bernard & partners (Hasper, 1986) blijkt tevens dat een groot deel van de oefentherapeuten-Cesar (60%) part-time werkt. Dit komt mogelijk door het grote aantal vrouwen in de beroepsgroep (\pm 96%). Vergelijkbare cijfers zijn gevonden in onderzoek naar de fysiotherapie, waar naar schatting de helft van de fysiotherapeuten part-time werkt.

7.2.2. De geografische spreiding van oefentherapeuten-Cesar

De overheid voert geen vestigings-/spreidingsbeleid ten aanzien van oefentherapie-Cesar. De V.B.C. werkt samen met de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck om het gezamenlijke vestigings-/spreidingsbeleid te regelen en bewaken. In dit vestigings-/spreidingsbeleid wordt het aantal oefentherapeuten afgestemd op het aantal inwoners. De norm die wordt gehanteerd is één oefentherapeut per 12.000 inwoners (Engels & de Jager, 1988).

Uit gegevens met betrekking tot de geografische spreiding blijkt dat oefentherapeuten-Cesar zich met name vestigen in de Randstad en in Utrecht (zgn. zwarte gebieden). In de 'grijze en witte' gebieden in Nederland, zoals in het noorden (Groningen, Friesland, Drenthe) en in het zuiden (Zeeland en Limburg) zijn nog voldoende vestigingsmogelijkheden voor oefentherapeuten-Cesar (Jaarverslag 1989, V.B.C.).

7.2.3. Praktijkvorm en praktijkorganisatie

De oefentherapeut-Cesar kan zich in de eerstelijnsgezondheidszorg vrij vestigen, een samenwerkingsverband met collega's aangaan of als medewerker in een praktijk werken (Engels & de Jager, 1988). Ook kan de oefentherapeut-Cesar in de tweedelijnsgezondheidszorg werken in instellingen als ziekenhuizen, verpleeghuizen, scholen en revalidatiecentra. Over de situatie in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn gegevens voorhanden. Met betrekking tot de tweedelijnsgezondheidszorg zijn weinig gegevens voorhanden (Hasper & Smit, 1988).

Oefentherapeuten-Cesar zijn hoofdzakelijk in de eerstelijnsgezondheidszorg in een zelfstandige praktijk werkzaam. Patiënten die gebruik willen maken van oefentherapie-Cesar dienen eerst een verwijzing te hebben gekregen van een de praktijk uitoefenende arts. Oefentherapie-Cesar is dus niet rechtstreeks toegankelijk. Over voortzetting van de behandeling na het aflopen van de vastgestelde behandelperiode wordt door de verwijzende arts een beslissing genomen. De duur van een behandeling door een oefentherapeut-Cesar (in de eerstelijnsgezondheidszorg) is vastgesteld op 35 minuten. De behandeling wordt individueel gegeven. Uit het onderzoek van

Bernard & partners (1985) blijkt dat veel praktijken in de eerstelijnsgezondheidszorg (69% van alle onderzochte praktijken) per week tussen de 10 en 45 behandelingen uitvoeren.

De praktijkruimte van de oefentherapeut-Cesar moet aan bepaalde eisen voldoen ten aanzien van bijvoorbeeld toegankelijkheid, hygiëne, vloeroppervlak en bijbehorende faciliteiten. Tevens dienen er een aantal hulpmiddelen aanwezig te zijn, waaronder een manshoge spiegel, een oefenkruk en klein oefenmateriaal.

7.2.4. Opleiding en nascholing

De Opleiding Oefentherapie Cesar, gevestigd in Den Dolder, is een driejarige opleiding die wordt gesubsidieerd door het Ministerie van WVC en is gelijkgesteld aan het HBO onder artikel 65 van de Wet Voortgezet Onderwijs (WVO). Het doel van de opleiding is de oefentherapeut(e)-Cesar in staat te stellen om een logisch-strategisch, gericht, individueel afgestemd, motorisch leer- en oefenproces in gang te zetten en te begeleiden. In het derde jaar lopen de studenten een stage van minimaal tien maanden. Het aantal studenten aan de opleiding, uitgestrekt over de drie leerjaren mag niet meer dan 205 bedragen, zo is vastgesteld door het Ministerie van WVC.

De nascholingscursussen worden momenteel verzorgd door de beroepsvereniging (VBC) en de opleiding, deels gezamenlijk. Deze cursussen hebben betrekking op sensomotoriek, zwangerschapseducatie en ademtherapie (jaarverslag 1989, V.B.C.).

In 1985 is een eerste graads docenten-applicatie-cursus gestart, die wordt verzorgd door de Faculteit Bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam (Engels & de Jager, 1988). Afgestudeerde oefentherapeuten-Cesar kunnen daar een eerste graads bevoegdheid halen, zodat ze onderwijs mogen verzorgen in de centrale vakken oefentherapeut-Cesar.

7.2.5. Beroepsvereniging

In 1937 richtte mevrouw Cesar de Opleiding Bewegingsleer Mensendieck-Cesar op. In de jaren daarvoor had zij geheel eigen ideeën gevormd over hoe de mens zich goed en harmonisch zou moeten bewegen (Hasper, 1985). Deze ideeën sloten niet aan bij de methode-Mensendieck en om die reden besloot ze zelf een opleiding tot lerares Mensendieck-Cesar te beginnen. In 1938 werd de Vereniging Bewegingsleer Mensendieck-Cesar opgericht en bij Koninklijk Besluit goedgekeurd. In 1947 werd de naam veranderd in Vereniging Bewegingsleer Cesar.

Het doel van de vereniging is het bevorderen van de oefentherapie-Cesar, die is gebaseerd op de door mevrouw Cesar ontwikkelde bewegingsleer. Daarnaast zijn het behartigen van de sociaal-economische belangen van de leden en het behartigen van de belangen van leden in de ruimste zin, taken van de beroepsvereniging. Deze organisatie is van groot belang, met

name voor het uitbouwen van externe en interne contacten. Dit gebeurt naar buiten via het opzetten van projecten en door voorlichting over het beroep en naar binnen door de verbinding met de Stichting Opleiding Bewegingstherapie Cesar. Het merendeel van de afgestudeerde oefentherapeuten-Cesar is lid van de beroepsvereniging.

7.3. Taken en werkwijzen

In de vorige paragraaf konden we zien dat oefentherapeuten-Cesar met name in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zijn. Daarom zal in deze paragraaf uitgebreid worden ingaan op de taken van de oefentherapeut-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. De taken in de tweedelijnsgezondheidszorg wijken niet wezenlijk af en zullen daarom kort worden besproken.

7.3.1. Oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg

Het werk van de oefentherapeut-Cesar is gericht op het herstellen of verbeteren van stoornissen of tekorten in de houding en beweging van de individuele patiënt. Door middel van een actief, individueel gericht, motorisch leerproces wordt een goede lichaamshouding en -beweging geleerd, terwijl in het geval van een blijvende handicap een zo goed mogelijke aanpassing wordt nagestreefd. Het uitgangspunt van de bewegingsleer Cesar is dat er voor elke fundamentele houding en beweging een optimale uitvoeringswijze, een norm, bestaat. Hoe dicht deze norm wordt benaderd is afhankelijk van de individuele mogelijkheden en beperkingen van elke patiënt (Hasper, 1985; Engels & de Jager, 1988; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1963).

Uitgaande van de klachten van de patiënt en de diagnose van de verwijzende arts wordt tijdens een uitgebreid onderzoek het houdings- en bewegingsvermogen van de patiënt geanalyseerd. Deze analyse resulteert in een adequaat behandelingsplan dat wordt toegesneden op de individuele mogelijkheden van de patiënt. De oefeningen bestaan uit bewegingsopdrachten die de patiënt zelf uitvoert. De therapeut doet de oefeningen voor, legt de bedoeling ervan uit en helpt zonodig bij de uitvoering, zodat de patiënt begrijpt en voelt wat hij doet. De bewegingen worden ingetraind, waarbij een duidelijke terugkoppeling is naar activiteiten van het dagelijks leven (ADL), waarbij met name aan (basis)bewegingen als bukken, tillen, zitten en lopen moet worden gedacht.

De oefentherapie-Cesar heeft een uitgebreide reeks van oefeningen die alle typen motorische leerprocessen omvatten. De oefeningen kunnen eindeloos worden uitgebreid, mits is voldaan aan de criteria of bewegingsprincipes die de methode stelt aan de juiste uitvoeringswijze van bewegingen (Hasper, 1985).

Met betrekking tot het verlenen van zorg worden globaal twee taken aan het werk van de oefentherapeut-Cesar onderscheiden (V.B.C.,1980), namelijk een curatieve of therapeutische taak (de behandeling van patiënten op verwijzing van een arts) en een preventieve taak (het instrueren van (overwegend) gezonde cliënten). De indicatiegebieden, waarover het werkterrein van de oefentherapie-Cesar zich uitspreidt voor wat betreft de therapeutische taak, zijn onder andere correctie en functioneel herstel van houdings- en bewegingsafwijkingen, revalidatie en readaptatie van neurologische, orthopaedische en cardiologische patiënten, ademtherapie voor CARA-patiënten, verbetering van de motoriek van kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden, blinden, gehoorgestoorden en geestelijk of motorisch gehandicapten en activering en mobilisering van bejaarden en chronisch zieken. Voor wat betreft de preventieve taak vindt de oefentherapie Cesar zijn toepassing als correctieve bewegingsvorming bij overwegend gezonden, zwangerschapsgymnastiek en als regeling van de arbeidsbeweging: de aanpassing van houding en beweging van het individu in zijn werk (Engels & de Jager, 1988).

De Vereniging Bewegingsleer Cesar heeft bij het 50-jarig jubileum in 1988 met de titel "Cesar in beweging" willen benadrukken dat de waarde van het beroep in met name de preventieve sfeer erg groot kan zijn. De huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg met betrekking tot de kostenbeheersing maken met name de onderwerpen Cesar en kinderen, Cesar en ouderen, Cesar en bedrijf en Cesar en sport(blessures) zeer actueel en geven aan dat er grote mogelijkheden liggen voor groei in de preventieve sfeer (Engels & de Jager, 1988).

Naast de twee genoemde taken zijn er nog een aantal werkzaamheden die tot het takenpakket van de oefentherapeut-Cesar behoren. Dit zijn onder andere taken met betrekking tot het onderhouden van de contacten met de verwijzend geneeskundige m.b.t. de behandeling van de patiënt, de organisatie van de praktijkwerkzaamheden, het geven van onderwijs, voorlichting en advies, het evalueren van eigen beroepsmatig handelen en het samenwerken met andere zorgverleners (Engels & de Jager, 1988).

7.3.2. Oefentherapie-Cesar in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg

Een gering aantal oefentherapeuten-Cesar is werkzaam in ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra of psychiatrische centra. Reden hiervoor is waarschijnlijk de geringe bekendheid met de mogelijkheden van oefentherapie-Cesar. Als oefentherapeuten-Cesar werkzaam zijn in een ziekenhuis of verpleeghuis, dan is dat bijna altijd op een afdeling fysiotherapie. Daar maken ze vaak deel uit van een behandelteam dat voorts kan bestaan uit een specialist, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker, een psycholoog en verplegend en verzorgend personeel. Naast de typische oefentherapeutische taken dient de oefentherapeut-Cesar op verschillende niveaus (informatief, organisatorisch, instructief en administratief) te overleg-

gen en samen te werken met de andere leden van het behandelteam. Dit laatste kenmerkt de werkzaamheden van de oefentherapeut-Cesar in de tweedelijnsgezondheidszorg.

7.3.3. Oefentherapie-Cesar in andere sectoren

Al enige jaren is er op kleine schaal een aantal samenwerkingsverbanden opgezet tussen oefentherapeuten-Cesar, bedrijven en Bedrijfsgezondheidsdiensten. In deze samenwerkingsverbanden wordt door de oefentherapeut-Cesar voorlichting gegeven en aandacht besteedt aan het houdings- en bewegingsapparaat bij verschillende beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld buschauffeurs en modinettes.

Van IJssel (1984) geeft een beschrijving van de uitvoering van een project bij werknemers (modinettes) van een tricotagefabriek beschreven. De samenwerking tussen de oefentherapeut, BGD en de tricotagefabriek leidde in enkele gevallen geleid tot advisering op korte termijn, waardoor uitval kon worden voorkomen. Zo'n benadering kan wellicht voor andere beroepsgroepen, waar ook sprake is van een zware belasting van het bewegingsapparaat, ook een voordeel opleveren.

Tot slot kunnen oefentherapeuten-Cesar ook werkzaam zijn in de basisgezondheidszorg. Zwangerschapsbegeleiding en groepslessen bewegingsleer Cesar zijn enkele voorbeelden van werkzaamheden die kunnen worden uitgeoefend.

7.3.4. Relatie met verwijzers

De oefentherapeut-Cesar is bevoegd tot het beroepsmatig toepassen van de oefentherapie-Cesar, nadat door een de praktijk uitoefende geneeskundige een schriftelijke verwijzing is gegeven. Inzicht in verwijscijfers naar oefentherapie-Cesar wordt onder andere geboden door gegevens van 21 oefentherapeuten-Cesar die in 1986 een registratie hebben bijgehouden (Hasper, 1986). Het totale aantal patiënten dat in de maand maart naar oefentherapie-Cesar werd verwezen bedroeg 208. Hiervan werd 79% door de huisarts verwezen, 18% door de medisch specialist en 3% van de patiënten viel in de categorie ziekenhuis/overige (Hasper, 1986). Uit het rapport eerste-fase-onderzoek (Hasper, 1986) komt een vergelijkbaar patroon naar voren. Ongeveer 80% van de patiënten wordt door de huisarts verwezen en 20% door de medisch specialisten (voornamelijk orthopaeden, neurologen en revalidatieartsen). Uit gegevens van 20 oefentherapeuten-Cesar (Rapport projectgroep verwijzers, 1988) met betrekking tot aantallen patiënten blijkt dat in 1986 voor de onderzochte oefentherapeuten gemiddeld per maand 171 nieuwe patiënten werden verwezen. In 1987 werden gemiddeld per maand 201 patiënten verwezen.

7.4. Het gebruik van de zorg

De zorg van de oefentherapeut-Cesar is voor de patiënt pas toegankelijk na tussenkomst van een medicus, de huisarts of de medisch specialist. Deze verwijst de patiënt voor behandeling naar de oefentherapeut-Cesar. Naar de klachten en sociaal-demografische gegevens van patiënten die worden verwezen naar oefentherapie-Cesar is reeds enig onderzoek verricht (Hasper, 1986). Hierbij moet echter worden opgemerkt dat voor de registratie van de klachten geen gebruik is gemaakt van een geaccepteerd classificatiesysteem, zoals de ICPC. Daarnaast zijn de gegevens achteraf afgeleid uit de status van patiënten, wat de validiteit van de gegevens niet ten goede komt.

7.4.1. Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten

De verdeling naar geslacht van de populatie gebruikers van de oefentherapie-Cesar zoals die uit verschillende onderzoeken en enquêtes naar voren komt is in tabel 2 weergegeven. Uit de tabel blijkt dat er verschillen bestaan tussen de patiëntenpopulatie van de verschillende onderzoeken. De patiëntenpopulatie van de VBC-enquête-1985 (Hasper, 1986) verschilt duidelijk van de patiëntenpopulatie uit het rapport eerste-fase-onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg (Hasper, 1986). De populaties van de praktijken van oefentherapeuten-Cesar in respectievelijk 1982-1984 en in 1986 bestaan beide voor 64% uit vrouwen, wat vergelijkbaar is met het percentage vrouwen uit het rapport eerste-fase-onderzoek (Hasper, 1986).

Tabel 2: verdeling naar geslacht van de gebruikers van oefentherapie-Cesar in verschillende onderzoeken

Geslacht	Gegevens 5 OTC 1982-1984 (N=439)	V.B.C.-enquête 1985 (N=142)	Hasper 1986 (N=1166)	Gegevens 1986 21 OTC (N=774)
% man	31	11	30	36
% vrouw	64	89	70	64

Een goede verklaring voor het verschil tussen mannen en vrouwen is niet te geven. Mogelijk hangt het hoge percentage vrouwelijke patiënten samen met het zeer hoge percentage vrouwelijke oefentherapeuten dat in de beroepsgroepen is vertegenwoordigd (zie ook: Balm & de Lange, 1988). Een andere verklaring is mogelijk dat vrouwen vaker klachten hebben die naar oefentherapie-Cesar worden verwezen of dat ze gewoon meer open staan voor de behandeling door een oefentherapeut.

De verdeling van de patiëntenpopulatie naar leeftijd en geslacht is in tabel 3 weergegeven. Het hoogste percentage gebruikers komt uit de leeftijdsgroep van 16-25 jaar. Voor alle leeftijdsgroepen is het aantal vrouwelijke patiënten groter dan het aantal mannen. Het laagste percentage gebruikers

van oefentherapie-Cesar komt uit de leeftijdsgroep van 56 jaar en ouder. Een mogelijke verklaring voor het lage percentage mensen uit de leeftijdsgroep 45 jaar en ouder dat wordt verwezen is het feit dat artsen oefentherapie als een (preventieve) bewegingsopvoeding beschouwen en dat zij niet direkt het nut zien voor ouderen. De oefentherapie gaat er echter van uit dat ook op latere leeftijd veranderingen mogelijk zijn (Balm & de Lange, 1988). Uit verwijscijfers voor de fysiotherapie blijkt dat het percentage mensen uit dezelfde leeftijdsgroep (45 jaar en ouder) dat wordt verwezen aanzienlijk hoger ligt (49%). Hieruit kan voorzichtig worden opgemaakt dat de artsen voor die leeftijdsgroep meer belang hechten aan bestrijding van de stoornis dan aan bewegingsopvoeding.

Tabel 3: verdeling naar leeftijd en geslacht van de patiëntenpopulaties van de oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en fysiotherapie

Leeftijd	Hasper (1986)			Kerssens e.a. (1988)	Balm & De Lange (1988)
	vrouw	man	totaal	fysiotherapie	OTM
0-15 jaar	7.5%	5.0%	12.5%	2.7%	8.5%
16-25 jaar	19.7%	7.5%	27.2%	10.3%	26.6%
26-35 jaar	15.7%	7.8%	23.6%	16.9%	22.5%
36-45 jaar	13.3%	6.0%	19.3%	20.7%	20.8%
46-55 jaar	6.9%	3.0%	9.9%	18.4%	10.4%
56 jaar en ouder	5.9%	1.6%	7.5%	31.0%	11.2%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Als we de verwijscijfers voor de leeftijdsgroep 0-15 jaar voor beide oefentherapieën en fysiotherapie vergelijken, dan blijkt dat slechts 2.7% uit deze leeftijdsgroep naar fysiotherapie wordt verwezen. Hieruit kan worden afgeleid dat artsen het preventieve effect van oefentherapie voor deze leeftijdsgroep onderkennen (Balm & de Lange, 1988). Hierbij kan het feit dat de oefentherapie-Cesar sensomotorische training voor kinderen verzorgt (Skippy-project) een rol spelen.

De verdeling van de patiëntenpopulatie naar verzekeringsvorm is voor oefentherapie-Cesar niet onderzocht. In het onderzoek naar oefentherapie-Mensendieck is 61% van de patiënten ziekenfondsverzekerd en 32% particulier verzekerd. Van de patiëntenpopulatie in de fysiotherapie is 73% in het ziekenfonds verzekerd (Kerssens e.a., 1988). Hieruit zou men voorzichtig kunnen afleiden dat de percentages voor oefentherapie-Cesar niet veel zullen verschillen.

De verdeling van de patiëntenpopulatie naar aard van de klachten levert een duidelijk beeld op. In het rapport tweede-fase-onderzoek 1988 (Hasper & Smit, 1988) is de patiëntenpopulatie uit het eerste-fase-onderzoek van 1986 opgedeeld naar vier diagnoses (zie tabel 4). Opvallend is dat 50% van de patiëntenpopulatie gevormd wordt door patiënten met a-specifieke rug-

klachten. Dit zijn rugklachten waarvoor geen direkt medische oorzaken zijn aan te geven.

Tabel 4: patiëntenpopulatie tweede-fase-onderzoek opgesplitst naar verschillende diagnoses

Diagnose	percentage patiënten
scolioses	14.8%
a-specifieke rugklachten	50.9%
specifieke rugklachten	15.1%
houdingsafwijkingen	12.8%

In het onderzoek naar oefentherapie-Cesar zijn naast gegevens over de patiëntenpopulaties, ook gegevens verzameld over een aantal aspecten die verband houden met de aard van de behandelingen. Uit de gegevens blijkt dat het gemiddeld aantal behandelingen tussen de 22 en 24 ligt. De gemiddelde behandelingsduur is ongeveer 4.8 maanden. Na afloop van de behandeling is volgens het oordeel van de therapeut bij 77% van de patiënten een vermindering van de klachten opgetreden (Hasper, 1986).

Tabel 5: percentage patiënten, opgesplitst naar soort klachten, dat in 1986-1987 werd verwezen naar 20 oefentherapeuten-Cesar

Soort klacht	1986	1987
rugklachten	± 51%	± 49%
nek/schouderklachten	± 18%	± 19%
ademhalingsklachten	± 7%	± 7%
houdingsanomalie	± 11%	± 13%
diverse klachten	± 13%	± 12%
	100%	100%

In het eindrapport van de projectgroep verwijzers (Kusen & Verhoeven, 1988) worden cijfers gegeven over het aantal patiënten dat per maand wordt verwezen naar oefentherapie-Cesar. Deze gegevens zijn verzameld door 20 oefentherapeuten-Cesar gedurende de laatste tien maanden van 1986 en het hele jaar 1987. Binnen de patiëntenpopulatie is een onderverdeling gemaakt naar soort klacht/ aandoening. Uit tabel 5 blijkt dat het overgrote deel van de patiënten wordt verwezen met rugklachten (50%). Voorts blijkt uit het rapport dat het aantal patiënten/cliënten dat per maand wordt verwezen groter is dan het aantal dat per maand de behandeling beëindigt. Bij aanvang van de registratie in maart 1986 bedroeg het aantal patiënten/cliënten dat op dat moment in behandeling was 1007, terwijl aan het einde van de registratie (december 1987) het aantal patiënten/cliënten dat in behandeling was 1305 bedroeg. Dit betekent dat gedurende de bijna twee jaar durende registratie het aantal patiënten is toegenomen met 30% (298 patiënten).

Uit een enquête-onderzoek onder 43 huisartsen, naar verwijscijfers en behandelingsresultaten (Vreeken, 1986) blijkt dat mensen met klachten van orthopaedische aard veel worden verwezen. Binnen deze categorie worden met name klachten aan de wervelkolom veel verwezen, terwijl verwijzingen voor klachten in het nek-schouder-armgebied en het been-voetgebied veel minder vaak vóórkomen. Klachten van neurologische aard en klachten m.b.t. de ademhaling worden weinig verwezen, terwijl verwijzingen voor klachten van psychische aard heel weinig vóórkomen. Voor alle categorieën worden de behandelingsresultaten als redelijk tot zeer goed omschreven. Vreeken komt op grond van de verzamelde gegevens tot de conclusie dat er onder de huisartsen nog te weinig kennis is omtrent de indicaties voor verwijzing naar oefentherapie-Cesar. Zij stelt dan ook voor om meer voorlichting te geven tijdens de huisartsenopleiding en de opleiding tot medisch specialist.

Uit ander onderzoek (Berkvens & Oude Vrielink, 1985) onder 63 huisartsen uit drie steden (Groningen (n=13), Den Haag (n=25) en Maastricht (n=25)) naar de bekendheid van oefentherapie-Cesar blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen voor het eerst in aanraking is gekomen met de oefentherapie-Cesar als gevolg van de benadering door de oefentherapeuten zelf. Kennelijk wordt tijdens de opleiding tot huisarts weinig aandacht besteed aan oefentherapie-Cesar.

7.4.2. Classificatie en registratie

De hoeveelheid gegevens die bruikbaar zijn voor onderzoek naar oefentherapie-Cesar is aanzienlijk toegenomen als gevolg van het onderzoek uit 1984 (Hasper, 1986; Hasper & Smit, 1988) en verschillende registratieprojecten, zoals het registratieproject dat in 1986 in een aantal praktijken werd gestart. Van deze registratie die niet meer is dan een gestandaardiseerde patiëntstatus is niet bekend of het een continue registratie betreft. Bovendien heeft deze registratie op zeer kleine schaal plaatsgevonden, waardoor de deelnemende praktijken voor wat betreft een eenduidige registratie, voorzover daar sprake van is, waarschijnlijk een uitzonderingspositie innemen. Er bestaan naar alle waarschijnlijkheid nog behoorlijk veel praktijken waar gegevens op de "ouderwetse" manier (schrift, patiëntstatus, kaartstelsel) worden vastgelegd.

Nauw verbonden met een goede registratie van gegevens is een classificatiesysteem. Met betrekking tot de classificatie kan worden volstaan met de opmerking dat bij de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie recentelijk initiatieven zijn ontwikkeld om voor de bewegingsberoepen in de paramedische sector te komen tot een eenduidig classificatiesysteem op basis van de ICDH (S.W.S.F., 1990). Met betrekking tot de oefentherapie-Cesar is tot nu toe vanuit de beroepsgroep weinig aandacht besteed aan classificatie.

Bij het onderzoek van het NIVEL naar 'functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie' zal bij het ontwikkelen van het registratieformulier gebruik worden gemaakt van de ICDH. De grote hoeveelheid gegevens die dit onderzoek zal opleveren kunnen mogelijk als basis dienen voor de verdere ontwikkeling van een eenduidig classificatiesysteem binnen de paramedische sector.

7.5. Kwaliteit van zorg

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is een maatschappelijke ontwikkeling die de komende jaren in toenemende mate van belang zal zijn voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het leveren van kwaliteit in de gezondheidszorg heeft altijd al tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar behoord. Het doel van de gezondheidszorg is uiteindelijk het bewerkstelligen van een zo goed mogelijke gezondheid van de bevolking.

De overheid wil het veld een grotere verantwoordelijkheid geven op het gebied van de kwaliteit van zorg, mede als gevolg van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg sinds het plan-Dekker en het plan-Simons. De aangeboden zorg zal getoetst moeten worden aan criteria die door de beroepsgroepen zelf zullen moeten worden opgesteld. Bewaking van de kwaliteit van de zorg zal in eerste instantie binnen de beroepsgroep zelf kunnen geschieden, waarna dit systeem van interne toetsing later van buitenaf kan worden bekrachtigd. Met het oog op de concurrentie die tussen de verschillende paramedische beroepen en oefentherapeuten onderling kan ontstaan, als gevolg van de groei naar een 'vrije markt', is het van belang dat er duidelijke normen worden gesteld voor de kwaliteit van de geboden zorg (jaarverslag 1989 V.B.C.).

Naar de effecten van het therapeutisch handelen, en dan met name naar de resultaten van oefentherapeutische behandeling voor specifieke patiëntgroepen, is enig onderzoek verricht (Hasper & Smit, 1988; Vreeken, 1985). Uit het onderzoek van Hasper & Smit blijkt dat voor alle onderscheiden diagnoses de behandelingsresultaten goed zijn. Van alle patiënten met rugklachten ziet 87% de klachten geheel of gedeeltelijk verdwijnen (Hasper, Janssen & Lievaart, 1990). Uit het enquête-onderzoek van Vreeken (1985) onder huisartsen die naar oefentherapeuten-Cesar verwijzen, blijkt dat 72.1% van de huisartsen de resultaten als "goed" tot "zeer goed" beoordeelt. Omdat er geen sprake is geweest van gecontroleerd effect-onderzoek, kunnen aan deze cijfers geen conclusies worden verbonden met betrekking tot de mate waarin oefentherapie-Cesar heeft bijgedragen aan de goede behandelingsresultaten.

7.6. Kosten, regelingen en financieringen

Het overheidsbeleid is sedert enkele jaren meer gericht op het beheersen van de steeds hoger wordende kosten van de gezondheidszorg. Voor instellingen in de gezondheidszorg uit zich dit in budgetteringsvoorschriften. Met betrekking tot het individu acht de overheid het wenselijk dat de zelfstandigheid van het individu bij chronische ziekte of handicap in stand wordt gehouden of zo mogelijk wordt vergroot. Het beleid is dus gericht op zelfstandigheidsbevorderende en niet op afhankelijk makende dienstverlening. In het kader hiervan is een verschuiving van tweedelijns naar eerste lijns, van klinische naar poliklinische zorg wenselijk (zie: Nota 2000).

Wettelijke regelingen die van belang zijn voor de oefentherapie-Cesar zijn:

- * de Wet op de Paramedische Beroepen (1963) en het Besluit oefentherapeuten-Cesar (1972, 1980), waarin de wettelijke erkenning van het beroep is geregeld, de verplichting tot het inzenden van het bewijs van bevoegdheid ter registratie bij de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid en waarin bovendien de belofte van geheimhouding is geregeld;
- * de opname in het verzekeringspakket van de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars (1974);
- * het definitieve wetsvoorstel Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG, 1986), die gevolgen heeft voor de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg. In dit wetsvoorstel wordt het verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan de degenen die daartoe bij de wet zijn bevoegd verklaard, opgeheven. Dit geschiedt met een aantal uitzonderingen. Zo blijft het verrichten van een aantal handelingen, die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die de hulp inroepen, voorbehouden aan bij de wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren, die gerechtigd zijn tot het voeren van een titel. Bovendien bevat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden tot het stellen van eisen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een aantal specifieke punten. Daarin wordt ook voorzien in de Wet BIG. Tot slot voorziet de wet in een uniforme regeling voor de registratie van beroepsbeoefenaren, waarbij aan de registratie het stelsel van titelbescherming is gekoppeld (Engels & de Jager, 1988).

7.7. Samenvatting

Oefentherapie-Cesar wordt beoefend in bijna alle sectoren van de gezondheidszorg. de beroepsgroep is niet groot, bijna duizend beroepsbeoefenaren, en bestaat bijna volledig uit vrouwen.

Uit het geboden overzicht blijkt dat er voornamelijk onderzoek is verricht naar de samenstelling van de patiëntenpopulaties van praktijken oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. In deze onderzoeken zijn gegevens verzameld over sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de klachten of aandoeningen waarmee zij de oefentherapeut-Cesar bezoeken en gegevens over het aantal behandelingen en de duur van de behandelperiode. Daarnaast zijn vanuit de beroepsvereniging gegevens beschikbaar over de samenstelling van de beroepsgroep.

Literatuur

- BALM, M.F.K. & DE LANGE, C.J. - 1988. Oefentherapie-Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, N.V.O.M.
- BALM, M.F.K. & GIJSBERS, E.K.W. (aangeboden). Oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegingsgewoonten bij pijn
- BERKVENS, M. & OUDE VRIELINK, R. - 1985. Hoe bekend is "Cesar"? Een beginonderzoek onder huisartsen. Den Dolder, afstudeerscriptie Opleiding Oefentherapie Cesar
- BEROEPENGIDS ZORGSECTOR - 1990. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1963. Advies inzake Heilgymnastiek Massage & Methode Mensendieck en Bewegingsleer Cesar
- ENGELS, O. & JAGER, J. DE - 1988. Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (gevalideerde versie). Enschede, Instituut voor Leerplanontwikkeling
- HASPER, H.C. - 1986. Rapport eerste-fase-onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Dolder, Opleiding Oefentherapie Cesar
- HASPER, H.C. & SMIT, J. - 1988. Rapport tweede-fase-onderzoek 1988 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Dolder, Opleiding Oefentherapie Cesar
- HASPER, H.C. - 1985. Verschillen tussen oefentherapieën. In: Cesar (mei 1985)
- HASPER, H.C., JANSSEN, B.Y. & LIEVAART, W.M. - 1990. Oefentherapie Cesar en rugklachten. Cesar (februari 1990), p. 2-12
- HASPER, H.C. - 1987. Vijftig jaar Bewegingsleer Cesar, inleiding op ontstaan, theorie en werkwijze. Den Dolder, Stichting Vormingsfonds Cesar
- HOEKMAN A. - 1987. Ontwerp: Registratieformulier voor gebruik in een particuliere Cesar praktijk. Den Dolder, afstudeerscriptie Opleiding Oefentherapie Cesar
- IJSSEL, J.J. VAN - 1984. Samenwerking van de bedrijfsgezondheidszorg en de oefentherapie-Cesar. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1984, 62, nr. 14, p. 561-562
- JAARVERSLAG V.B.C. - 1989. Utrecht, V.B.C.
- KERNGROEP 2001 - 1989. Onderzoeksrapportage Kerngroep 2001. Amsterdam/Utrecht, NVOM/Opleiding
- KUSEN, M. & VERHOEVEN, J. - 1988. Eindrapportage project verwijzers. Utrecht, V.B.C.
- LEKENFOLDER VERENIGING BEWEGINGSLEER CESAR. Utrecht, V.B.C.
- MIJN, W.B. VAN DER - 1989. Beroepenwetgeving in de Gezondheidszorg, Oefentherapeut-Cesar. Deventer, Kluwer, p. 149-150
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1988. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg, 1988
- MOLL, J.W. & ROO, A.A. DE - 1989. De podotherapeutische praktijk. 's Hertogenbosch N.V.v.P.
- STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE - 1990. Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen. Voorlopige resultaten van een onderzoek gehouden onder de drie beroepsgroepen (Cesar, Mensendieck en podotherapie). Amersfoort, S.W.S.F.
- STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE - 1990. Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen. Verslag voorfase en subsidieaanvraag voor fase 1. Amersfoort, S.W.S.F., november 1990
- VERENIGING BEWEGINGSLEER CESAR - 1980. Oefentherapeut-Cesar. In: Vademedicum Perimedicum: Een wegwijzer in het labyrint van beroepen rond de geneeskunde. Gestel, A.P.M. van, P.H. van Setten, A. de Wit (reds). Amsterdam/Brussel, Elsevier, p. 229-232
- VREEKEN, J. - 1986. Artsen-kijk op Cesar: Een enquête-onderzoek onder huisartsen die verwijzen naar een oefentherapeut-Cesar. Den Dolder, afstudeerscriptie Opleiding Oefentherapie Cesar
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN: Besluit oefentherapeuten-Cesar. Zesde druk, p. 37-55. Zwolle, Tjeenk-Willink

8. OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK

8.1. Inleiding

In dit stuk zal een beschrijving worden gegeven van de oefentherapie-Mensendieck en zal een overzicht worden gegeven van het onderzoek dat tot op heden is verricht naar oefentherapie-Mensendieck. Bij de beschrijving van het verrichte onderzoek gaat de aandacht uit naar onderzoek naar het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, geografische spreiding, praktijkvorm en praktijkorganisatie, opleiding en nascholing), taken en werkwijze, het gebruik van de zorg en kwaliteit van de zorg. Onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep blijft buiten beschouwing.

Binnen het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen wordt in het Besluit oefentherapeuten-Mensendieck de volgende tekst gebruikt:

"Het beroepsmatig, ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefende geneeskundige, toepassen van de oefentherapie volgens de Mensendieck-methode. Als hoedanige oefentherapie wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging door middel van het aan de patiënt uitvoeren of door de patiënt bewust doen uitvoeren van bewegingen en doen aannemen van houdingen volgens de beginselen van Mensendieck."

In 1988 is een rapport verschenen van een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie van eerstelijns praktijken van oefentherapeuten-Mensendieck (Balm & de Lange, 1988). Aangezien dit het enige beschrijvende onderzoek is dat naar oefentherapie-Mensendieck is gedaan, zal bij het schrijven van het overzicht ook gebruik worden gemaakt van zogenaamde "grijze" literatuur, zoals scripties, rapporten, nota's, folders en artikelen uit het tijdschrift van de beroepsvereniging.

De indeling van dit stuk is als volgt. In de eerste paragraaf wordt het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, etc) beschreven. De tweede paragraaf betreft de taken en werkwijze van de oefentherapeut-Mensendieck. De derde paragraaf zal gaan over de vraag naar en het gebruik van de zorg (aard van de klachten, verwijscijfers, classificatie en registratie). In de vierde paragraaf zal de kwaliteit van de zorg worden behandeld. Daarna volgt een paragraaf over kosten, financiering en regelingen op het gebied van de oefentherapie-Mensendieck, waarna tot slot een samenvatting volgt van enkele resultaten van onderzoek naar oefentherapie-Mensendieck.

8.2. Het aanbod van zorg door oefentherapeuten-Mensendieck

Oefentherapie-Mensendieck is een paramedisch beroep. Het is een vorm van lichamelijke opvoeding die streeft naar een optimaal functioneren van de individuele patiënt op basis van zijn/haar anatomische structuur en bewegingsmogelijkheden. De grondlegster van de oefentherapie-Mensendieck is mevrouw Bess M. Mensendieck (1864-1957) geweest. Zij ontwikkelde de methode-Mensendieck rond 1895 als reactie op de Victoriaanse normen ten aanzien van houding en beweging, en de daaruit voortvloeiende vervreemding van het lichaam. De oorspronkelijke bedoeling was vrouwen door functionele bewegingen een goede lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen zonder kunstmatige hulpmiddelen (Balm & Gijsbers, 1991). De methode-Mensendieck richt zich op verbetering van de lichaamshouding en de manier van bewegen door bewust spiergebruik, spierversterking een bewuste bewegingsuitvoering en een bewuste beheersing van de houding. Toepassing van de methode-Mensendieck vond met verschillende doeleinden plaats. Zo had de methode in eerste instantie een esthetisch doel, namelijk vrouwen een mooie lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen, zonder kunstmatige hulpmiddelen te gebruiken. Vanaf de jaren twintig is de methode-Mensendieck, die toen nog werd onderricht door de 'lerares-Mensendieck', zich meer gaan richten op het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat. De methode-Mensendieck kon zo uitgroeien van een preventieve methode tot een preventieve en curatieve behandelmethode (Balm, 1989). Door deze ontwikkeling ontstond er behoefte aan wettelijke beroeps erkenning. Deze erkenning kwam pas in 1972 met de Wet op de Paramedische Beroepen. De naam werd toen gewijzigd van 'lerares' in oefentherapeut-Mensendieck. In 1973 werden zowel de oefentherapie-Mensendieck als de oefentherapie-Cesar in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgenomen.

Schema 1: overzicht van onderzoeken en enquêtes met betrekking tot de oefentherapie-Mensendieck

bron	beschrijving onderzoek
Balm & De Lange, 1988	'Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie van eerstelijns praktijken van oefentherapeuten-Mensendieck'
Kerngroep 2001	Onderzoeksrapportage Kerngroep 2001

Over het precieze aantal beroepsbeoefenaren zijn geen gegevens beschikbaar. Het jaarverslag 1989 van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM, 1990) geeft informatie over het aantal werken-

de beroepsbeoefenaren dat lid is van de NVOM. Andere informatie over de beroepsgroep is afkomstig uit het beroepsprofiel (1989) en de Beroepskrachtenplanning (1988).

8.2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck

Op 31 december 1989 bedroeg het totale aantal leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck 803. In tabel 1 staan de aantallen werkende leden weergegeven voor de laatste drie jaren.

Over de samenstelling van de beroepsgroep zijn weinig recente gegevens beschikbaar. Een groot aantal oefentherapeuten-Mensendieck is werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat eind 1987 zelfstandig werkzaam was bedraagt 80%. Het aantal oefentherapeuten-Mensendieck dat in dienstverband werkzaam was bedraagt 20% (Beroepskrachtenplanning, 1988). Van hen werkte 71% extramuraal.

Tabel 1: aantal werkende oefentherapeuten-Mensendieck dat lid is van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck

Bron	aantal werkende beroepsbeoefenaren Nederland	jaar	extramuraal	intramuraal
Kerngroep 2001	607 (19 ¹)	1987	588	82
Beroepskrachtenplanning (1988)	607	1987	588	18
Jaarverslag 1989	674	1988		
Jaarverslag 1989	705	1989		

1 Werkzaam in het buitenland

Het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren bedraagt 95% (Balm & de Lange, 1988), wat vergelijkbaar is met het percentage vrouwelijke oefentherapeuten-Cesar (\pm 96%, Hasper, 1986).

8.2.2. De geografische spreiding van oefentherapeuten-Mensendieck

De Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck voert ten aanzien van de vrije vestiging van oefentherapeuten-Mensendieck een vestigings-/spreidingsbeleid in samenwerking met de Vereniging Bewegingsleer Cesar. In dit beleid wordt het aantal oefentherapeuten afgestemd op het aantal inwoners. De norm die wordt gehanteerd is één oefentherapeut op 12.000 inwoners. Het effect van dit beleid is dat elke praktijkvestiging een reële overlevingskans heeft (Engels & de Jager, 1989).

Oefentherapeuten-Mensendieck zijn voornamelijk gevestigd in het westen (de Randstad) en in het midden van Nederland (jaarverslag 1989). In het noordoosten en zuiden van Nederland zijn nog voldoende vestigingsmogelijkheden voor oefentherapeuten-Mensendieck.

8.2.3. Praktijkvorm en praktijkorganisatie

Zoals we in 2.1. al zagen werkt de oefentherapeut-Mensendieck hoofdzakelijk in de eerstelijnsgezondheidszorg in een zelfstandige praktijk. De oefentherapeut-Mensendieck kan ook in de tweede- of derdelijnsgezondheidszorg (ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, etc.) werkzaam zijn. In de eerstelijnsgezondheidszorg kan een oefentherapeut-Mensendieck zelfstandig werkzaam zijn in een eigen praktijk, als associé in een maatschap en als medewerker in loondienst. Oefentherapie-Mensendieck is niet rechtstreeks toegankelijk voor patiënten. Men kan alleen toegang krijgen met een schriftelijke verwijzing van de huisarts of medisch specialist, die onder andere de naam en de diagnose van de patiënt hoort te bevatten. Over voortzetting van de behandeling neemt de verwijzende arts een beslissing. Een behandeling door een oefentherapeut-Mensendieck in de eerstelijnsgezondheidszorg heeft een duur van 35 minuten.

Over de patiëntenadministratie of -registratie is geen informatie beschikbaar. Wel is bekend dat bij sommige praktijken wachtlijsten bestaan voor patiënten (NVOM). Met betrekking tot de wachtlijstproblematiek kan worden opgemerkt dat de oefentherapeut-Mensendieck voor een redelijke doorstroming moet zorgen bij een te grote toeloop van patiënten. Indien de wachtlijst te lang wordt dient men de patiënt door te sturen naar een andere collega, dit in overleg met de verwijzend arts, de patiënt en de desbetreffende collega (Engels & de Jager, 1989).

De praktijkruimte van de oefentherapeut-Mensendieck moet aan bepaalde eisen voldoen ten aanzien van toegankelijkheid, hygiëne, vloeroppervlak en bijbehorende faciliteiten. Tevens dienen een aantal hulpmiddelen aanwezig te zijn, waaronder een manshoge spiegel, een verplaatsbare achterspiegel, een oefenbank, een oefenkruk en demonstratiemateriaal (Gedragsregels NVOM, 1988).

8.2.4. Opleiding en nascholing

In Nederland zijn in de jaren twintig twee opleidingen voor "Mensendieck-leraressen" opgericht, namelijk één in Den Haag (1921) en één in Amsterdam (1925). In 1932 is de Haagse opleiding in de Amsterdamse opgegaan. De huidige opleiding tot oefentherapeut-Mensendieck is een hogere beroepsopleiding, die is gevestigd in Amsterdam. De opleiding duurt drie jaar met drie stageperiodes van in totaal tien maanden. Het doel is vanzelfsprekend het opleiden van studenten tot oefentherapeut-Mensendieck. Hierbij worden drie aspecten onderscheiden, namelijk de voorbereiding op het zelfstandig uitoefenen van het beroep oefentherapeut-Mensendieck, de persoonlijke ontwikkeling van de student voor zover van belang voor zijn beroepsuitoefening en het stimuleren tot het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep. Het totale aantal studenten, zoals vastgesteld door het ministerie van WVC, bedraagt 205. Bijna alle afgestudeerde oefentherapeuten-Mensendieck vinden een plaats in het werkveld.

Nascholing wordt verzorgd door de nascholingscommissie van de NVOM. Zij biedt een aantal cursussen aan met betrekking tot het diagnostisch onderzoek, ademtherapie en theoretische kennis.

8.2.5. Beroepsvereniging

De beroepsvereniging van oefentherapeuten-Mensendieck, sinds 22 april 1988 genaamd de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM), werd op 19 april 1928 opgericht onder de naam Nederlandse Mensendieck Bond. Het doel van de vereniging is het in de zuivere vorm bewaren van het systeem van de methode-Mensendieck, het bevorderen van de preventieve, curatieve en palliatieve toepassing van de methode-Mensendieck, het stimuleren van de wetenschappelijke benadering van de oefentherapie-Mensendieck en het behartigen van de belangen van de leden.

De belangenbehartiging van de leden geschiedt op verschillende gebieden. Zij zorgt voor de tarieven en voor adviezen over goede praktijkvoering. Voorts voert de vereniging een vestigings-/spreidingsbeleid, organiseert zij bij- en nascholingscursussen voor haar leden en bevordert en ondersteunt zij onderzoek op wetenschappelijk gebied.

8.3. Taken en werkwijzen

De beschrijving van de taken van de oefentherapeut-Mensendieck zal in eerste instantie worden beperkt tot de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat oefentherapeuten-Mensendieck met name in deze sector werkzaam zijn. De taken in de tweedelijnsgezondheidszorg wijken niet wezenlijk af en zullen daarom kort worden besproken. Daar waar echter onderscheid bestaat tussen taken en werkwijze van eerstelijns en tweede- of derdelijns oefentherapeuten-Mensendieck zal worden getracht dit aan te geven.

8.3.1. Oefentherapie-Mensendieck in de eerstelijnsgezondheidszorg

De oefentherapeut-Mensendieck houdt zich bezig met het ontwikkelen, verbeteren en/of herstellen van de sensomotoriek, de houding en de bewegingsgewoonten. Het primaire doel van de oefentherapie-Mensendieck is de vermindering van pijn. De patiënt wordt geleerd gebruik te maken van zijn vermogen de eigen houding en beweging te observeren, te analyseren en te veranderen. Dit gebeurt met behulp van onder andere sensorische informatie en visuele informatie verkregen door het gebruik van spiegels. De essentie van de methode-Mensendieck bestaat in de wijze waarop de instructie tot correctie van houding en beweging gegeven wordt. Deze "mondelinge" instructie appelleert aan het verstandelijk inzicht van de leerling, die zo nauwkeurig mogelijk aanwijzingen voor een analytisch, anatomisch-

mechanisch begrip van de gewenste houding ontvangt (Buytendijk, 1981). De patiënt wordt geleerd zijn houding en beweging te ervaren als een willekeurig door hemzelf te beïnvloeden patroon. Er wordt niet uitgegaan van een gebrek, maar van de mens die moet leren zijn lichamelijke mogelijkheden uit te buiten en die moet leren leven met wat niet te veranderen is. De onderliggende behandelingsfilosofie is de patiënt zelf te betrekken bij het zoeken naar de oorzaak van zijn klachten en het voorkomen van deze klachten door middel van bewustmaking van de eigen houding en bewegingspatronen. Iedere verandering in het bewegingspatroon als gevolg van de oefeningen heeft zijn weerslag op het functioneren van het hele lichaam. De patiënt wordt gestimuleerd het geleerde toe te passen in het dagelijks leven. De behandeling is steeds individueel gericht. De oefeningen worden in de regel niet voorgedaan, maar (aangepast aan de patiënt) mondeling geïnstrueerd, zodat de patiënt al analyserend, voelend en kijkend de beweging goed leert uitvoeren. Aanvankelijk vindt de uitvoering van de bewegingen langzaam plaats, waardoor de bewustmaking wordt bevorderd en correctie en controle mogelijk worden gemaakt. Tijdens het oefenen van de bewegingen wordt veel aandacht besteed aan de samenhang tussen ademhaling en bewegen. Daarnaast vormt de bewuste ontspanning na iedere inspanning een belangrijk element van de oefentherapie. Ook spierversterking is een belangrijk element van de oefeningen. Het oefenen van de deelbewegingen gebeurt meestal statisch.

Het therapeutisch onderzoek en de anamnese omvatten het bevragen en bekijken van de lichaamshouding en de bewegingspatronen, observatie van de bewegingsmogelijkheden en nader onderzoek van de klachten aan het bewegingsapparaat. Aan de hand van de verkregen informatie wordt een gefaseerd behandelplan opgesteld, waarin per behandeling doelen worden gesteld en richtlijnen worden geformuleerd. Dit behandelplan wordt geëvalueerd en bijgesteld aan de hand van de reactie, de informatie en de subjectieve en objectieve verbetering van de patiënt.

De oefentherapeut-Mensendieck behandelt preventief en curatief. Dit gebeurt soms in teamverband met andere disciplines. Als gevolg van dit onderscheid zijn drie groepen patiënten/cliënten te onderscheiden, namelijk zogenaamde leerlingen (specifieke groepen cliënten zoals zwangeren, kinderen en bejaarden, de behandeling draagt een preventief karakter), patiënten met klachten van voorbijgaande aard (pijnbestrijding door middel van oefeningen) en patiënten met een blijvende handicap (aan de handicap aangepaste behandeling gericht op het zo goed mogelijk te kunnen verrichten van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en bovendien het stimuleren en behouden van niet gestoorde bewegingsfuncties). Veel voorkomende aandoeningen die worden behandeld door de oefentherapeut-Mensendieck zijn lage rugklachten, nek- en schouderklachten, gewrichtsklachten, houdingsafwijkingen, klachten van neurologische aard aan het bewegingsappa-

raat, ademhalingsklachten, resttoestanden na traumata en operaties en motorische achterstand bij kinderen.

Naast de genoemde taken (preventief en curatief handelen) zijn er nog een aantal werkzaamheden die tot het takenpakket van de oefentherapeut-Mensendieck behoren. Dit zijn onder andere taken als het onderhouden van de contacten met de verwijzend geneeskundige met betrekking tot de behandeling van de patiënt, de organisatie van de praktijkwerkzaamheden, het geven van onderwijs, voorlichting en advies, het evalueren van het eigen beroepsmatig handelen en het samenwerken met andere zorgverleners (Engels & de Jager, 1989).

8.3.2. Oefentherapie-Mensendieck in de tweedelijnsgezondheidszorg

In de intramurale gezondheidszorg kunnen oefentherapeuten-Mensendieck in dienstverband zijn bij algemene, categoriale en academische ziekenhuizen, in verpleeghuizen en in revalidatie- of reactiveringscentra. Meestal wordt er gewerkt op neurologische, orthopedische of psychogeriatrische afdelingen. Er kan echter ook poliklinisch gewerkt worden.

De daadwerkelijke werkzaamheden hangen sterk af van de werkplek, hoewel het accent ligt op curatieve en palliatieve werkzaamheden. In het professioneel statuut van de CAO voor het ziekenhuiswezen voor de oefentherapeut-Mensendieck is precies vastgelegd aan welke werkzaamheden de oefentherapeut medewerking dient te verlenen. Het betreft onder andere rapportage en overleg over het verloop van de behandeling met de verwijzend medicus, interdisciplinaire toetsing en intercollegiale toetsing. Over het algemeen werkt de oefentherapeut-Mensendieck binnen een (paramedisch) team, vaak met fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers en/of anderen. Daarnaast is bijvoorbeeld het bewaken van de identiteit van het eigen beroep binnen het behandelteam en het afstemmen van de behandeling van de patiënt met specialisten en andere zorgverleners middels gestructureerd overleg belangrijk.

8.3.3. Oefentherapie-Mensendieck in andere sectoren

Een ander terrein waarop oefentherapie-Mensendieck zich de afgelopen jaren heeft gericht is het bedrijfsleven. Oefentherapie-Mensendieck in het bedrijfsleven heeft tot doel het ontwerpen van een werkmethode, waaronder het steun- en bewegingsapparaat van de werknemer tijdens het uitvoeren van arbeidshandelingen zo economisch mogelijk wordt belast. Het oefenprogramma is vooral (secundair) preventief, omdat de werknemer beter leert omgaan met zijn lichaam tijdens en buiten het werk. De oefentherapie-Mensendieck sluit daarom uitstekend aan bij de ARBO-wet. De cursussen worden vooral gegeven op onderwijsinstellingen voor beroepsonderwijs en in het bedrijfsleven, al dan niet via de bedrijfsgezondheidsdiensten.

Andere werkterreinen zijn de begeleiding van musici en de behandeling van visueel gehandicapten, terwijl het basisonderwijs en de sport(blessures) terreinen in ontwikkeling zijn.

8.3.4. Relatie met verwijzers

Inzicht in de verwijscijfers naar oefentherapie-Mensendieck wordt geboden door gegevens uit het onderzoek van Balm & de Lange (1988). De meeste verwijzingen naar oefentherapie-Mensendieck komen van de huisarts (65%), de neuroloog (13%) en de orthopaed (13%). De meeste klachten zijn langdurig van aard.

In het rapport Kerngroep 2001 (N.V.O.M., 1989) wordt over de relatie met verwijzers opgemerkt dat de beroepsgroep nog niet gemakkelijk doordringt tot de verwijzers. Over de frequentie van de verwijzingen wordt opgemerkt dat een op de tien verwijzers meer dan tien keer per jaar verwijst.

8.4. Het gebruik van de zorg

De zorg van de oefentherapeut-Mensendieck is toegankelijk voor de patiënt nadat hij een schriftelijke verwijzing van een huisarts of medisch specialist heeft gekregen. In 1988 is in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck een inventariserend onderzoek verricht naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Balm & de Lange, 1988).

Het rapport van dit inventariserende onderzoek (Balm & de Lange, 1988) geeft een uitgebreide beschrijving van de patiëntenpopulaties van de praktijken. Aan het onderzoek hebben 35 oefentherapeuten-Mensendieck meegewerkt die informatie verschaften over 1129 patiënten. Er is per patiënt onder andere gekeken naar een aantal sociaal-demografische kenmerken, verwijzend arts, diagnose, aard, locatie en duur van klachten, de verandering van de klachten tijdens en na de oefentherapie, de behandeling, de informatievoorziening en zelfwerkzaamheid. Daarnaast hebben 680 van de 1129 patiënten informatie verschaft over hun behandeling door oefentherapie-Mensendieck. Dit gebeurde door middel van een aparte patiënten-enquête, waarbij naar het oordeel van de patiënt over de ernst van de klacht, de behandeling en de resultaten werd gevraagd.

8.4.1. Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten

Uit het onderzoek blijkt dat de patiëntenpopulatie van de onderzochte praktijken voor 68.2% uit vrouwen en voor 30.5% uit mannen bestaat. Het grootste percentage patiënten (zie tabel 2) is afkomstig uit de leeftijdsgroep van 16-25 jaar (26.6%). Het percentage gebruikers is het laagst voor de leeftijdsgroep van 15 jaar en jonger. Als deze verwijscijfers voor de leeftijds-

groep 0-15 jaar met die van oefentherapie-Cesar (12.5%) en fysiotherapie (2.7%) worden vergeleken, dan kan hieruit worden afgeleid dat artsen het preventieve effect van oefentherapie voor deze leeftijdsgroep onderkennen (Balm & de Lange, 1988).

Tabel 2: verdeling naar leeftijd van de patiëntenpopulaties van oefentherapie-Mensendieck, -Cesar en fysiotherapie (afgeleid uit: Balm & de Lange, 1988)

Leeftijd	percentage patiënten		
	Mensendieck	Cesar	Fysiotherapie
0-15 jaar	8.5	12.5	2.7
16-25 jaar	26.6	27.2	10.3
26-35 jaar	22.5	23.6	16.9
36-45 jaar	20.8	19.3	20.7
46-55 jaar	10.4	9.9	18.4
56 jaar en ouder	11.2	7.5	31.0
	100.0%	100.0%	100.0%

De verdeling van de patiëntenpopulatie uit hetzelfde onderzoek naar verzekeringsvorm liet zien dat 61% van de patiënten ziekenfondsverzekerd en 32% particulier verzekerd is.

Als naar de aard van de klachten wordt gekeken dan blijkt uit tabel 3 dat naar het oordeel van de therapeut ruim 80% van de mensen bij het begin van de therapie als voornaamste klacht pijn heeft. Van de patiënten heeft volgens de therapeut 30% pijn als nevenklacht.

Tabel 3: percentages voornaamste klachten en nevenklachten van patiënten naar het oordeel van de therapeut (N=1129) en de respondent (N=680) (Balm & de Lange, 1988)

Klacht	voornaamste klacht		nevenklacht	
	therapeut	respondent	therapeut	respondent
pijn	83.1	69.3	30.3	25.9
lichaamshouding	9.3	19.6	11.6	34.4
bewegingspatroon	1.2	1.9	2.9	8.7
beweging gewrichten	1.9	2.2	13.6	9.0
ademhaling	1.8	2.4	5.6	4.6
stress/spanningen	1.2	2.8	16.0	10.6
overige	1.2	0.6	6.4	0.4

Naar het oordeel van de patiënten is pijn voor 70% de voornaamste klacht en voor ruim 25% de nevenklacht. Dit ligt voor de hand daar het doel van de oefentherapeuten-Mensendieck vooral de vermindering van pijn is (Balm & de Lange, 1988). Met betrekking tot de door de artsen gestelde diagnoses komt naar voren dat artsen vooral mensen met houdingsafwijkingen,

rugklachten en aandoeningen van hoofd, nek en schouders verwijzen (Balm & de Lange, 1988).

Uit het onderzoek blijkt ook dat meer dan de helft van de onderzochte patiënten (N=680) eerder is behandeld met respectievelijk fysiotherapie (26.2%) en massage (25%) of met medicijnen (21%).

In het onderzoek naar oefentherapie-Mensendieck zijn naast gegevens over de patiëntenpopulaties, ook gegevens verzameld over een aantal aspecten die verband houden met de aard van de behandelingen. Uit de gegevens blijkt dat het aantal behandelingen gemiddeld 18.3 bedraagt. Bij ongeveer 45% van de patiënten is de behandeling na ongeveer drie maanden beëindigd en bij ongeveer 80% is dit na zes maanden het geval. De gemiddelde behandelingsduur is 4.6 maanden (Balm & de Lange, 1988). Verder blijkt uit het onderzoek dat ruim 85% van de patiënten tevreden is over de resultaten van oefentherapie-Mensendieck (Balm & de Lange, 1988).

Andere belangrijke resultaten van het onderzoek zijn voorts dat bij meer dan 80% van de mensen met pijn de klachten zijn afgenomen en dat de Mensendieck-patiënten opmerkelijk therapietrouw (doen van oefeningen, opvolgen van adviezen) zijn. Bovendien neemt volgens 50%-60% van de patiënten het inzicht in het ontstaan en voorkomen van de klachten aanzienlijk toe.

8.4.2. Classificatie en registratie

Met betrekking tot registratie kan worden opgemerkt dat waarschijnlijk in veel praktijken gegevens op de ouderwetse manier (schrift patiëntstatus, kaartsysteem) worden vastgelegd. De NVOM heeft een statuskaart ontwikkeld. Deze wordt echter slechts door ongeveer 1/3 van de oefentherapeuten-Mensendieck gebruikt.

Nauw verbonden met een goede registratie van gegevens is een classificatiesysteem. Met betrekking tot de oefentherapie-Mensendieck is tot nu toe weinig aandacht besteed aan classificatie. In het onderzoek van Balm & de Lange (1988) is bijvoorbeeld geen gebruik gemaakt van een geaccepteerd classificatiesysteem, zoals de ICPC of de ICDH. Recentelijk is door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie een project opgestart met als doel voor de bewegingsberoepen binnen de paramedische sector tot een eenduidig classificatiesysteem op basis van de ICDH te komen (S.W.S.F., 1990). In het onderzoek van het NIVEL zal voor het te ontwikkelen registratieformulier gebruik worden gemaakt van de ICDH. Gegevens uit dit onderzoek kunnen dan mogelijk als basis dienen voor de verdere ontwikkeling van een eenduidig classificatiesysteem binnen de paramedische sector.

8.5. Kwaliteit van de zorg

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is een maatschappelijke ontwikkeling die de komende jaren in toenemende mate van belang zal zijn voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het leveren van kwaliteit in de gezondheidszorg heeft altijd al tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar behoord. Het doel van de gezondheidszorg is uiteindelijk het bewerkstelligen van een zo goed mogelijke gezondheid van de bevolking.

In het beleidsplan 1990 van de NVOM worden aan kwaliteit twee aspecten onderscheiden, namelijk kwaliteit voor wat betreft de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar en kwaliteit ten aanzien van de inhoud van het beroep. Met betrekking tot het eerste aspect geldt dat het hier extra scholing en professionalisering betreft. Voor wat betreft de beroepsinhoudelijke kwaliteit liggen er een aantal taken voor de NVOM. Ten eerste het definiëren van kwaliteit van oefentherapie-Mensendieck en het vaststellen van criteria voor toetsing. Daarnaast moet een kwaliteitsbeleid worden opgesteld dat als handvat dient voor het bereiken en handhaven van de gewenste kwaliteit (Beleidsplan 1990, NVOM).

Naar de effecten van het therapeutisch handelen, en dan met name naar de resultaten van oefentherapeutische behandeling voor specifieke patiëntgroepen, is enig onderzoek verricht (Balm & de Lange, 1988). Uit dit onderzoek blijkt dat voor de in het onderzoek onderscheiden klachten (ernst pijn-, houdings-, bewegings-, gewrichts-, spanningsklachten en frequentie van de pijn) er een significante afname is. Over de mate waarin de oefentherapie-Mensendieck hieraan heeft bijgedragen kan echter geen uitspraak worden gedaan.

8.6. Kosten, regelingen en financieringen

Oefentherapie-Mensendieck is opgenomen in het pakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Dit vergroot de toegankelijkheid voor mensen met klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en houdt de kosten laag.

Het norminkomen van de vrijgevestigde oefentherapeuten-Mensendieck is door het Ministerie van Economische Zaken vastgesteld, op grond van artikel 15 van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Voor het vaststellen van het tarief wordt het kostenbudget van de praktijkvoering bij het norminkomen opgeteld. Over de hoogte van dit tarief wordt met de ziektekostenverzekeraars onderhandeld. Nadat overeenstemming is bereikt door NVOM en verzekeraars wordt dit voorgelegd aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, dat toetst of het tarief binnen de geldende richtlijnen tot stand is gekomen. Na goedkeuring door het COTG kan het tarief door

oefentherapeuten-Mensendieck aan de cliënt of patiënt worden berekend. Een tarief wordt in principe per jaar vastgesteld (Engels & de Jager, 1989). De oefentherapeuten-Mensendieck die intramuraal werken, maar niet in academische ziekenhuizen, vallen onder de CAO van het ziekenhuiswezen. In academische ziekenhuizen geldt de ambtenarenregeling (Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1989).

Wettelijke regelingen die van belang zijn voor de oefentherapie-Mensendieck zijn:

- * De Wet op de Paramedische Beroepen (1963) en het Besluit oefentherapeuten-Mensendieck (1972, 1979). In deze wet is onder andere geregeld dat een oefentherapeut-Mensendieck verplicht is zijn/haar bewijs van bevoegdheid ter registratie in te zenden bij de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid van de provincie waarin hij gaat werken. Ook is de belofte van geheimhouding in deze wet geregeld. Het Besluit regelt de wettelijke erkenning van het beroep.
- * Opname in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars (1974).
- * Definitieve wetsvoorstel BIG (1986). Deze wet heeft gevolgen voor de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg. In deze wet wordt het verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan de degenen die daartoe bij de wet zijn bevoegd verklaard, opgeheven. Dit geschiedt met een aantal uitzonderingen. Zo blijft het verrichten van een aantal handelingen, die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die de hulp inroepen, voorbehouden aan bij de wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren, die gerechtigd zijn tot het voeren van een titel. Bovendien bevat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden tot het stellen van eisen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een aantal specifieke punten. Daarin wordt ook voorzien in de Wet BIG. Tot slot voorziet de wet in een uniforme regeling voor de registratie van beroepsbeoefenaren, waarbij aan de registratie het stelsel van titelbescherming is gekoppeld.

8.7. Samenvatting

Oefentherapie-Mensendieck wordt beoefend in bijna alle sectoren van de gezondheidszorg. De beroepsgroep is met zijn bijna duizend beroepsbeoefenaren klein te noemen. Bijna alle beroepsbeoefenaren zijn vrouwen. Uit het geboden overzicht blijkt dat er voornamelijk onderzoek is verricht naar de samenstelling van de patiëntenpopulaties van praktijken oefentherapie-Mensendieck in de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit onderzoek zijn

gegevens verzameld over sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de klachten of aandoeningen waarmee zij oefentherapie-Mensendieck bezoeken en gegevens over het aantal behandelingen en de duur van de behandelperiode. Daarnaast zijn vanuit de beroepsvereniging gegevens beschikbaar over de samenstelling van de beroepsgroep.

Literatuur

- ARTSENFOLDER NEDERLANDSE VERENIGING VAN OEFENTHERAPEUTEN-MENSENDIECK - 1988. N.V.O.M., Utrecht
- BALM, M.F.K. - 1989. Oefentherapie-Mensendieck in integraal perspectief: Een synthese van lichamelijke oefening en gezondheidsopvoeding. Doctoraalscriptie Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam
- BALM, M.F.K. & LANGE, C.J. DE - 1988. Oefentherapie-Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. N.V.O.M., Utrecht
- BALM, M.F.K. & HEIJDEN, H. VAN DER - 1990. Discussiestuk 'Commissie Beroepsprofiel en Onderzoek' van de N.V.O.M. N.V.O.M., Utrecht
- BALM, M.F.K. & GIJSBERS, E.K.W. (aangeboden). Oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegingsgewoonten bij pijn
- BELEIDSPAN 1990. N.V.O.M., Utrecht
- BEROEPENGIDS ZORGSECTOR - 1990. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- BUYTENDIJK, F.J.J. - 1981. De Algemene Theorie der Menselijke Houding en Beweging en Mensendieck. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck, september 1981, p. 5-7
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1963. Advies inzake Heilgymnastiek Massage & Methode Mensendieck en Bewegingsleer Cesar
- ENGELS, O. & JAGER, J. DE - 1989). Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (gevalideerde versie). Enschede, Instituut voor Leerplanontwikkeling
- HASPER, H.C. - 1986. Rapport eerste-fase-onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Opleiding Oefentherapie Cesar, Den Dolder
- HASPER, H.C. & SMIT, J. - 1988. Rapport tweede-fase-onderzoek 1988 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Opleiding Oefentherapie Cesar, Den Dolder
- HASPER, H.C. - 1985. Verschillen tussen oefentherapieën. In: Cesar (mei 1985)
- HEIJ, P. (aangeboden). Naar een handelingstheoretische interventiestrategie. Een bijdrage aan de grondslagen van de oefentherapie-Mensendieck
- JAARVERSLAG N.V.O.M. - 1989. N.V.O.M., Utrecht
- JONKER-KAARS SIJPESTEYN, M.L. - 1984. De werkwijze van de oefentherapeut-Mensendieck. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck, juni 1985, p. 26-28
- JONKER-KAARS SIJPESTEYN, M.L. - 1988. De methode-Mensendieck. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht
- KERNGROEP 2001 - 1989. Onderzoeksrapportage Kerngroep 2001. Amsterdam/Utrecht, NVOM/Opleiding
- KINDEREN, A. DER - 1990. Mensendieck, geriatrie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck, juni 1990, p. 10-11
- LEKENFOLDER NEDERLANDSE VERENIGING VAN OEFENTHERAPEUTEN-MENSENDIECK - 1988. N.V.O.M., Utrecht
- MEIJER, K. - 1990. Oefentherapie en psychosomatiek. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie-Mensendieck, juni 1990, p. 14-17
- MIJN, W.B. VAN DER - 1989. Beroepenwetgeving in de Gezondheidszorg, Oefentherapeut-Mensendieck. Kluwer, Deventer, p. 147-149
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1988. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg, 1988
- MOLL, J.W. & ROO, A.A. DE - 1989. De podotherapeutische praktijk. 's Hertogenbosch, N.V.v.P.
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK - 1990. Kwaliteit van zorg: Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's Gravenhage, 1990
- STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE - 1990. Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen. Voorlopige resultaten van een enquête gehouden onder de drie beroepsgroepen (Cesar, Mensendieck en podotherapie). S.W.S.F., Amersfoort

- STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE - 1990. Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen. Verslag voorfase en subsidieaanvraag voor fase 1. Amersfoort, S.W.S.F., november 1990
- VOSKAMP-MEUSER BOURGOGNION, W. - 1980. Oefentherapeut-Mensendieck. In: Vademedicum Perimedicum: Een wegwijzer in het labrynt van beroepen rond de geneeskunde. Gestel, A.P.M. van, P.H. van Setten, A. de Wit (reds). Elsevier, Amsterdam/Brussel, p. 233-236
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Besluit oefentherapeuten-Mensendieck. Zesde druk, p. 165-187. Zwolle, Tjeenk-Willink

9. PODOTHERAPIE

9.1. Inleiding

Doel van dit stuk is het geven van een overzicht van het onderzoek dat tot nu toe verricht is naar podotherapie. Hierbij gaat de aandacht uit naar het aanbod van zorg, taken en werkwijze van de podotherapeut, het gebruik van zorg en de kwaliteit van zorg. Onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep blijft buiten beschouwing.

Podotherapie is ontstaan uit de overweging dat het uit diagnostisch en therapeutisch oogpunt zinvol is werkzaamheden op het gebied van voetaandoeningen in handen te geven van gespecialiseerde beroepsbeoefenaren. Volgens het podotherapeutenbesluit (1982) zal de podotherapeut patiënten met voetklachten therapeutisch onderzoeken en behandelen, teneinde de functionele beweeglijkheid van de voet te behouden of te verbeteren, en daardoor de gehele statiek van het lichaam gunstig te beïnvloeden. Podotherapie is een jong paramedisch beroep. Zo werd de opleiding voor podotherapie opgericht in 1982, het jaar van wettelijke erkenning van het beroep podotherapeut. Het feit dat het zo'n jong beroep is, is één van de redenen waarom onderzoek naar podotherapie in Nederland schaars is. Naast beschikbare gegevens uit onderzoek zal ter aanvulling geput worden uit andere literatuur zoals scripties, publikaties in vakbladen en nota's.

In de eerste paragraaf zal het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, etc) worden belicht. De tweede paragraaf betreft de taken, taakopvatting (indicatiegebieden) en werkwijze van de podotherapeut. De derde paragraaf gaat over de vraag naar, en het gebruik van zorg. Hierbij komt onder andere het klachtenpatroon aan bod, maar ook classificatie en registratie en verwijscijfers en determinanten worden behandeld. In de vierde paragraaf zal de kwaliteit van de zorg worden behandeld. Daarna volgt een paragraaf over kosten, financiering en regelingen op het gebied van de podotherapie. Tot slot wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van het onderzoek.

9.2. Het aanbod van zorg door podotherapeuten

Op het terrein van de behandeling van voetaandoeningen is een groot aantal medische en niet-medische beroepsgroepen actief (de Wit, 1985). Pedicure, chiropodist, podoloog, schoentherapeut, podo-kinesioloog, podo-orthesioloog en orthopedisch schoenmaker zijn enkele voorbeelden van beroe-

pen die actief zijn op het terrein van behandeling van de voeten. De Wit (1985) geeft een omschrijving van de inhoudelijke verschillen tussen deze beroepen. Ten opzichte van de podotherapie vormen de voetverzorgers (o.a. pedicure, podoloog, chiropodist) de belangrijkste beroepsgroep. In tegenstelling tot de podotherapeut, die in curatieve zin bezig is, zijn zij uitsluitend verzorgend en preventief bezig. Vergeleken met de andere beroepsgroepen die op het gebied van voet en schoen werkzaam zijn (ongeveer 20.000 beroepsbeoefenaren), vormt de podotherapie met zijn iets meer dan 100 beroepsbeoefenaren een kleine beroepsgroep.

9.2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep podotherapeuten

Binnen de paramedische sector vormen de podotherapeuten een betrekkelijk kleine beroepsgroep. Gegevens omtrent het precieze aantal beroepsbeoefenaren per 1 januari 1990 zijn er niet. In 1989 bedroeg het aantal leden van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (N.V.v.P.) 126 (Engels & de Jager, 1989). Volgens de adressenlijst van de N.V.v.P. (1990) bedraagt het aantal werkzame leden 118.

In 1989 verscheen een rapport van een inventariserend onderzoek naar de podotherapie (Moll & de Roo, 1989). Dit onderzoek is het enige onderzoek van omvang onder in Nederland werkzame podotherapeuten. Het bestond uit drie enquêtes, namelijk een enquête algemene praktijkgegevens van de podotherapeut, een enquête inhoud van de podotherapeutische praktijk en een patiëntenenquête. In tabel 1 staan enkele resultaten met betrekking tot geslachts- en leeftijdsverdeling van de podotherapeuten.

Tabel 1: geslachts- en leeftijdsverdeling van de (geënquêteerde) podotherapeuten (N=80) (Moll & de Roo, 1989)

Leeftijd	percentage podotherapeuten
mannen	21
vrouwen	79
jonger dan 30 jaar	55
30-45 jaar	32
ouder dan 45 jaar	13

Uit de tabel blijkt dat de onderzochte groep podotherapeuten voor bijna 80% uit vrouwen bestaat. Meer dan de helft van de podotherapeuten is jonger dan 30 jaar. Voorts bleek uit het onderzoek dat van de onderzochte podotherapeuten 82% een zelfstandige praktijk voert, 11% een maatschap met een andere podotherapeut of een fysiotherapeut heeft en 7% (part time) in dienstverband bij een instelling werkt. Van de geënquêteerden werkt bovendien 5% op meer dan één plaats (Moll & de Roo, 1989).

9.2.2. De geografische spreiding van podotherapeuten

De Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten voert een vestigingsbeleid dat erop is gericht de concentratie van podotherapeuten in een klein gebied te vermijden. De norm die wordt gehanteerd is één podotherapeut per 50.000 inwoners. Omdat podotherapeutische verrichtingen op enkele behandelingen na niet in aanmerking komen voor vergoeding door het ziekenfonds of ziektekostenverzekeraars, ontbreekt een praktische uitvoering van dit beleid, wat betekent dat er geen controle is op de norm van één podotherapeut per 50.000 inwoners, zodat er eigenlijk sprake is van vrije vestiging.

Podotherapeuten zijn onregelmatig over het land verspreid. De meeste podotherapeuten hebben zich, mede als gevolg van de oude en nieuwe vestigingsplaats van de opleiding (Zuid-Holland en Eindhoven), met name in Zuid-Holland en in de omgeving van Eindhoven gevestigd. In het noorden van het land, met name in Friesland, bevinden zich vrijwel geen podotherapeuten.

9.2.3. Praktijkvorm en praktijkorganisatie

De podotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg is hoofdzakelijk werkzaam in particuliere praktijken (\pm 90%). Uit het onderzoek van Moll & de Roo (1989) blijkt dat 6% van de geëncquêterde podotherapeuten gemiddeld minder dan 10 uur per week werkt, 24% tussen de 10 en 20 uur per week werkt en dat 70% meer dan 20 uur per week werkt.

Voor de inrichting van de praktijk heeft de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten minimum inrichtingseisen gesteld. De podotherapeut moet beschikken over gespecialiseerde apparatuur en materialen, zoals onder andere een onderzoeksbank en/of behandelstoel, apparatuur voor het meten van stands- en hoekafwijkingen en het maken van voetafdrukken, een podoscoop, instrumentarium en verschillende materialen die bij de behandeling van patiënten nodig zijn (Beroepsprofiel podotherapeut, 1989).

9.2.4. Opleiding en nascholing

In 1978 is de Stichting Experimentele Opleiding Chiropedie opgericht. In 1978 en 1979 werden telkens ongeveer 25 geselecteerde voetverzorgers tot deze eenjarige opleiding toegelaten. De mensen die de experimentele opleiding succesvol hadden afgesloten werden in 1982 in het kader van de Wet op de paramedische beroepen (podotherapeutenbesluit) erkend als podotherapeut. De huidige opleiding Podotherapie, opgericht in 1982 en gevestigd in Eindhoven, is een driejarige opleiding op HBO-niveau, met stageperiodes in het tweede en derde studiejaar. Het doel van de opleiding is vanzelfsprekend het opleiden van podotherapeuten. Daartoe worden studenten uitgerust met theoretische kennis, praktische en sociale vaardigheden en een attitude, die er op gericht is zelfstandig te kunnen functioneren

binnen de huidige gezondheidszorg. De opleiding mag maximaal 105 studenten omvatten.

De Hogeschool Eindhoven (opleiding podotherapie) verzorgt post-H.B.O. onderwijs om afgestudeerde podotherapeuten de kans te geven van nieuwe ontwikkelingen op de hoogte te blijven. Daarnaast worden door de Belgische Vereniging van Podologen onder andere biomechanica-cursussen verzorgd, waaraan ook Nederlandse podotherapeuten deelnemen.

9.2.5. Beroepsvereniging

De Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten werd in 1979 opgericht. Het doel van de vereniging is het behartigen van de gemeenschappelijke en individuele belangen van de leden en het bevorderen van de toepassing van de podotherapie. Daarnaast heeft de vereniging uiteraard ook een belangrijke bijdrage geleverd in het kader van de ontwikkeling van het beroep. Het merendeel (\pm 95%) van de afgestudeerde podotherapeuten is lid van de beroepsvereniging.

9.3. Taken en werkwijze

Bij de beschrijving van de taken van de podotherapeut zullen met name de taken in de eerstelijnsgezondheidszorg besproken worden, omdat, zoals in de vorige paragraaf duidelijk werd gemaakt, podotherapeuten voornamelijk in deze sector werkzaam zijn. De taken in de tweedelijnsgezondheidszorg wijken niet wezenlijk af en zullen daarom kort worden besproken.

9.3.1. Podotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg

De podotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg kan zich vrij vestigen, een samenwerkingsverband met collega's of andere paramedici aangaan en als medewerker in een praktijk werken (Engels & de Jager, 1989).

Zoals we al zagen zijn podotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg hoofdzakelijk in een zelfstandige praktijk werkzaam. Patiënten die gebruik willen maken van de podotherapie dienen een verwijzing te hebben gekregen van een de praktijk uitoefenende arts. Podotherapie is dus niet rechtstreeks toegankelijk. Het gebeurt echter regelmatig dat patiënten naar een podotherapeut gaan voor onderzoek en behandeling zonder dat ze in het bezit zijn van een verwijsbrief.

De podotherapeut houdt zich voornamelijk bezig met het toepassen van - niet operatieve- correcties aan voeten, nagels en tenen, met als doel een verkeerde stand hiervan te verbeteren en de functie van de voet te herstellen. De podotherapeut doet in de meeste gevallen een uitgebreid voetonderzoek om de oorzaak van de klacht op te sporen. Daarna wordt een behandelplan opgesteld en de therapie bepaald. Hulpmiddelen die bij de

therapie gebruikt worden zijn corrigerende en stimulerende zolen van soepel leer, opgebouwd uit elementen van kurk en/of rubber, die individueel worden aangemeten en eigenhandig door de podotherapeut worden vervaardigd en (protectieve) orthesen (hulpstukjes op maat) om bijvoorbeeld verkeerd gegroeide tenen in de juiste stand te zetten en te houden. Voor ingegroeide nagels wordt aan de hand van een afdruk van de nagel een beugel vervaardigd die om de nagel heen gaat. Ook geeft de podotherapeut voorlichting over goede voethegiëne en goed passend schoeisel, waarmee hij eigenlijk preventief werk verricht. Tijdens of na de behandeling wordt aan de verwijzer een schriftelijke of mondelinge (voortgangs)rapportage uitgebracht.

Veel voorkomende klachten aan de voet die door de podotherapeut kunnen worden behandeld zijn pijn- en vermoeidheidsklachten, standsafwijkingen, voorvoet- en teenklachten, huidaandoeningen, nagelaandoeningen en -klachten, afwijkende looppatronen en afwijkende schoenslijtage. Op dit moment is bovendien duidelijk een ontwikkeling gaande, waarbij vanuit de medische wereld het verzoek komt om mensen met knie-, heup-, rug-, nek-, en/of hoofdpijnklachten te onderzoeken op de mogelijke relatie van de functionaliteit van de voet met klachten in de hogere delen van het lichaam. Als dan inderdaad voetafwijkingen worden geconstateerd, moet men overleggen met de betreffende verwijzer, die op zijn beurt om een podotherapeutische behandeling kan verzoeken.

Taken die tot het takenpakket van de podotherapeut behoren, zijn onder andere taken met betrekking tot de organisatie van de praktijkwerkzaamheden, het geven van onderwijs, voorlichting en advies, het evalueren van het eigen beroepsmatig handelen en het samenwerken met andere zorgverleners (Beroepsprofiel Podotherapeut, 1989).

9.3.2. Podotherapie in de tweedelijnsgezondheidszorg

Door een toenemende bekendheid met de mogelijkheden van podotherapeutische behandelingen wordt de podotherapeut steeds vaker in de tweedelijnsgezondheidszorg ingepast (Beroepsprofiel podotherapeut, 1989). De podotherapeut kan in de tweedelijnsgezondheidszorg onder andere werken in poliklinieken van ziekenhuizen, in verpleeghuizen, zwakzinnigeninstituten en revalidatiecentra. In de intramurale gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld al met diabetespatiënten en reumapatiënten gewerkt.

De podotherapeut ontvangt leiding van het hoofd van de afdeling waaronder hij valt. Voor de podotherapeut die werkzaam is in dienstverband gelden in eerste instantie de (gedrags-)regels die voortvloeien uit het dienstverband. Echter, deze mogen niet in strijd zijn met de wettelijke bepalingen en de gedragscodes voor podotherapeuten. Sommige therapeuten werken op contractbasis, zodat ze bijvoorbeeld alleen voor onderzoek en consultatie in de instelling komen, terwijl de feitelijke behandeling in de eigen praktijk plaatsvindt. De podotherapeut is belast met het onderzoeken, behan-

delen en begeleiden van patiënten. Hij legt onderzoeks- en behandelgegevens vast en rapporteert deze aan de behandelend arts. Indien de podotherapeut deel uitmaakt van een behandelteam, worden de patiëntgegevens met de verschillende behandelaars geëvalueerd en wordt een totaalplan opgesteld. Daarin behoudt de podotherapeut zijn eigen verantwoordelijkheid.

9.3.3. Relatie met verwijzers

Uit tabel 2 blijkt dat volgens de podotherapeut de meeste patiënten via de huisarts worden verwezen, terwijl de meeste patiënten zelf aangeven dat ze uit eigen initiatief komen.

Tabel 2: verwijzingen naar de podotherapeut

verwijzer	percentage verwezen patiënten volgens podotherapeut (N=757)	percentage verwezen patiënten volgens patiënten (N=222)
huisarts	56	41
medisch specialist	24	10
totaal zonder verwijzing:	33	87
eigen initiatief	10	60
andere paramedicus	8	11
voetverzorger	10	10
anders	5	6
Totaal percentage	113%	138%

Bovendien is het percentage patiënten dat volgens de podotherapeut zonder verwijzing komt aanzienlijk (33%), terwijl patiënten zelf aangeven zeer vaak zonder een verwijzing te komen (87%). Het totale percentage ligt boven de 100% omdat een aantal van de patiënten aangaf door meer dan één persoon op podotherapie te zijn geattendeerd. Omdat de meeste podotherapeutische behandelingen niet door de ziekenfondsen of de ziektekostenverzekeraars worden vergoed, nemen patiënten veelal de moeite niet om een verwijsbriefje te halen bij de arts, tenzij de podotherapeut er uitdrukkelijk om vraagt (Moll & de Roo, 1989).

9.4. Het gebruik van de zorg

In het onderzoek van Moll & de Roo (1989) zijn ook gegevens verzameld over het gebruik van zorg, zoals klachten en sociaal-demografische kenmerken van de patiënten. Bij het onderzoek naar klachten/aandoeningen van gebruikers van podotherapeutische zorg is echter geen gebruik gemaakt van een geaccepteerd classificatiesysteem, zoals de ICDH. De oorzaak

hiervan ligt in het feit dat er geen classificatie **bestaat** voor aandoeningen aan de voeten.

9.4.1. Klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten

Per jaar worden door podotherapeuten in Nederland ongeveer 20.000 patiënten behandeld. Dit aantal vormt slechts een klein deel van het totale aantal mensen met voetaandoeningen. Bij een verdeling naar beroep bestaat de patiëntenpopulatie voor 30% uit huisvrouwen, voor 29% uit mensen die geen beroep aangaven.

Wanneer de patiëntenpopulatie wordt verdeeld naar leeftijd (zie tabel 3), blijkt dat het hoogste percentage patiënten uit de leeftijdsgroep 45-64 jaar komt. Een verklaring hiervoor is dat mensen uit deze leeftijdsgroep tot de eerste generatie behoren die een heel leven lang op confectieschoeisel hebben gelopen, waardoor de kans op voetklachten groter wordt. Bovendien geldt in het algemeen dat met het ouder worden voetklachten toenemen (Moll & de Roo, 1989).

Tabel 3: verdeling naar leeftijd en geslacht van de patiëntenpopulatie van podotherapie (N=745)

Leeftijd	podotherapie
0-14 jaar	8%
15-29 jaar	14%
30-44 jaar	22%
45-64 jaar	35%
65 jaar en ouder	21%
	100%
M man = 38 jaar	% man = 28%
M vrouw = 49 jaar	% vrouw = 72%

De verdeling van de patiëntenpopulatie naar geslacht laat zien dat deze voor 28% uit mannen bestaat en voor 72% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 38 jaar en de gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 49 jaar.

Uit de gegevens van Moll & de Roo (1989) blijkt dat 76% van de behandelde patiënten niet is verzekerd voor podotherapie, 13% gedeeltelijk is verzekerd en dat 11% volledig is verzekerd voor podotherapie.

Tabel 4: klachten waarvoor de ondervraagde patiënten de podotherapeut raadplegen (N=224) (Moll & de Roo, 1989)

Klachten	percentage patiënten met deze klacht
Moeilijkheden met lopen of staan	53%
Pijnlijke voeten	49%
Misvormingen, standsafwijkingen	32%
Rug-, nek-, knie-, heup- en beenklachten	32%
Voorvoetklachten (tenen, nagels)	30%
Likdoorns, eelt, etc.	25%
Enkelklachten, zwikken	9%
Overige klachten uit voorzorg	8%

In tabel 4 staat een overzicht van de klachten die voor de patiënten de directe aanleiding vormden om een podotherapeut te raadplegen. Ook in deze tabel is het totaal weer meer dan 100% omdat veel patiënten aangeven de podotherapeut voor meer dan één klacht te raadplegen (Moll & de Roo, 1989, p. 22). Uit de tabel blijkt dat de meeste patiënten problemen hebben met lopen of staan, pijnlijke voeten hebben of misvormingen of standsafwijkingen kan de voet hebben.

Tabel 5: aandoeningen geconstateerd door de podotherapeut bij de patiënten (N=755) (Moll & de Roo, 1989)

Klachten	percentage patiënten met deze klacht
Standsafwijking achtervoet	41%
Standsafwijking voorvoet	39%
Andere standsafwijking tenen	24%
Hallux valgus	17%
Nagelaandoening	15%
Likdoorn	14%
Overtollig eelt	14%
Andere standsafwijking	12%

De door de podotherapeut geconstateerde aandoeningen bij de patiënten staan in tabel 5. Bij deze percentages moet worden opgemerkt dat het totaal ook in deze tabel meer bedraagt dan 100%. De oorzaak hiervoor ligt in het feit dat per patiënt meerdere aandoeningen kunnen worden geconstateerd.

De belangrijkste oorzaak voor de klachten is volgens de podotherapeuten overbelasting en overgewicht (37%). Standsafwijkingen (aangeboren en verworven) komen vervolgens met 33% en verder is het dragen van verkeerd of te klein schoeisel (23%) een belangrijke oorzaak.

9.4.2. Classificatie en registratie

Over het onderwerp classificatie is weinig tot niets te vinden in de literatuur met betrekking tot podotherapie. Aandoeningen aan de voet worden in de officiële classificatie van ziekten meestal als reumatische aandoeningen,

trauma's, misvormingen en dermatologische klachten geregistreerd, hoewel dit soort aandoeningen en klachten ook in andere delen van het lichaam kunnen worden aangetroffen.

Met betrekking tot registratie kan worden volstaan met de opmerking dat hierover niets bekend is.

9.5. Kwaliteit van zorg

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is een maatschappelijke ontwikkeling die de komende jaren in toenemende mate van belang zal zijn voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het leveren van kwaliteit in de gezondheidszorg heeft altijd al tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar behoord. Het doel van de gezondheidszorg is uiteindelijk het bewerkstelligen van een zo goed mogelijke gezondheid van de bevolking.

Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg gaan er binnen de beroepsgroep geluiden op dat de podotherapeut zijn positie in de gezondheidszorg alleen maar kan verbeteren door de kwaliteit van zijn werk te vergroten en zijn kennis te verbreden. Met name met het oog op ontwikkelingen vanuit andere beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, voetverzorgers en orthopaedisch schoenmakers, die binnen het kader van alternatieve geneeswijzen de voet als aangrijpingspunt hebben om hun behandeldoelen te bereiken, kan de podotherapeut zijn concurrentiepositie alleen maar versterken door de kwaliteit te verhogen. Daarnaast speelt ook een rol dat ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen nog steeds een aantal podotherapeutische behandelingen niet in hun pakket hebben opgenomen, hoewel podotherapie sinds 1982 een officieel paramedisch beroep is. Als we hierbij ook de ontwikkelingen in het kader van het Plan-Dekker en het Plan-Simons in ogenschouw nemen, hebben podotherapeuten er alle belang bij dat er binnen afzienbare tijd betrouwbare meetcriteria worden ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van de door hen geboden zorg kan worden vastgesteld.

9.6. Kosten, regelingen en financieringen

Bepaalde behandelingen worden niet vergoed door ziekenfondsen, terwijl de ziektekostenverzekeraars in ruimere mate behandelingen vergoeden. Een behandeling, bestaande uit een uitgebreid onderzoek en het maken van podotherapeutische zolen, kost meestal zo'n 200 à 300 gulden. Reparatie, onderhoud en controle kosten enige tientallen guldens. Het aanmeten van nieuwe zolen kost ongeveer 150 gulden. De kosten voor het maken van orthesen en het behandelen van ingegroeide nagels zijn lager. Voor behan-

deling van diabetes- en reumapatiënten geven ziekenfondsen doorgaans een vaste vergoeding.

De podotherapie is een beroep dat evenals vele andere paramedische beroepen op twee pijlers rust, namelijk ondersteuning van het gezonde individu, preventie dus, en behandeling van patiënten (de curatieve en paramedische zijde van het beroep). Omdat een deel van de werkzaamheden ligt op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst, krijgt de podotherapeut zijn patiënten op verwijzing door een de praktijk uitoefenende geneeskundige. Maar ook de in de gezondheidszorg merkbare verschuiving in de richting van eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en patiënt (Nota 2000) is voor de podotherapeut van belang. Deze ontwikkeling, die een appèl doet op iedere hulpvrager, past goed in de op medewerking van de patiënt gebaseerde therapiemogelijkheden. Het een en ander heeft duidelijke consequenties voor een aantal taakgebieden van de podotherapeut.

Podotherapie neemt binnen de gezondheidszorg een merkwaardige plaats in. Aan de ene kant is er de erkenning volgens de Wet op de Paramedische Beroepen. Aan de andere kant blijft opneming in het ziekenfondspakket uit. Dit is de reden waarom veel huisartsen hun patiënten nog niet naar een podotherapeut (kunnen) verwijzen.

De relevante juridische regelingen met betrekking tot de ontwikkeling van het beroep en de uitoefening van de podotherapie zijn:

- * De Wet op de Paramedische Beroepen (1963). Na de totstandkoming van deze wet is aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies gevraagd over de regeling van behandeling van voetaandoeningen, die door pedicures werden verricht.
- * Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1970). In dit advies sprak de Raad uit dat een groep pedicures (chiropodisten) ook handelingen verricht die liggen op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst. Met het oog op het belang van de volksgezondheid was een regeling noodzakelijk. De Raad gaf daarbij aan welke handelingen naar zijn mening tot de inhoud van het beroep zouden moeten worden gerekend. Ook vond de Raad het noodzakelijk dat er een geheel nieuwe, uniforme opleiding tot chiropodist zou komen, die op een hoger niveau moest liggen dan één der bestaande voetverzorgingsopleidingen.
- * De Commissie van Advies voor het beroep van chiropodist werd in 1972 ingesteld bij Koninklijk Besluit. Deze commissie moest een advies opstellen omtrent de inhoud van een Algemene Maatregel van Bestuur, waarin het paramedische beroep van chiropodist werd geregeld. Het advies werd in 1980 uitgebracht. De Commissie vond dat er een duidelijk onderscheid diende te ontstaan tussen voetbehandeling (het paramedische beroep) en voetverzorging.
- * Het Podotherapeutenbesluit (1982). Hierin werd de wettelijke erkenning van het paramedische beroep podotherapeut geregeld.

* het definitieve wetsvoorstel Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG, 1986) die gevolgen zal hebben voor de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg. In deze wet wordt het verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan de degenen die daartoe bij de wet zijn bevoegd verklaard, opgeheven. Dit geschiedt met een aantal uitzonderingen. Zo blijft het verrichten van een aantal handelingen, die, als zij worden verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's zouden opleveren voor de gezondheid of het leven van degenen die de hulp inroepen, voorbehouden aan bij de wet aangewezen groepen van deskundige beroepsbeoefenaren, die gerechtigd zijn tot het voeren van een titel. Bovendien bevat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden tot het stellen van aan eisen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een aantal specifieke punten. Daarin wordt ook voorzien in de Wet BIG. Tot slot voorziet de wet in een uniforme regeling voor de registratie van beroepsbeoefenaren, waarbij aan de registratie het stelsel van titelbescherming is gekoppeld (Engels & de Jager, 1989).

9.7. Samenvatting

Podotherapie is een jong beroep. Het wordt vrijwel uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg beoefend. De beroepsgroep is met zijn iets meer dan honderd beroepsbeoefenaren niet groot, zeker niet ten opzichte van andere voetverzorgers.

Uit het geboden overzicht blijkt dat er één onderzoek is verricht naar de samenstelling van de patiëntenpopulaties van praktijken podotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de klachten of aandoeningen waarmee zij de podotherapeut bezoeken. Daarnaast zijn vanuit de beroepsvereniging gegevens beschikbaar over de samenstelling van de beroepsgroep.

Literatuur

- AULBERS, B.J.M. - 1987. Voetklachten in een huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, 30, 1987, p. 38-40
- COENEN, M. & HEUS, M. DE - 1990. Onderzoek en behandelen. Studierichting Podotherapie, Eindhoven
- DEKKER, E. - 1981. Podotherapie: Een verslag van een voordracht, 10 oktober 1981. Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck, december 1981, p. 14-19
- ENGELS, O. & JAGER, J. DE - 1989. Beroepsprofiel podotherapeut. Instituut voor Leerplanontwikkeling, Enschede
- MIJN, W.B. VAN DER - 1989. Beroepenwetgeving in de Gezondheidszorg, Podotherapeut. Kluwer, Deventer, p. 158-159
- MOLL, J.W. & ROO, A.A. DE - 1989. De podotherapeutische praktijk. N.V.v.P., 's Hertogenbosch
- WIT, A. DE - 1985. Veel zorg om voeten. Medisch Contact, 10, 1985, p. 40
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Podotherapeutenbesluit. Zesde druk, p. 213-235. Zwolle, Tjeenk-Willink

BIJLAGE 1: Gesprekspartners

De gesprekspartners waren afkomstig uit vier sectoren:

1. Beroepsverenigingen en opleidingen
 - mevrouw A. de Vries-van Dijk, Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
 - mevrouw H. van Bruggen, Hogeschool van Amsterdam, afdeling ergotherapie
 - mevrouw A. Kinébanian, Hogeschool van Amsterdam, afdeling ergotherapie
 - de heer B.J.E. Mondelaers, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
 - de heer W. van Praag, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
 - mevrouw M. Machielsen, Stichting Kwaliteitsbevordering Logopedie
 - mevrouw S.W. van Straaten-Kerkhof, Vereniging Bewegingsleer Cesar
 - mevrouw Drs. H. Hasper, opleiding Cesar
 - de heer Drs. M. Balm, Nederlandse Vereniging Oefentherapie Mensendieck
 - mevrouw A.M.C. Manhoudt-Bierhoff, Nederlandse Vereniging voor Podotherapie
 - mevrouw M. de Heus, Hogeschool Eindhoven, afdeling podotherapie
2. Het Minsiterie van WVC en de Geneeskundige Hoofdinspectie
 - de heer Mr. F. Boon, Ministerie van WVC
 - de heer Drs. R. Dingjan, Ministerie van WVC
 - mevrouw Drs. I. Jansen, Ministerie van WVC
 - de heer K. Klom, Ministerie van WVC
 - de heer Th. Koekenbier, Geneeskundige Hoofdinspectie
3. De Ziekenfondsraad
 - de heer A. Boer, arts
 - de heer Drs. J.H. Jansen
 - mevrouw Mr. G.L.M. Romijn-Liem
4. Onderzoeks- en ontwikkelingsinstellingen
 - de heer Prof.Dr. R.A.B. Oostendorp, Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie

- mevrouw H.W.A. Wams, Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie
- de heer Dr. L. Bouter, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep epidemiologie
- de heer Dr. P. Touw, Centraal Begeleidingsorgaan Onderlinge Toetsing
- de heer W. den Hartog, Centraal Begeleidingsorgaan Onderlinge Toetsing

BIJLAGE 2: Interview programmeringsstudie

Programmering van onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen: oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, podotherapie, ergotherapie en logopedie

Achtergrond en doelstelling

Veel paramedische beroepen worden gekenmerkt door het ontbreken van een onderzoekstraditie. De kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, kan voor het grootste gedeelte worden gekarakteriseerd als ervaringskennis, zonder dat sprake is van een systematische toetsing en verdieping van de kennis. Om hier verandering in te brengen worden in toenemende mate initiatieven ontplooid met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek. Middels onderzoek beoogt men de uitoefening van het beroep beter te funderen.

De initiatieven voor onderzoek zijn afkomstig van diverse groeperingen en instanties. Deze initiatieven vertonen weinig samenhang of afstemming, hetgeen het risico met zich meebrengt van gefragmenteerd onderzoek. In een situatie waarin samenhang en afstemming ontbreken is het niet denkbeeldig dat stagnatie van het onderzoek optreedt.

Om deze situatie te voorkomen is door het Ministerie van WVC opdracht verleend tot een programmeringsstudie op het gebied van enkele paramedische beroepen, te weten oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie, ergotherapie en logopedie. Deze opdracht is verleend aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het doel van deze programmeringsstudie is enerzijds een overzicht te geven van onderzoek, dat op het gebied van deze beroepen verricht is. Anderzijds is het doel aanbevelingen te formuleren voor toekomstig onderzoek.

De programmeringsstudie heeft betrekking op onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg. Fundamenteel onderzoek naar aandoeningen en interventies komt niet of slechts zijdelings aan de orde. Tot het bereik van het project behoort onderzoek naar het aanbod van zorg (omvang en samenstelling van de beroepsgroep, geografische spreiding, praktijkvorm en -organisatie, opleiding en nascholing), taken en werkwijze (werkzaamheden, aard van behandelingen, relatie met verwijzers), het gebruik van zorg (klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten, classificatie en registratie, verwijscijfers en determinanten daarvan) en kwaliteit van de zorg (onderlinge toetsing, procesevaluatie, effectonderzoek). Bij het opstellen van aanbevelingen voor toekomstig onderzoek zijn twee perspectieven van belang. Het betreft het perspectief van beleidsmatige ontwikkelingen ten aanzien

van de gezondheidszorg. Daarnaast is er het perspectief van inhoudelijke lacunes in de bestaande kennis.

In het kader van deze programmeringsstudie zullen interviews gehouden worden met sleutelfiguren in het veld. Het doel van deze interviews is te komen tot een inventarisatie van de gedachtenvorming omtrent onderzoek op het gebied van de genoemde paramedische beroepen. Een nevendoeel van deze interviews is het completeren van het overzicht over onderzoek dat reeds is verricht. Deze interviews zullen gehouden worden met personen uit de beroepsgroepen, overheid en onderwijs-/onderzoeksinstituten, die nauw betrokken zijn bij onderzoeken en initiatieven daartoe.

Hieronder volgt een vijftal vragen aan de hand waarvan de interviews met de sleutelfiguren gehouden zullen worden. Aan de geïnterviewden wordt gevraagd ter voorbereiding op het interview hun gedachten over deze vragen te laten gaan.

Vragen

1. Aan welke **onderwerpen** dient prioriteit gegeven te worden bij het verrichten van onderzoek op het gebied van genoemde paramedische beroepen?

Zoals vermeld wordt het kader voor het beantwoorden van deze vraag gevormd door enerzijds inhoudelijke lacunes in de bestaande kennis en anderzijds beleidsmatige ontwikkelingen ten aanzien van de gezondheidszorg. Gelieve niet meer dan drie onderwerpen aan te geven.

Mogelijke onderwerpen:

- functie en plaats van de betreffende paramedische beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg; vraag/aanbod relaties op het gebied van de betreffende paramedische beroepen (de vraagstellingen kunnen zowel een beschrijvend als een innovatief karakter hebben).
- classificatie, registratie en diagnostiek van aandoeningen.
- effecten van behandelingen (de vraagstellingen kunnen zowel een structureel als een meer toegespitst beroepsinhoudelijk karakter hebben; tevens kunnen verschillende typen effect onderzocht worden).
- preventieve aspecten (vraagstellingen met betrekking tot de aard en de effecten van preventie).
- kwaliteit van zorg (vraagstellingen kunnen op het vlak van structuur, proces of uitkomst liggen)
- aanbod van zorg (vraagstellingen met betrekking tot omvang, samenstelling, opleiding en nascholing)
- financiering en erkenning van zorg.
- samenhang, samenwerking en afgrenzing tussen (para)medische beroepsbeoefenaren.

- de relatie tussen (medische) verwijzers en de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren.
- de opleiding, bij- en nascholing van de betreffende paramedische beroepsbeoefenaren.
- de positie van de betreffende paramedische beroepen in het buitenland (Europa, e.d.)

2. Uit welk **kader** dienen de onderzoeksvragen afgeleid te worden?

Het gaat hier zowel om theoretische als beleidsmatige begrippenkaders, waarbinnen het onderzoek gesitueerd wordt.

(Voorbeelden van dergelijke kaders zijn: de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) als kader van onderzoek voor classificatie/registratie/diagnostiek; het streven naar 'care' als kader voor effectonderzoek; etc)

3. Aan welke **onderzoeksmethoden** dient de voorkeur te worden gegeven?

Bij het beantwoorden van deze vraag is het van belang rekening te houden met de stand van kennis en met de mogelijkheden en beperkingen van het verzamelen van gegevens. Enkele aspecten van de onderzoeksmethoden zijn:

- het onderzoeksontwerp (beschrijvend onderzoek, dwarsdoorsnede onderzoek, beloopstudies, 'randomized trials', longitudinaal onderzoek.
- setting waarin gegevens verzameld worden (eerste of tweede lijn; reguliere praktijk of speciale projecten; voorwaarden voor dataverzameling)
- meetinstrumenten

4. Op welke wijze kan het onderzoek **structureel ingebed** worden?

Bij het beantwoorden van deze vraag is het van belang rekening te houden met enerzijds het al of niet bestaan van een onderzoekstraditie en de aard van deze traditie: een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van onderzoek is het bestaan van een onderzoekstraditie binnen de betreffende instelling. Meer expliciet gezegd: het is van belang rekening te houden met de overeenkomsten en verschillen in de onderzoekstraditie van universiteiten, HBO-instellingen en onderzoeksinstituten.

Anderzijds is het van belang hoe het onderzoek gefinancierd wordt: na een periode waarin onderzoek op gang gebracht wordt na min of meer eenmalige subsidie zal gezocht moeten worden naar meer structurele vormen van financiering.

5. Zijn er **aanvullingen** nodig op het bijgevoegde overzicht van reeds verricht onderzoek?
Welke onderzoeken verkeren thans in de fase van uitvoering?

