

BIBLIOGRAFIE

DE FYSIOTHERAPEUT

pk
postbus 1000
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

17 JULI 1987

Samenstelling: K. Dijkhuis

mei 1987

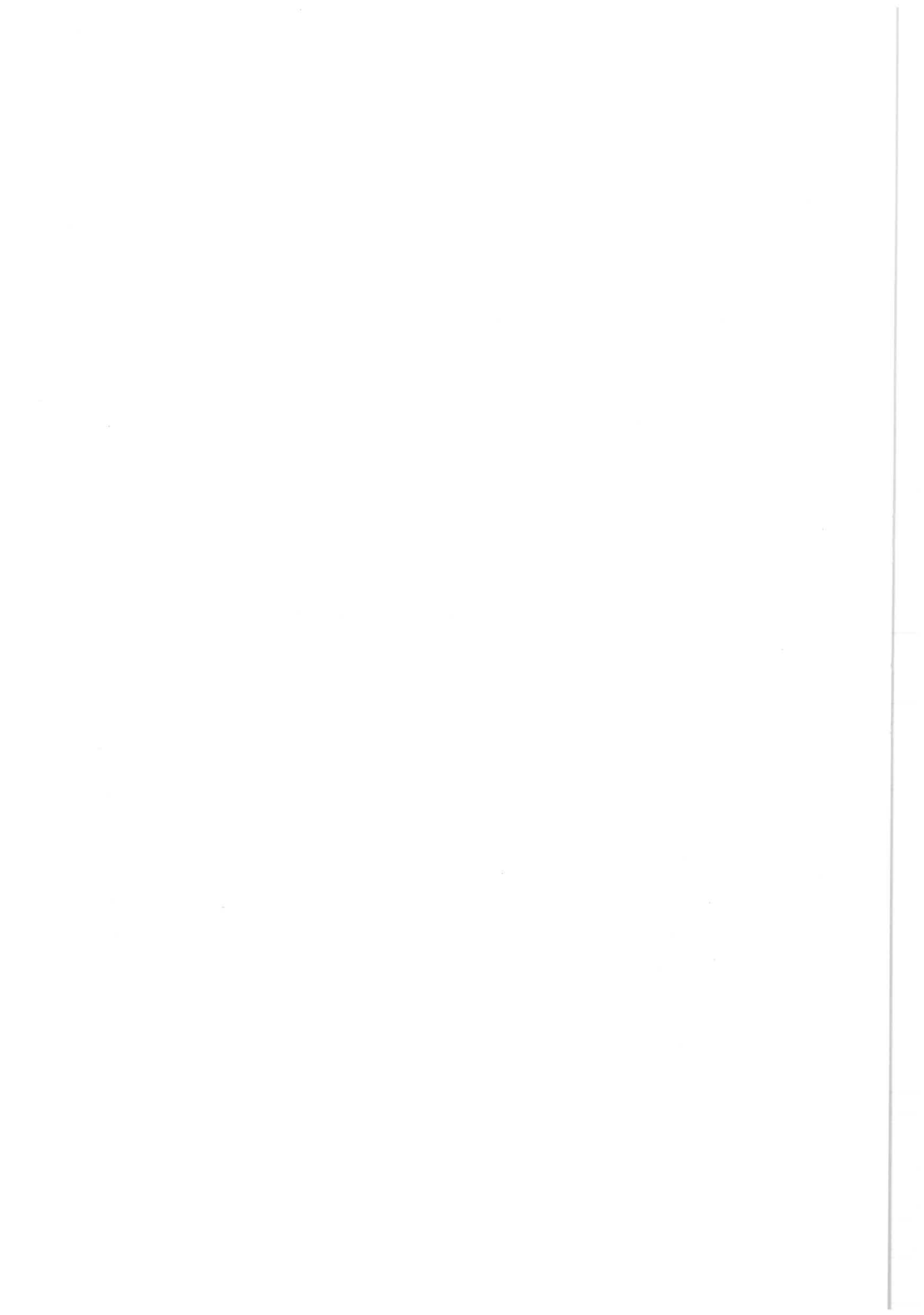
De bibliografie "De Fysiotherapeut" is een publicatie die deel uit maakt van een serie van maandelijks uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), postbus 1568, 3500 BN Utrecht, telefoon: 030-319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00-16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	v
Gebruiksaanwijzing	xxvi
Verantwoording	xxvii
1. Algemeen	1
2. Overheidsbeleid, regelingen en financiering	11
3. Organisatie, vestiging en werkgelegenheid	22
4. Opleiding	28
5. Samenwerking en praktijkvorm	32
5.1 Algemeen	32
5.2 Relatie huisarts-fysiotherapeut	36
5.3 Integratie in gezondheidscentra	41
6. Gebruik van fysiotherapeutische zorg	45
7. Kwaliteit van de fysiotherapie	49
7.1 Effectmeting	49
7.2 Toetsing	59
7.3 Na- en bijscholing	70
8. Onderzoek	76
9. Buitenland	78
9.1 Algemeen	78
9.2 Overheidsbeleid, regelingen en financiering	88
9.3 Opleiding	95
9.4 Werkwijze en praktijkvorm	103
Auteursindex	110
Bronnen	117



INLEIDING

In de inleiding is aan de hand van de hoofdstuk-indeling, getracht de hoofdlijnen zoals die uit de verzamelde literatuur naar voren komen, weer te geven. Daarbij wordt regelmatig verwezen naar de publicaties (auteur+nummer), die als bron voor de tekst hebben gefungeerd.

1. ALGEMEEN

In dit algemene hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: samenstelling van de beroepsgroep; beroepsomschrijving; benadering van klachten; beroepsethiek en tenslotte preventie.

Beroepsgroep

Het in februari 1985 gestarte registratieproject fysiotherapeuten van het NIVEL levert onder andere de volgende gegevens over de beroepsgroep op (Hingstman; Boon, no. 28) :

- Per 1-1-85 zijn er 8.952 fysiotherapeuten extra-muraal werkzaam (inclusief heilgymnasten). Hoewel de schattingen van het aantal fysiotherapeuten in voorgaande jaren onderling nogal verschillen, kan worden geconstateerd dat het aantal aanzienlijk is toegenomen. In 1979 bijvoorbeeld variëren de schattingen van 3.600 tot 5.000 fysiotherapeuten. De groei van het aantal fysiotherapeuten kan tevens worden afgeleid uit het aantal leden van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (verv.: NGF of genootschap). Het ledental van het NGF is sinds 1970 meer dan verdubbeld.

- De man-vrouw verdeling onder fysiotherapeuten blijkt nagenoeg in evenwicht (48% is vrouw). Van de heilgymnasten/masseurs is echter 76% vrouw. Toen het in 1965 voor heilgymnasten mogelijk werd hun diploma via het aanvullende diploma fysiotechniek, om te zetten in het fysiotherapie-diploma, hebben vrouwen daar blijkbaar minder gebruik van gemaakt. Onder fysiotherapeuten en heilgymnasten tezamen worden meer mannelijke prak-

tijkhouders geregistreerd (57,8%) dan vrouwelijke (26,9%).

- De leeftijdsopbouw van de beroepsgroep sluit aan bij de recente toename in aantal werkzamen. Ruim 81% van alle fysiotherapeuten is jonger dan 40 jaar, slechts 3% is ouder dan 55 jaar.

Beroepsomschrijving

Binnen het NGF is jaren gesproken over en gewerkt aan een beroepsomschrijving fysiotherapie, waarin de hulpverlening geconcretiseerd wordt. Een concept beroepsomschrijving is verschenen in 1984 in een Fysiovisiespecial (no. 2), waarin de taken van de beroepsbeoefenaar in 4 groepen zijn opgedeeld :

1. taken afgeleid van het hulpverleningsproces, met de onderdelen anamnese, onderzoek, behandelplan en evaluatie.

2. taken afgeleid van de relatie fysiotherapeut - praktijkuitoefenend geneeskundige: de arts op de hoogte brengen van specifieke mogelijkheden van de fysiotherapie en van het behandelingsverloop, alsmede voorstellen doen voor wijzigingen in doelstelling of behandelmethode.

3. taken afgeleid van de praktijkvoering, zoals rapportage, administratie, registratie, samenwerking met collegae en andere hulpverleners en het bijhouden van het vak.

4. taken afgeleid van de maatschappelijke betekenis van de fysiotherapie, bijvoorbeeld participatie in advisering, preventie, organisatie en opleiding.

Benadering van klachten

Naast deze praktische invulling van het beroep is er tevens een discussie gaande over de aard van klachten waarmee de patiënten komen. Die betreft dan vooral de klachten met een duidelijk onderliggende psychische problematiek. Zo is gesteld dat fysiotherapie een vergaarbak wordt van moeilijk grijpbare klachten, mede door het onvermogen van de arts een diagnose te stellen. Van veel kanten wordt gewezen op de noodzaak een evenwicht te vinden tussen psycho-sociale en medisch-technische benaderingen, om zodoende somatische fixatie

tegen te gaan (Niesten, no. 10; Crebolder, no. 87; Melker, no. 73). Uitgaand van het ziekenfondsbeleid is somatisering van klachten van psycho-sociale aard wel een vereiste, omdat anders geen machtiging wordt verkregen (Sónnen, no. 13/14)

Beroepsethiek

De leden van van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie dienen zich te houden aan de schriftelijk vastgelegde beroepsethiek. In de praktijk blijken er echter nogal eens interpretatieverschillen op te treden. In 1985 is uit de verschillende beroepsorganisaties een commissie samengesteld die de gedragsregels heeft gepreciseerd en tevens sancties mogelijk heeft gemaakt door middel van een interne tuchtrechtspraak. Het concept van de nieuwe beroepsethiek is vorig jaar gepubliceerd in Fysiovisie (nr. 6).

Preventie

Door sommigen wordt er op gewezen dat binnen de eerstelijnsgezondheidszorg vooral de fysiotherapie een belangrijke taak in preventie kan hebben. In de bedrijfsmatige sfeer bijvoorbeeld kan de fysiotherapie bepaalde vormen van arbeidsongeschiktheid voorkomen door een etiologische benadering van frequent geuite klachten. Zie verder het themanummer van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (no. 11).

2. OVERHEIDSBELEID, REGELINGEN EN FINANCIERING

In dit hoofdstuk allereerst een weergave van de belangrijkste facetten in de ontwikkeling van het overheidsbeleid ten aanzien van heilgymnastiek en fysiotherapie aan de hand van enkele jaartallen. Vervolgens komen tarieven en kostenniveau aan de orde en tenslotte een overzicht van de belangrijkste overheidsmaatregelen in de jaren tachtig.

Ontwikkeling

De wetgeving op het gebied van de para-medische beroepen begint met een regeling van de ziekenverpleging in 1921. De ziekenverplegers werken onder verant-

woordelijkheid van artsen en hebben geen bevoegdheden. Het Genootschap streeft naar een eigen verantwoordelijkheid voor haar leden in de beroepsuitoefening. De huisartsen en sommige specialisten, vooral orthopaedisten, werken de heilgymnasten/masseurs tegen in dit streven. De beroepsgroep moet zich ontwikkelen in het kader van de monopoliepositie van de artsen en de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst ofwel de bestrijding van de kwakzalverij. Ten aanzien van deze ontwikkelingen stelt de overheid zich zeer terughoudend op, wat ook moge blijken uit de veelvuldige adviesaanvragen bij de Gezondheidsraad (Kortenhoeven, no. 31). Desalniettemin volgt wettelijke erkenning in 1942 met het Basisbebesluit Paramedische Bedrijven, waarin onder andere opleidings- en exameneisen zijn geformuleerd. De relatie van de paramedicus met de medicus wordt pas geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen in 1963. De eerste van de AMvB's die deze kaderwet moeten invullen is het Fysiotherapeutenbesluit van 1965. Het is nu wettelijk vastgelegd dat de fysiotherapeut werkt in opdracht van de arts. De hulpverlening wordt ingedeeld in bewegings- of oefentherapie, massage en fysieke therapie (met vele applicatievormen). De laatste wijziging van het fysiotherapeutenbesluit dateert van 1977. Het belangrijkste verschil is misschien wel dat de fysiotherapeut zijn patiënten behandelt ingevolge verwijzing door een arts. De arts blijft verantwoordelijk voor de indicatiestelling maar de fysiotherapeut is verantwoordelijk voor de behandeling.

Tarieven

Na de oorlog komen de eerste landelijke tarieven voor heilgymnastiek/massage tot stand. De daarop volgende decennia wordt tussen de beroepsgroep en de ziekenfondsen vooral onderhandeld over de hoogte van de tarieven. In de jaren zestig en zeventig is er sprake van aanzienlijke kostenstijgingen in de fysiotherapie. Kortenhoeven onderscheidt een prijscomponent, die door hogere tarieven vooral in de jaren zestig is gestegen, en een volumecomponent die door meer verrichtingen per verzekerde en door meer fysiotherapeuten vooral in de jaren zeventig is gegroeid. Uitgaande van de jaarverslagen

van de Ziekenfondsraad zijn de kosten voor fysiotherapie (exclusief polikliniek) zowel per wettelijk verzekerde als per vrijwillig verzekerde tussen 1973 en 1983 meer dan vervijfvoudigd (indexcijfers: 1973=100, 1983W=532, 1983V=590). De specifieke kostenstijging van fysiotherapie in de eerste lijn van 1975 tot 1981 bedraagt volgens een andere bron 250% (Kerkhoff, no. 30).

Overheidsbeleid

Als gevolg van deze kostenexplosie grijpt de overheid in met vier kostenbeperkende maatregelen (Curfs, nr. 24):

1. Wijziging van de tariefstructuur (1-10-79). De tarieven van fysiotechnische applicaties worden afhankelijk van het aantal behandelminuten, tarieven van massage- en oefentherapie worden verhoogd.

2. De 1-4 maatregel (1980). Het aantal gecombineerde behandelingen, massage- of oefentherapie met één applicatie, wordt gemaximeerd tot twaalf. Voor vervolghandelingen geldt een wachttijd van 90 dagen.

3. De 1-6 maatregel (1980). Deze verzachtende maatregel met betrekking tot de volumemaatregel maakt wachttijden overbodig indien de arts een vervolghandeling adequaat kan motiveren.

4. De beperkende maatregel (1-3-81). De normtijd voor laagfrequente electrotherapie wordt verlaagd.

De eerste twee maatregelen (tarief- en volumemaatregel) hebben volgens Curfs, na onderzoek onder verzekerden van het ziekenfonds Noord-Limburg, tegengestelde effecten gesorteerd. De overige maatregelen leverden geen meetbaar resultaat op.

Kerkhoff en Hagenstein (nr. 30) onderzochten de effecten van de maatregelen in het werkgebied van het ziekenfonds W.Z.E. Als gevolg van de tariefmaatregel neemt het aantal applicaties toe, maar nemen de applicatiekosten per verzekerde af. De volumemaatregel laat ongeveer het omgekeerde beeld zien, zij het dat de kosten wat minder toenemen. Opvallend is dat de duurdere applicaties vaker dan voorheen worden gedeclareerd en de goedkopere minder vaak. De auteurs spreken van bedenkelijke neveneffecten daar de keuze van een applicatie kennelijk niet altijd door de aard van de aandoening

wordt bepaald.

Een belangrijk kostenbesparend instrument in handen van de overheid, is het vestigingsbeleid ten aanzien van fysiotherapeuten, dat gestalte moet krijgen in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

Begin 1982 wordt een spoedmaatregel van kracht. Artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet wordt gewijzigd in die zin dat de ziekenfondsen geen nieuwe overeenkomsten met fysiotherapeuten hoeven aan te gaan als er al één fysiotherapeut werkzaam is op 3.000 inwoners (inmiddels 1:2.400). Van ziekenfondszijde wordt soms wel gepleit voor volledige contracteervrijheid voor het ziekenfonds, zodat vraag en aanbod naar en van de regionale hulpverlening beter op elkaar kunnen worden afgestemd (Hamilton, nr. 27).

3. ORGANISATIE, VESTIGING EN WERKGELEGENHEID

Organisatie van de beroepsgroep

In 1889 wordt het Genootschap voor Heilgymnastiek opgericht. Het Genootschap ijvert voor een staatsexamen, afbakening van het werkterrein en voor een economische basis voor de beroepsbeoefenaren (Kortenhoeven, nr. 31). Om bovenstaande te realiseren richt het genootschap zich op wettelijke erkenning van het beroep. Na de wettelijke regeling in het Fysiotherapeutenbesluit in 1965, is er een ongebreideld optimisme over de expansie van het beroep. De rol van het NGF wordt kleiner en de aandacht verschuift van beroepsontwikkeling naar belangenbehartiging van fysiotherapeuten in de diverse werkgebieden (Fysiovisie, 1987). Het genootschap heeft nu zes beroepsinhoudelijke lidverenigingen en drie belangenverenigingen, voor vrijevestigden, dienstverbanders en studenten (respectievelijk LVVF, LVSD en LVSF). Voor vrijevestigden is er buiten het genootschap sinds 1974 ook de NVVF. De wijze waarop de beroepsgroep is georganiseerd is al jaren voor veel betrokkenen een bron van ergernis gezien de onoverzichtelijkheid van de structuur.

Onder andere Nell (nr. 35) wijst op het belang van een eenduidige belangenbehartiging van de beroepsgroepen, ofwel een gezonde machtspositie, juist in een tijd van

restrictieve overheidsmaatregelen, wil het proces van professionalisering doorgang vinden. Ook ten aanzien van het kostenaspect wordt gewezen op het nadeel van het in stand houden van meerdere kadernetwerken (Fysiovisie, nr. 41). Herstructurering van de organisaties wordt daarom vrij algemeen wenselijk geacht. Na jaren van overleg en discussie is nu een concept voor de nieuwe structuur van beroepsorganisatie verschenen en aan de besturen van alle verenigingen voorgelegd. Samenvattend zijn er in het concept drie organisaties: Het NGF, met de taak vanuit de beroeps-inhoud voorwaarden te scheppen voor maatschappelijke erkenning, en voor de belangenbehartiging de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en de Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (VFD). Een gedetailleerder overzicht is te vinden in een Fysiovisiespecial 1987 (nr. 46).

Naast de genoemde organisaties zijn er sinds de Nota Verbijzonderingen (1979) binnen het Genootschap nog enige deelgebieden met hun beroepsinhoudelijke verenigingen erkend.

Vestiging en spreiding

In het kader van de vestiging is vooral de ontheffingsmaatregel (art.47 lid 3) van belang. De aanvankelijk gekozen norm van 1 fysiotherapeut op 3.000 inwoners is niet in overeenstemming met de werkelijkheid. Anthonissen meent dat bij invoering al gemiddeld 1 fysiotherapeut op 2.000 inwoners werkzaam was (Anthonissen, nr. 23). In de maatregel is wel een status quo-clausule opgenomen, zodat reeds afgesloten overeenkomsten tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten van kracht blijven. Met betrekking tot de opvolgingsproblematiek besluit de Ziekenfondsraad tot het invoeren van wachtlijsten.

De ontheffingsmaatregel gaat eveneens voorbij aan regionale verschillen in fysiotherapeutendichtheid. In 1981 varieert de dichtheid per provincie van 1:2.617 tot 1:1.509. De dichtheid is het hoogst in Utrecht en Noord-Holland en het laagst in Drente, maar is ook laag in delen van Friesland en de IJsselmeerpolders. Van invloed zou de opleidingscapaciteit kunnen zijn, die in de laatste drie provincies gering is en in de eerste

twee juist groot. Bovendien blijkt dat de dichtheid in grote en middelgrote steden aanzienlijk hoger is dan in de de plattelandsgebieden (Hingstman/Boon, nr. 28).

Werkgelegenheid

De arbeidsmarkt is voor fysiotherapeuten erg krap. De werkloosheid is dan ook gestegen. Cijfers van Sociale Zaken tonen een toename van 392 werkzoekenden in 1981 en 1.600 in 1985 tot 2.228 per 15-10-86. Volgens Anthonissen bedraagt de werkloosheid in 1983 al 10% van de beroepsgroep, dat is ongeveer 1.600, mede bepaald door de ontheffingsmaatregel. Vergeleken met de arbeidsmogelijkheden is de capaciteit van de opleidingen erg hoog. In 1971 zijn er ruim 500 afgestudeerden, in 1977 ruim 1.000 en de laatste jaren schommelt dat rond de 1.200. Uit een enquête onder twee lichten afgestudeerden (1984/85), blijkt dat slechts 40% vast werk heeft, waarvan 43% in het buitenland (Van den Heuvel, nr. 43). De Commissie Beroepskrachtenplanning van de Nationale Raad bepleit een afname van studenten met ruim 50%, van 2.100 tot 1.000. De commissie meent dat het aantal HBO-studenten vanaf 1991 zal dalen als gevolg van de demografische ontwikkelingen. In het onlangs verschenen rapport van de commissie worden een aantal methoden genoemd om de werkgelegenheid voor fysiotherapeuten te verbeteren:

- verdergaande arbeidsduurverkorting/deeltijdarbeid;
- omscholing werkloze fysiotherapeuten;
- opheffen hoge werkbelasting;
- pensionering 65 jaar of eerder;
- ontwikkelen alternatieve activiteiten voor fysiotherapeuten;
- emigratie.

Afhankelijk van de mate van instroombeperking zal het overschot aan beroepskrachten ten minste tot 1995 duren (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, nr. 45).

4. OPLEIDING

Volgend studiejaar (1987/88) start aan de Rijksuniversiteit Utrecht een wetenschappelijke opleiding in de fysiotherapie (Fysioscoop, nr. 51). Voor de opleiding

waren er twintig HBO-instellingen. Dit zijn er inmiddels, als gevolg van het beleid van schaalvergroting, taakverdeling en concentratie (STC), zestien. Uit onderzoek van Ronteltap (Ronteltap e.a., nr. 52) blijkt dat 89% van de docenten fysiotherapeut is en daarvan 85% ook als zodanig actief.

In het programma-aanbod is een accentverschuiving waar te nemen naar preventie en er zijn veranderingen door de opkomst van de gezondheidscentra en de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg (Noordhof, nr. 50). Sinds 1983 zijn er voor gediplomeerde fysiotherapeuten beperkte plaatsingsmogelijkheden aan de lerarenopleiding fysiotherapie, een HBO-opleiding van één cursusjaar.

Volgens de HBO-raad dient het Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO) zich te richten op thuiszorg en preventie (Vorst/De Graaf, nr. 55). De Raad spreekt van verkokering van het HGZO als gevolg van de zich verfijnende beroepenstructuur in de gezondheidszorg. Om het HBO-onderwijs meer op de praktijk af te stemmen wordt gepleit voor een meer marktgerichte opstelling, bijvoorbeeld door contractonderwijs en -onderzoek. Ook het fysiotherapie-onderwijs zou meer afgestemd moeten worden op het werkveld en moeten samenwerken met andere studierichtingen door middel van gezamenlijke propedeuses en afstudeerrichtingen. Voor fysiotherapeutische verbijzonderingen zouden gedifferentieerde afstudeerrichtingen moeten worden opgezet. In het kader van de STC zou het aantal locaties voor onderwijs beperkt moeten worden tot acht.

5. SAMENWERKING EN PRAKTIJKVORM

Samenwerking dient in dit hoofdstuk ruim te worden opgevat. De verzamelde literatuur in paragraaf 1 gaat vooral over samenwerking van de eerstelijnsfysiotherapie met de tweede lijn en over samenwerking tussen fysiotherapeuten in een bepaalde praktijkvorm. In deze paragraaf zijn tevens gegevens opgenomen over het aantal praktijkhouders per praktijk. In de tweede paragraaf komen de samenwerking en communicatie in het algemeen tussen fysiotherapeut en huisarts aan de orde.

Het kwantitatieve aspect van verwijzen komt, in nauwe samenhang met het gebruik, aan de bod in hoofdstuk 6. Gezien het toenemend aantal fysiotherapeuten werkzaam in gezondheidscentra is een aparte paragraaf gewijd aan integratie in gezondheidscentra, die beschouwd kunnen worden als een bijzondere vorm van zowel samenwerking als fysiotherapiepraktijk.

5.1 Algemeen

Praktijkvorm

Per 1-1-85 zijn er in Nederland 2.892 fysiotherapiepraktijken (Hingstman/Boon, nr. 28). In 76,7% van de praktijken is er 1 praktijkhouder. Bijna de helft van deze solopraktijken heeft geen praktijkmedewerkers. Voorts is 19,1% een duopraktijk en slechts 4,2% een groepspraktijk. Ingedeeld naar urbanisatiegraad is in de grote steden het percentage solopraktijken het laagst en het percentage duo- en groepspraktijken het hoogst.

Samenwerking in de praktijk is aan verandering onderhevig geweest. Voorheen kwam het veel voor dat medewerkers op notabasis werkten. Sedert 1983 wordt dit niet langer aanvaard door de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid (BVG). De samenwerkende fysiotherapeut heeft moeten kiezen tussen de maatschap en het loondienstverband (Taverne, nr. 61). Die keuze is bemoeilijkt doordat aan de ene kant de BVG elke praktijkhouder als premieplichtig beschouwt en aan de andere kant het ziekenfonds de praktijken met medewerkers in loondienst als een gezondheidsinstelling beschouwt, waarvan sommigen dachten dat dat de tarieven zou drukken. Vanuit de beroepsverenigingen wordt veelal de maatschap geprefereerd. Er is een overzicht van alle samenwerkingsvormen met de voor- en nadelen van elke vorm, gepubliceerd in een themanummer van Fysiovisie in 1985 (nr. 58).

Samenwerking tweede lijn

Samenwerking tussen eesrtelijns- en tweedelijnsfysiotherapie kan belangrijk zijn bij bepaalde operaties van patiënten. Fysiotherapeutische behandeling in de pré-

operatieve fase dient goed te worden afgestemd op zowel de ingreep als de post-operatieve behandelingsfase (Oomkens, nr. 57). Via een effectieve informatieoverdracht kan gezamenlijk een behandeldoel en behandelplan worden opgesteld. Volgens Sneep functioneert de informatiestroom vaak gebrekkig. Uit een enquête blijkt dat vooral communicatiestoornissen en gebrek aan kennis daar debet aan zijn. Bovendien wordt intradisciplinair overleg soms als bedreigend ervaren (Sneep, nr. 59).

5.2 Relatie huisarts-fysiotherapeut

Het contact en de samenwerking tussen de huisarts en fysiotherapeut laten soms te wensen over. Bij verwijzing geeft de arts soms weinig of geen informatie over de aard van de aandoening, psychische factoren, medicatie etc. en wordt volstaan met het voorschrijven van een bepaalde behandeling (Muller, nr. 74). De wel verstrekte informatie is meestal van medisch-technische aard (Kerssens e.a., nr. 71). Hommes meent dat in dit kader de onbekendheid van de arts met de behandelingsmogelijkheden van fysiotherapie een rol speelt (nr. 68). Jongere huisartsen zijn vaak beter geïnformeerd dan oudere, mede door de toenemende aandacht voor fysiotherapie in de opleiding.

Onderzoeksresultaten wijzen uit dat door de huisartsen het meest wordt samengewerkt met de wijkverpleging en dan pas met maatschappelijk werk en fysiotherapie (Kerssens e.a.). Uit dat zelfde onderzoek blijkt dat de huisarts voor en tijdens de behandeling zelden contact opneemt met de fysiotherapeut, andersom neemt de fysiotherapeut soms contact op. Ongeveer de helft van zowel huisartsen als fysiotherapeuten hebben gemiddeld eens per twee weken gestructureerd overleg.

5.3 Integratie in gezondheidscentra

Het aantal fysiotherapeuten in gezondheidscentra is toegenomen. In 1975 zijn dat er 45, in 1980 189 en in 1985 340, dat is ongeveer 4% van het totaal extramuraal werkzame fysiotherapeuten (Hingstman/Boon). In ongeveer 74% van de centra maakt minstens 1 fysiotherapeut deel

uit van het gezondheidsteam. Onderzoek naar het functioneren van fysiotherapie in gezondheidscentra is onder andere gedaan door Van der Zee e.a. (nr. 65) en Buyten e.a. (nr. 78) en wat recenter door Mulder (nr. 80) en Bertels e.a. (nr. 77). Uit laatstgenoemde onderzoek naar de Amsterdamse centra blijkt dat de verwijscijfers lager zijn dan van de gemiddelde Amsterdamse huisarts (verwijscijfers specialisten idem dito). De oorzaak is waarschijnlijk gelegen in de samenwerking met gelijkwaardige hulpverleners en erkenning van ieders specifieke deskundigheden en verantwoordelijkheden. Ook zijn in de gezondheidscentra de behandelseries korter, worden minder applicaties gedeclareerd en zijn de gemiddelde kosten per verzekerde lager dan gemiddeld. Wel zijn er als gevolg van de werkwijze structurele financierings-tekorten ontstaan (Bertels e.a., nr. 77). In het eerder aangehaalde onderzoek van Kerssens e.a. (nr. 71) blijkt echter dat huisartsen in gezondheidscentra juist vaker dan gemiddeld naar de fysiotherapeut verwijzen.

6. GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG

Omdat er niet gesproken kan worden van een directe vraag naar fysiotherapie, is het met betrekking tot gebruik belangrijk inzicht te verkrijgen in de mate en aard van het verwijzen.

Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de kenmerken van gebruikers van fysiotherapie en verwijzing, zoals door Crebolder(1983, nr. 87), Bartels en Scheepmaker (1983, nr. 83), Kerkhoff(1982, nr. 69), Kerkhoff en Groenewegen(nr. 70) en door Frenken (1983, nr. 88).

Verwijzing

De gemiddelde verwijscijfers zoals gevonden in de genoemde onderzoeken, variëren van 32(Crebolder) tot 54 (Kerkhoff) per 1.000 patiënten. Per arts is er een grote variatie in de mate van verwijzen naar fysiotherapie. Tevens is uit kleine onderzoeken gebleken dat de fysiotherapeuten relatief weinig nieuwe patiënten krijgen, maar veel patiënten die dezelfde klachten hebben waarvoor zij reeds eerder zijn behandeld. Dit

verschijnsel, ook wel aangeduid als "fysiotherapie als onderhoudswerk", behoeft onderzoek op grotere schaal.

Er is nog niet erg veel onderzoek gedaan naar de determinanten van verwijzing naar fysiotherapie, in tegenstelling tot verwijzing naar specialismen. In het onderzoek van Kerssens e.a. komen als belangrijke determinanten naar voren:

- de prioriteit die de huisarts toekent aan samenwerking met fysiotherapeuten;
- de wijze waarop de huisarts praktijk voert, in die zin dat de verwijscijfers hoger zijn in samenwerkingsverbanden (zie ook Van den Brekel, nr. 85).
- de aanwezigheid van een fysiotherapeut in de kennisgeving van de huisarts.

Gebruikers

Bij verdeling van de gebruikers naar sexe blijkt dat vooral bij onderzoeken met grote onderzoekspopulaties (Frenken;Kerkhoff en Groenewegen) de verhouding in evenwicht is, waarbij men moet bedenken dat de belangrijkste verwijzers, de huisartsen, frequenter door vrouwen dan door mannen worden bezocht. Onder de gebruikers wordt veelal een oververtegenwoordiging gevonden van leeftijdsklassen boven de 40 jaar. Bij Crebolder zijn het onder de 50 jaar vooral mannen, boven de 50 jaar vooral vrouwen. Met betrekking tot verdeling naar verzekeringsvorm benadert Frenken het percentage ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse bevolking (71,4%). Zowel Crebolder als Bartels vinden een hoger percentage, respectievelijk ruim 80% en 82%, wat zou wijzen op ondervertegenwoordiging van de hogere sociale lagen.

Over de reden van verwijzing of aard van de aandoening vindt men gegevens bij Van den Brekel, Crebolder en Bartels.

7. KWALITEIT VAN DE FYSIOTHERAPIE

Bij kwalitatieve aspecten van fysiotherapie is onderscheid gemaakt tussen effectmeting, toetsing en nascholing. In de eerste paragraaf komen wetenschappelijk onderzoek in het algemeen en effectonderzoek in het bij-

zonder aan de orde. In deze paragraaf zijn alleen artikelen opgenomen van beschouwelijke dan wel methodologische aard, dus geen artikelen over behandelingseffecten bij een bepaalde ziekte of aandoening. Bij het artikel van Aufdemkampe en Meijer (nr. 90) vindt men een uitgebreide bibliografie (170 bronnen) over inhoudelijk effectonderzoek. De tweede paragraaf gaat over toetsing en in de derde paragraaf tenslotte komt de na- en bijscholing aan de orde.

7.1 Effectmeting

Wetenschappelijk onderzoek

Gezien het huidige overheidsbeleid ter afremming van de groei van de fysiotherapie, is het van groot belang dat de behandelingsresultaten wetenschappelijk worden verantwoord en onderbouwd, om zo het bestaansrecht van het vak te vergroten. Bij een indeling van wetenschappelijk onderzoek in beschrijvend, explorerend, toetsend en toegepast onderzoek stelt Van Eijk (nr. 95) dat de fysiotherapie zich overwegend in de explorerende fase bevindt. Hoewel de roep om verwetenschappelijking vrij algemeen is, blijkt de invulling daarvan nogal eens te verschillen. Apeldoorn, Meijer en Van Oort (nr. 89) pleiten voor onderscheid tussen :

- verwetenschappelijking van de praktijk: kwaliteitsbewaking door middel van analyse van de interactieprocessen tussen patiënt, fysiotherapeut en andere hulpverleners;
- toegepast onderzoek: dit is onderzoek dat is gebaseerd op effectonderzoek en fundamenteel onderzoek, voor collectivisering van de fysiotherapie;
- effectonderzoek: gericht op steekhoudende conclusies ten aanzien van de effectiviteit van behandelingen.

De laatstgenoemde heeft prioriteit gezien de noodzaak voor legitimering van fysiotherapie.

Van verschillende kanten wordt gewezen op de noodzaak van theorievorming in het onderzoeksproces (Vuyk, nr. 108) en theoretische kadrering (Rozendal, nr. 106).

Effectonderzoek

Bij effectonderzoek moet onderscheid gemaakt worden

tussen onderzoek naar de werking van afzonderlijke fysiotherapeutische toepassingsvormen en onderzoek naar de werking van een totale fysiotherapeutische behandeling (Bobbert e.a., nr. 93). De voorkeuren dienaangaande zijn verdeeld. Van grote importantie is dat het effectonderzoek methodologisch juist wordt uitgevoerd, (o.a. Obbens, nr. 102; Aufdemkampe e.a., nr. 90/91). Een afgeleid doel is dan het ontwikkelen van betrouwbare meetinstrumenten zodat de meetresultaten reproduceerbaar zijn. De volgende criteria spelen een rol :

- ecologische validiteit: de meetinstrumenten moeten daadwerkelijk verwijzen naar het leven en het beleven van bewegen en pijn van de patiënt;
- interne validiteit: de gevonden veranderingen moeten uitsluitend een gevolg zijn van de behandeling;
- externe validiteit: de resultaten dienen generaliseerbaar te zijn ofwel extrapoleerbaar naar andersoortige proefpersonen, omstandigheden en behandelvormen.

7.2 Toetsing

Een ander kwaliteitsbevorderend instrument is toetsing, dat zich naast resultaten kan richten op proces en structuur van de fysiotherapie. De in januari 1984 opgerichte werkgroep K.O.F. (Kwaliteitsontwikkeling Fysiotherapie) houdt zich nu vooral bezig met het toetsbaar maken van de resultaten.

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen zelftoetsing en intercollegiale toetsing. In het kader van zelftoetsing wordt wel gepleit voor invoering van protocollen (o.a. Crebolder, nr. 114). In een protocol worden per ziektebeeld de diagnostische en therapeutische benaderingen opgenomen waarvan is gebleken dat die goed functioneren. Het toetsingsproces is een cyclisch geheel: de fysiotherapeut vergelijkt zijn eigen handelen en resultaten met de, eventueel protocollair ontwikkelde, criteria en gaat deze vervolgens, indien nodig, bijstellen. Als dit proces binnen en door de beroepsgroep plaatsvindt is er sprake van intercollegiale toetsing. In het algemeen veronderstelt toetsing een kritische houding van de fysiotherapeut ten opzichte van het eigen handelen.

7.3 Na- en bijscholing

Een derde instrument om kwaliteitsbewaking te bewerkstelligen is, in nauwe samenhang met toetsing, de na- en bijscholing. De functie van nascholing is optimaal als deze gebaseerd is op toetsing. Om de waarde van het behaalde diploma fysiotherapie te verlengen zou er sprake moeten zijn van continue scholing (Roelink, nr. 138). In Nederland is er, in tegenstelling tot de V.S. (o.a. Mays, nr. 133), in Nederland geen onderzoek gedaan naar de invloed van scholing op de werkwijze van fysiotherapeuten.

De S.W.S.F. (Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie) registreert een toenemende belangstelling voor cursusweekeinden en studiedagen.

8. ONDERZOEK

Omdat er niet zoveel onderzoek is gedaan in Nederland, zijn in dit hoofdstuk een aantal onderzoeken naar de beroepsgroep en naar de gebruikers van fysiotherapie samengebracht.

9. BUITENLAND

In het kader van deze relatief beperkte bibliografie is het onmogelijk een coherent beeld te vormen van de ontwikkelingen en actuele items in de fysiotherapie in het buitenland.

De hier opgenomen buitenlandse literatuur is overwegend engelstalig en beperkt zich tot aspecten van fysiotherapie in Engeland, de Verenigde Staten en Canada. De waarde hiervan is vooral gelegen in een mogelijke vergelijkings-functie die het kan vervullen ten aanzien van ervaringen en problemen in de Nederlandse fysiotherapie.

9.1 Algemeen

In deze paragraaf komen verschillende onderwerpen aan de orde, zoals de plaats van de fysiotherapie in de gezondheidszorg, benaderingen van de hulpverlening,

beroepsethiek, status van fysiotherapeuten, fysiotherapeutische kennis van andere hulpverleners en samenstelling van de beroepsgroep.

Een belangrijk verschil qua samenstelling tussen de beroepsgroepen in de V.S., Engeland en Canada en die in Nederland is dat er in eerstgenoemde voornamelijk vrouwelijke fysiotherapeuten zijn. In Canada is dat bij benadering zelfs 90% (Williams/Gelmon, nr. 159). Daarbij komt dat het gemiddelde inkomen van vrouwelijke beroepsbeoefenaren in Canada 60% is van dat van hun mannelijke collegae. Het gemiddeld inkomen is overigens 1,25 x het gemiddeld inkomen van een industrieel werker (artsen: 5,5 à 6 x industrieel werker). Mannen zijn in het algemeen langer in dienst en hebben meer opleiding genoten. Gezien de ruime werkgelegenheid in Canada wordt wel verondersteld dat vooral vrouwen hun carrière regelmatig onderbroken hebben (Williams/Gelmon). Uit Amerikaanse onderzoeken blijkt dat mannen vaker leidinggevende functies hebben en dat zij bij dezelfde omstandigheden belangrijk hogere inkomens hebben dan vrouwen (Kemp e.a., nr. 150). In dit kader wordt wel gesproken van sexe-discriminatie. Uit onderzoek van o.o.a. Moore (Moore e.a., nr. 152) blijkt dat fysiotherapeuten een stereotype benadering van vrouwen als patiënten dan wel als hulpverleners afwijzen. Wel worden bepaalde carrière-problemen van vrouwen erkend.

Ook in Engeland werkt de sexe-stereotypering door in het imago van de fysiotherapeut en in de relatie arts-fysiotherapeut (Bourne, nr. 191).

Naast verschillen in inkomen naar sexe, spelen in de V.S. bovendien regionale inkomensverschillen een rol (Guccione/Jette, nr. 148). In Canada speelt nog een ander probleem binnen de beroepsgroep: van alle beroepsbeoefenaren is een derde deel immigrant. In 1982 is dan ook een indirecte beperkende maatregel van kracht geworden waarmee de eisen voor het lidmaatschap van de beroepsassociatie zijn aangescherpt.

In de V.S. is veel onderzoek naar kennis van fysiotherapie bij artsen gedaan. Hoewel in het onderzoek van bijvoorbeeld Stanton de artsen zich voldoende geïnfor-

meer voelen met betrekking tot de fysiotherapie wijzen de onderzoeksresultaten in een andere richting en wordt continue scholing voor artsen aanbevolen (Stanton e.a., nr. 157). Onderzoek onder specialisten (neurologie, orthopaedie en revalidatie) in 4 regio's wijst uit dat specialisten langer dan 10 jaar werkzaam en de revalidatie-specialisten de meeste kennis hebben van fysiotherapie. De specialisten prefereren een voorschrijven-de relatie met de fysiotherapeut (Uili, nr. 158).

9.2 Overheidsbeleid, regelingen en financiering

Naast literatuur over specifieke overheidsmaatregelen en wettelijke implicaties van medische fouten en nalatigheid, wordt in dit hoofdstuk vooral aandacht geschonken aan het overheidsbeleid ten aanzien van de ontwikkeling van de beroepsgroep en verwijzing.

Canada

De groei van de fysiotherapie in Canada hangt nauw samen met de twee wereldoorlogen, op te maken uit de aanvankelijke nadruk op revalidatie in militaire hospitalen. In 1920 wordt de Canadian Physiotherapy Association (CPA) opgericht. In 1974 is de Professional Code van kracht geworden, waarin voor onder andere de fysiotherapie titel- en beroepsbescherming is vastgelegd. De laatste twintig jaar is het aantal beroepsbeoefenaren met 244% gestegen. Medische verwijzing is geen vereiste.

V.S.

In de V.S. is in 1921 de American Physical Therapy Association (APTA) opgericht. De groei van het ledental in de laatste twintig jaar is aanzienlijk: In 1965 ongeveer 11.000 leden, in 1985 zijn dat er ongeveer 41.000 (Mathews, 1986). Met de erkenning van de sportfysiotherapie herbergt de APTA nu zes specialistische deelgebieden. Hoewel in enkele staten wordt geëxperimenteerd met directe toegang tot fysiotherapie, is medische verwijzing in de meeste staten nog verplicht.

Engeland

De ontwikkeling van de beroepsgroep in Engeland lijkt op die in Nederland. In 1894 wordt de Society of Trained Masseuses (STM) opgericht, die eenzelfde zware erkenningsstrijd moet voeren als het NGF, door de tegenwerking van eerst de huisartsen met hun aanvankelijke monopoliepositie, en later van de medische specialisten. Als na de oorlog de National Health Service wordt ingevoerd valt bovenstaande problematiek ook onder verantwoordelijkheid van de overheid, uiteindelijk resulterend in een soort wet op de paramedische beroepen in 1960, waarin titelbescherming en opleidingseisen worden vastgelegd (Larkin, nr. 165). De STM is inmiddels omgedoopt tot Chartered Society of Physiotherapy (CSP), vooral verantwoordelijk voor de professionalisering van het beroep. Medische verwijzing naar fysiotherapie is in Engeland een vereiste en behandeling geschiedt vaak onder begeleiding van de arts (Teager, nr. 170). Wegens de lange wachttijden is een aantal jaren geleden begonnen met directe verwijzing naar fysiotherapie in ziekenhuizen, dus zonder intermediaire consultatie. Voorheen was het gebruikelijk dat de arts een tweede consult aanbeveelde voordat de patient toegang kreeg tot intramurale fysiotherapie. De ervaringen zijn positief door geringere wachttijden, minder verloren werkuren en grotere herstelmogelijkheden (Bahrami e.a., nr. 161; Ellman e.a., nr. 163) zodat directe verwijzing algemeen is geworden in 66% van de gezondheidsdistricten.

9.3 Opleiding

In het algemeen is er sprake van druk op het niveau van de opleidingen. In Canada zijn er nu twee volwaardige universitaire opleidingen voor fysiotherapie. In de V.S. wil men het niveau van de opleiding voor toegang tot het beroep, verhogen (o.a. MacKinnon, nr. 181). Sinds 1983 bekleedt de APTA een monopoliepositie ten aanzien van de kwaliteitscriteria van het fysiotherapie-onderwijs. Pagliarulo beschrijft de aard en het proces van officiële erkenning door de APTA voor leerprogramma's en volwaardige opleidingen en meent dat het erkenningsproces zich tot een primair mechanisme voor

kwaliteitsbewaking kan ontwikkelen (Pagliarulo, nr. 183). In de V.S. is een niet onbelangrijk deel van onderzoeken gewijd aan onderwijsfaciliteiten, in academisch dan wel klinisch onderwijs, vooral om het onderwijs beter af te stemmen op de praktijk. Naast onderzoeken naar allerlei aspecten en vakken van de beroepsvoorbereiding, zoals ethiek (Purtilo, nr. 186), probleem-oplossen (Olsen, nr. 135; Burnett e.a., nr. 175), communicatie (Payton, nr. 185) en audio-visuele apparatuur (Palmer e.a., nr. 184), is tevens onderzoek gedaan naar de invloed van klinische onderwijsfaciliteiten op de patiëntenzorg. Zowel Lopopolo (nr. 180) als Leiken (nr. 178) vinden een positieve invloed op de 'kwantitatieve patiëntenzorg', terwijl de laatste deze invloed nog financieel weet te expliciteren in een netto voordeel van 89 dollar per student per dag.

9.4 Werkwijze en praktijkvorm

In deze paragraaf is vooral literatuur opgenomen over setting van de praktijk en praktijkvorm, werkmodellen, researchparticipatie en gebruik van de resultaten daarvan. Met betrekking tot de setting is het algemene beeld dat de fysiotherapie verschuift van de ziekenhuizen naar de eerste lijn. In Engeland is in 75% van de districten een vorm van gemeenschapsvoorziening aanwezig (Partridge, nr. 168). Fysiotherapie wordt ook steeds vaker geïntegreerd in gezondheidscentra, wat goedkoper is door het lager aantal visites per verwijzing en vergeleken met poliklinische behandeling, door besparing op ambulanceritjes (Forster e.a., nr. 192; Frazer, nr. 145).

LITERATUUR

FYSIOVISIE, Naar een nieuwe structuur van de beroepsorganisaties fysiotherapie. Fysiovisie, jan. 1987, p. 2-3.

GROENEWEGEN, P. Fysiotherapeut. In: Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. E.M. Sluijs ; J.P. Dopheide

en J. van der Zee (reds). Utrecht, NIVEL, 1985, p.
145-175.

MATHEWS, J.S., Presidential Address: The engineering of
change. Physical Therapy; 66, 1986, nr. 11, p.
1734-38.

ZIEKENFONDSRAAD. Jaarverslagen, 1984, p. 46.
1975, p. 49.

Gezien de vrij gedetailleerde hoofdstukindeling is het niet altijd mogelijk gebleken publicaties in één hoofdstuk dan wel paragraaf onder te brengen. Bij de ontstane verdubbelingen is niet nogmaals het referaat afgedrukt maar wordt verwezen naar het publicatienummer eerder in de bibliografie.

De publicaties kunnen worden aangevraagd bij de instelling(en) vermeld onder het bijbehorende referaat. Indien meer dan één instelling wordt vermeld, geeft een onderstreping aan welke het referaat heeft verzorgd. Als NIVEL tussen haakjes staat, dan maakt desbetreffende uitgave geen deel uit van de eigen collectie.

De verzamelde literatuur is per hoofdstuk alfabetisch gerangschikt. Om het zoeken op auteur te vergemakkelijken is achterin een alfabetische auteursindex met daarachter de publicatie-nummers, opgenomen.

Bij het zoeken naar literatuur voor deze bibliografie is, voorzover het de nederlandstalige publicaties betreft, vooral de eigen NIVELcollectie geraadpleegd.

Een aantal publicaties hebben een belangrijke rol gespeeld om inzicht te verkrijgen in (een deelgebied van) de fysiotherapie. In de eerste plaats is dat "De Fysiotherapeut" van P. Groenewegen (zie literatuuropgave inleiding), waarin de balans wordt opgemaakt van onderzoek naar diverse aspecten van fysiotherapie.

Voor de ontwikkeling van de beroepsgroep en rol van de overheid daarin, zijn de twee studies van D. Kortenhoeven, "Van bijverdienste tot broodwinning" (no. 31) en "Verboden toegang voor onbevoegden" (no. 32) van groot belang.

Een kernpublicatie op het gebied van fysiotherapie en wetenschap is het artikel "Verwetenschappelijking van de fysiotherapie" van Apeldoorn, Meijer en Van Oort (no. 89). Voor een goed begrip van de methodologische begrippen die gebruikt worden om wetenschappelijk onderzoek te beoordelen, is het hoofdstuk "De kwaliteit van effectonderzoek in de fysiotherapie" (no. 90) van Aufdemkampe en Meijer zeer bruikbaar.

De literatuuropgaven van deze publicaties fungeerden tevens als bron voor andere literatuur.

De buitenlandse literatuur is uitsluitend engelstalig. De hoeveelheid onderzoeken die in de desbetreffende landen, en dan met name in de Verenigde Staten, is uitgevoerd, is hier bepalend geweest. Voor deze literatuur is vooral gebruik gemaakt van de Algemene Bibliotheek van de Rijksuniversiteit Utrecht, en in beperkte mate van de bibliotheek van de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen te Amsterdam.

1. ALGEMEEN

1

BECKERS, F.

In gezamenlijk overleg komen tot gedragsregels fysiotherapeuten.

Fysioscoop; 11, 1985, no. 10, p. 9.

Sinds enige jaren bestaat er een geschreven beroepsethiek voor fysiotherapeuten, opgesteld door het NGF. Uit de beroepsorganisaties is nu een commissie samengesteld voor gedragsregels die door de beroepsorganisaties geaccordeerd dienen te worden. Sancties bij overtreding zullen dan ook tot de mogelijkheden behoren.

NIVEL

2

-Beroepsomschrijving.

Fysiovisie-special; dec. 1984, p. 2-11, lit.opg.

Met o.a. een model voor de omschrijving van het beroep; kennis en vaardigheden; basisprincipes bij een behandelprogramma; taken afgeleid van het hulpverleningsproces; overzicht applicatievormen; praktijkvormen; beroepsorganisaties en een omschrijving van de vakken HBO-fysiotherapie(zie ook no. 8).

NIVEL

3

-Beroepsomschrijving fysiotherapeut.

Fysiovisie; 1986, nr. 2, p. 1-6.

De publicatie van de concept beroepsomschrijving van fysiotherapeuten (Fysiovisie dec.1984) en de daarbij behorende oproep aan leden en groeperingen om reacties leidde tot een berg commentaren. De hieruit samengestelde basistekst voor de toekomst, kan tevens dienen voor functieomschrijvingen op specifieke doelgebieden. Bijstelling kan geschieden

afhankelijk van nieuwe ontwikkelingen. De tekst beschrijft de fysiotherapie en haar plaats in de gezondheidszorg, verduidelijkt de fysiotherapeutische hulpverlening door beschrijving van de behandeling en beschrijft de taken van de fysiotherapeut in de hulpverlening alsmede de organisatievorm met de daaruit voortvloeiende taken.

NIVEL

4

Fysiotherapeutenbesluit 1977: besluit van 1 juli tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut.

Koninkrijk der Nederlanden; 1977, 8 p.

R 2049

Dit besluit is de meest recente wijziging van het fysiotherapeutenbesluit ter invulling van de Wet op de paramedische beroepen. Het bevat artikelen aangaande de diverse therapieën behorende tot de fysiotherapie, bevoegdheid van de fysiotherapeut, examen en functie en samenstelling van het College van Advies inzake het beroep.

NIVEL

5

De fysiotherapie-praktijk en de oprukkende automatisering.

Fysioscoop; 12, 1986, no. 9, p. 9-11.

De SWSF wil de ontwikkelingen in de geautomatiseerde gegevensverwerking relateren aan een uniform registratie- en classificatiesysteem. Voor een dergelijk systeem is de SWSF 2 kleinschalige projecten gestart. Voorts is er contact met de Werkgroep Kwaliteitsontwikkeling Fysiotherapie (KOF) voortgekomen uit de praktijk van vooruitstrevende fysiotherapeuten op dit gebied.

NIVEL

6

Gedragsregels voor fysiotherapeuten.

Sinds lang zijn de leden van het genootschap verplicht zich te houden aan de beroepsethiek. Ondanks zorgvuldige samenstelling daarvan, treden er wel eens interpretatieverschillen op bij de toetsing van het gedrag van de fysiotherapeut. In dit artikel de nader gedefinieerde concept-gedrageregels. Door middel van deze publicatie kunnen alle leden er kennis van nemen en voordat er besluitvorming over plaatsvindt een reactie geven.

NIVEL

7

HUIJTS, J.H.

Wat mogen patiënten van de fysiotherapeuten verwachten. Nederlandse Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten ; 11, 1985, no. 1, p. 10-13.

Naast de medisch-technische aanpak in de fysiotherapeutische hulpverlening heeft de patiënt andere, relationele, verwachtingen. De fysiotherapeut zou zich bewust moeten zijn van de pijn van de patiënt, dat hij/zij meer is dan de handicap en dat het belangrijk is dat er voldoende tijd aan de patiënt wordt besteed. Zonder die aspecten blijft de hulp in de lucht hangen.

NIVEL

8

NEDERLANDS GENOOTSCHAP voor FYSIOTHERAPIE.

Beroepsomschrijving fysiotherapeut.

Amersfoort: Centraal Bureau N.G.F., 1986, 21 p.

R 2869

Definitieve versie van de Beroepsomschrijving fysiotherapeut (zie ook no. 2 en 3).

9

NELL, W.

Professionele fysiotherapie: de patiënt als analfabeet.

Fysiovisie; 1984, jan., p. 11-15, lit.opg.

Als de fysiotherapeut zich meer kennis toeëigent inzake de gezondheidszorg, is de kans groter dat de verantwoordelijkheden van de patiënt afnemen. Over professionalisering en relaties in de hulpverlening noemt de auteur 6 hypothesen, verduidelijkt door een voorbeeld. Enkele hypothesen zijn:

- Hoe meer personen betrokken zijn bij de hulpverlening, des te meer zijn de verantwoordelijkheden gespreid.

- Indien bij besluitvorming, via onderhandeling, de patiënt onvoldoende tot zijn recht komt, kan van de behandeling geen optimaal effect worden verwacht.

- Als de fysiotherapeut twijfelt aan zijn competentie, dan mag hij niet in staat worden geacht de behandeling adequaat uit te voeren.

- Bij professionalisering ten koste van inbreng van de patiënt, bestaat het gevaar dat de patiënt wordt gedegradeerd tot 'analfabeet'.

De fysiotherapie zal in plaats van uitbreiden van mogelijkheden meer de diepte in moeten. De stellingen zijn bedoeld de discussie daarover aan te wakkeren.

10

NIESTEN, T.,G. van OORSOUW.

Een bedreigde beroepsgroep in rep en roer: fysiotherapie.

Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek; 1, 1983, no. 2, p. 21-25.

De auteurs, betrokken bij de Nijmeegse Aktiegroep Fysiotherapie, beschrijven de ontwikkeling van de fysiotherapie en inventariseren de problemen voortkomende uit bezuinigingen. De beroepsorganisatie poogt nu de empirisch verworven behandelmethoden wetenschappelijk te onderbouwen en zo de beroepsgroep veilig te stellen. De vraag is of de explosieve groei in apparaten achteraf wetenschappelijk gelegitimeerd dient te worden. Het belang van evenwicht tussen medisch-technische en psycho-sociale benaderingen wordt benadrukt, teneinde somatische

fixatie tegen te gaan.

Het NGF dient hard te werken aan de positiebepaling binnen de eerste lijn.

NIVEL

11

Preventie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie(themanummer); 93, 1983, no. 5, p. 153-167.

In de inleiding van H.C. BOUDRI aandacht voor ergonomisch denken als vereiste voor de preventieve taak van de fysiotherapie. De preventieve fysiotherapie heeft binnen de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke taak, waarbij ruimte voor nascholing, ook internationaal, essentieel is. J. BONDER beschouwt preventie in het kader van de mate van arbeids(on)geschiktheid en maakt onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. In datzelfde kader een artikel van ir. L. WEIDE over de mechanische belasting en belastbaarheid van de lage rug. Statistische analyse leverde bruikbare resultaten op. Ten slotte een samenvatting van een artikel van L. BLOM en A. HAUCH (Acad. voor Fys. Kopenhagen) over stages van fysiotherapiestudenten in bedrijven. Sinds 1975 zijn deze stages een permanent onderdeel van de opleiding. In het algemeen worden de relaties tussen arbeidsomstandigheden en voorkomende aandoeningen/ziektes bestudeerd. De ervaringen zijn positief door gerichtere hulpverlening en een meer etiologische benadering.

NIVEL

12

ROUSH, S.E.

Health Professionals as contributors to attitudes toward persons with disabilities: a special communication.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 10, p. 1551-54.

Negatieve attitudes ten aanzien van personen met een handicap zijn vrij algemeen. In dit artikel wordt

onderzocht wat de oorsprong van deze stereo-typering is en hoe deze versterkt wordt in de media. Ook medici drukken deze attitude uit in hun gedrag, en zijn deels verantwoordelijk voor continuering daarvan.

AB, (NIVEL)

13

SONNEN, A.E.H.

Goede fysiotherapeut veel voordelen boven psychiater.
Fysioscoop; 12, 1986, no. 6, p. 8-9.

Een brief aan het ziekenfonds naar aanleiding van weigeringen voor langdurige behandeling van een beperkte groep patiënten. Sonnen schetst omstandigheden waarin patiënten niet gebaat zijn bij specialistische hulp en zich zelf niet naar de psychiater verwezen willen zien. Via een laterale benadering ligt hier een taak voor de fysiotherapeut. De hulpverlening kan dan validiteit- en gelukbevorderend werken en is tevens kostenbesparend. Het ziekenfonds zag n.a.v. deze brief geen aanleiding zijn standpunt te wijzigen.

NIVEL

14

SONNEN, A.E.H.

Een goed geschoolde fysiotherapeut heeft veel voordelen boven de psychiater.
Medisch Contact; 41, 1986, no. 40, p. 1281-82.

Een patiënt met klachten met een onderliggende psychische problematiek moet soms, in verband met de benodigde machtiging van het ziekenfonds, worden aangepakt via de lichamelijke klacht. Bezwaren hier tegen zijn dat de in wezen psychische problematiek nog verder wordt gesomatiseerd en dat fysiotherapeuten niet voor psycho-therapeutische interventies zijn opgeleid. Bij psychotherapie verdwijnen de klachten nogal eens vanzelf, maar zolang het 'waarom' niet bekend is moet de behandeling niet gemono-

poliseerd worden door één discipline.

NIVEL

15

SPORKEN, P.

Fysiotherapeut en beroepsethiek.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 93, 1983,
no. 10, p. 276-80.

Het artikel behelst een reflectie op de beroeps-ethiek voor fysiotherapeuten tegen de achtergrond van de algemene ethiek van de gezondheidszorg. Wezenlijk bestanddeel van de fysiotherapeutische hulp is begeleiding van de patiënt in diens zelfverwerking als mens. Aan de hand van voorbeelden uit de praktijk wordt uiteengezet wat deze stellingname met zich mee kan brengen, zoals het spanningsveld tussen deskundigheid en betrokkenheid.

NIVEL

16

TAP, H.J.

De eerste lijn voorbij.

Medisch Contact; 41, 1986, no. 40, p. 1280-81.

Reactie op Sonnen (nr 14/15). Bij psychiatrische patiënten kan het voorkomen dat het ziekenfonds geen machtiging geeft. Een mogelijke oplossing kan zijn het geval voor te leggen aan de Ziekenfondsraad. Meer dan 50% van de klachten hebben een duidelijk psycho-sociale lading. Theoretische kennis daarover zou meer in de opleiding betrokken moeten worden. Men moet in elk geval geen toevlucht zoeken in gecamoufleerde diagnoses.

NIVEL

17

TAVERNE, E.

De computer als hulpmiddel in de gezondheidszorg.

Fysiovisie; 1985, no. 6, p. 4-5.

Bij verbetering van de informatie-uitwisseling en

communicatie kan de computer een rol spelen. Sinds 1977 is het Beleidsadviescollege Automatisering Gezondheidszorg (BAG), ter advisering van WVC, Volksgezondheid en O. en W., doende met bevordering, coördinatie en evaluatie van automatiserings-projecten alsmede toetsing van overheidsbeleid. BAG-secretaris Van der LEER schat dat slechts 1-3% van de huisartsen en fysiotherapeuten met een computer werkt. Voor de te automatiseren functies in een fysiotherapiepraktijk als patiënten-, verrichtingen-, machtigingen- en financiële administratie, bestaat al software. Bij een eventuele overstap naar het zittingentarief blijft registratie van belang voor de intercollegiale toetsing. Van der Leer adviseert fysiotherapeuten eenzelfde coördinatie-werkgroep op te richten als de huisartsen om het gebruik te standaardiseren.

NIVEL

18

TOURNIER, A.G.

Verbijzondering of specialisatie in de fysiotherapie. Fysiovisie; 1983, no. 12, p. 18-20.

Verbijzondering en specialisatie worden in dit artikel bekeken in het licht van het proces van professionalisering van de fysiotherapie. In dit proces staat autonomie ten aanzien van taakdefiniëring, keuze van werkwijze en bepaling van resultaten, centraal. De auteur waarschuwt voor fragmenterende wijze van uitoefening van de fysiotherapie, dat haaks staat op professionalisering.

NIVEL

19

Uitbreiding van fysiotherapie niet altijd een verbetering.

Inzet; 9, 1985, no. 12, p. 30-31.

Gesprek met twee nieuw aangestelde adviserende fysiotherapeuten in dienst van ziekenfonds DSW.

Hoewel zij geen directe bezuinigingsopdracht hebben, zetten zij soms wel vraagtekens bij fysiotherapeutische behandeling, vooral als deze lang duurt en onvoldoende wordt gemotiveerd. De fysiotherapie dient zich te verdiepen in plaats van te verbreden zoals sommigen nog voorstaan. De samenwerking moet uitgebreid worden, zowel met andere disciplines als binnen de beroepsgroep.

NIVEL

20

VERBEEK, G.

Visie nodig op kwaliteit van het beroep.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 11, p. 240-41, lit.opg.

In dit artikel wordt de vraag gesteld of de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbevordering in de fysiotherapie niet een ad-hoc karakter hebben. Er worden twee voorbeelden genoemd van visies op de kwaliteit van het beroep. Bepleit wordt een brede optiek op de kwaliteit van het beroep te hanteren.

NIVEL

21

WAGENER, J.F.

Verbijzonderingen in de fysiotherapie.

Fysiovisie; 1985, no. 11, p. 3-4.

Symposium over de vraag of de gezondheidszorg gebaat is met verbijzonderingen in de fysiotherapie. A.GEERS (N.V.M.T.) pleit voor een aparte status voor manuele therapie. Van EIJKEREN (NGF) vraagt zich af of voor speciale behandelingen nascholing is vereist of dat die scholing in de initiële opleiding moet worden opgenomen. Volgens MULDER (hoogleraar huisartsgeneeskunde) is de patiënt meer gebaat bij integratie. Ook Van der LAAN waarschuwt voor fragmentatie.

NIVEL

In het kader van een holistische en integrale benadering van de hulpvrager zijn er verschillende functies te onderscheiden van hulpverleners in de gezondheidszorg. De onderscheiden functies worden toegespitst op het fysiotherapeutisch handelen. De auteur noemt de volgende functies: verzorgend (curatief en preventief); begeleidend; luister- en praatpaalfunctie; vertalend; adviserend; signalerend ; verwijzend; voorlichtend en ten slotte bemiddelend.

NIVEL

2. OVERHEIDSBELEID, REGELINGEN EN FINANCIERING

23

ANTHONISSEN, A.

De fysiotherapie door de mangel: overheidsbeleid met betrekking tot het vak fysiotherapie met name in de laatste vijf jaar (1979-1984).

Amsterdam: 1984, 66 p., 40 lit.opg. (scriptie).

Na een globaal overzicht van de geschiedenis van het vak fysiotherapie wordt de kostenstijging in de jaren zeventig besproken, vooral de rol van de tariefstructuurwijziging daarin. Het daaropvolgende overheidsingrijpen wordt behandeld aan de hand van de 1-4 en 1-6 maatregelen, en, recenter, het vestigingsbeleid (W.V.G.) en het toelatingsbeleid (art. 47/3 van de Ziekenfondswet).

Conclusies: Het vrije beroep fysiotherapeut van weleer is niet meer, het is gemangeld. Verdere beperkende maatregelen wijst de auteur af. De huidige maatregelen zijn mede een gevolg van de beroepsgroep die zich te afhankelijk en weinig initiërend heeft opgesteld. Juist de fysiotherapie kan in de eerste lijnsgezondheidszorg, met de huidige accenten van zelfzorg en preventie en multi-disciplinaire samenwerking, een essentiële rol spelen. De werkgelegenheid voor fysiotherapeuten zal volgens de auteur verbeteren door de vergrijzing van de bevolking en toelatingsbeperkingen van nieuwe studenten.

NIVEL

24

CURFS, E.Chr.

Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985, 108 p., 21 lit.opg. (scriptie).

Als gevolg van de kostenexplosie in de gezondheids-

zorg, waarvan fysiotherapie het snelstgroeiende onderdeel is, treft de overheid van 1979-1981 vier kostenbepalende maatregelen: tariefmaatregel, volumemaatregel, verzachtende maatregel en een beperkende maatregel. Ter beoordeling van de maatregelen zijn in dit onderzoek gegevens verzameld van de verrichtingen ten behoeve van ziekenfondsverzekerden van het ziekenfonds Noord-Limburg van 1978 t/m 1981. De conclusie is dat de tariefmaatregel en de volumemaatregel met betrekking tot de kosten tegengestelde effecten sorteerden, de eerste door toename van de gemiddelde kosten per minuut door de tariefverhogingen. De overige hebben nauwelijks effect op kosten of volume van de fysiotherapie. Beperkende maatregelen kunnen effectief zijn omdat de factoren van de kostenformule, ter berekening van de totale kosten, door de overheid beheerst kunnen worden.

NIVEL

25

CUSTERS, P.

Bezuiniging op fysiotherapie onverstandig in kader volksgezondheidsbeleid.

Fysiovisie; 1986, no. 10, p. 8-9.

Tweede Kamerlid J.FRANSSSEN (VVD) vindt in het kader van een op zelfzorg en preventie gericht volksgezondheidsbeleid, bezuinigen op fysiotherapie onverstandig. Fysiotherapie kan volgens hem ernstiger aandoeningen voorkomen. Desalniettemin kan het zijn dat de ziekenfondspatiënt zich, bovenop de bestaande premie, zal moeten verzekeren voor fysiotherapie. Volgens Franssen is een beperking op applicaties geen oplossing gezien de eerder waargenomen verschuiving naar duurdere therapieën. Een algemeen probleem is dat men nog onvoldoende in staat is de zelfstandigheid van fysiotherapie te effectueren.

NIVEL

26

Dubbelcongres Fysiotherapie.
Fysiovisie; 1984, no. 12, p. 12-14.

Congres over kwaliteitsbevordering met inleidingen van leden van de vaste commissie voor volksgezondheid van de Tweede Kamer.

Aan de orde komen: kostenstijgingen door toename van de technische mogelijkheden; preventie; fysiotherapie in de tweede lijn en toegankelijkheid van de fysiotherapeut in de eerste lijn; praktijkvorm en rechtspositie. Ten slotte een weergave van de discussie over genoemde onderwerpen.

NIVEL

Fysiotherapeutenbesluit 1977: besluit van 1 juli 1977 tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut.

Idem, no. 4.

27

HAMILTON, G.J.A.

Wijziging ziekenfondswet, breuk met het verleden: contracteervrijheid voor de ziekenfondsen.

Inzet; 11, 1987, no. 2, p. 14-20.

Juridisch adviseur van de VNZ, Hamilton, beschrijft hoe de contracteerplicht vanuit de historische ontwikkeling kan worden gezien, hoe het huidige systeem in elkaar zit en wat de gevolgen zijn van de afschaffing van de contracteerplicht. De contracteerplicht van het ziekenfonds is opgenomen in artikel 47 van de Ziekenfondswet. Uitzonderingen waren alleen mogelijk bij, niet gepreciseerde, ernstige bezwaren. Hoewel inmiddels is besloten dat het ziekenfonds al snel 'ernstige bezwaren' kan hebben en het ontheffingsbesluit (47 lid 3) is ingevoerd, meent de auteur dat het ziekenfonds nog te weinig bewegingsvrijheid heeft. Elke contractweigeringsvrijheid moet door het ziekenfonds uitvoerig gemotiveerd worden en kan in rechte bestreden worden. De contracteerplicht staat volgens de auteur een grotere doelmatigheid in de zorgverlening in de weg en geeft geen ruimte voor

het marktmechanisme.

NIVEL

28

HINGSTMAN, L., H. BOON.

Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg: aantallen, samenstelling en geografische spreiding.

Utrecht: NIVEL, 1986, 53 p.

R 2798

In een algemeen hoofdstuk worden de ontheffingsmaatregel (art.47 lid 3) en het vestigingsbeleid (WVG) besproken in het kader van de ontwikkeling van de beroepsgroep. Na een uiteenzetting over de opzet van het registratiesysteem volgen cijfers over respectievelijk de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en geografische spreiding van extramurale fysiotherapeuten. Enkele gegevens: Per 1-1-85 zijn er 8.952 fysiotherapeuten (incl. heilgymnasten/masseurs), een explosieve groei sinds 1970. Ongeveer de helft is vrouw. 81% is jonger dan 40 jaar. Er zijn 2.892 praktijken, waarvan slechts 4,2% groepspraktijken. Met betrekking tot de fysiotherapeuten-dichtheid wordt geconstateerd dat de norm van 1 op 2.400 inwoners in bijna alle provincies is overschreden. Solo- en kleine praktijken zijn vooral vertegenwoordigd in rurale gebieden.

NIVEL

29

KERKHOFF, A.H.M.

Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie Medisch Contact; 39, 1984, no. 23, p. 715-17.

Over indicaties van de medische noodzaak van verstrekingen wordt vooral bij fysiotherapie verschillend gedacht door de adviseurs van de ziekenfondsen. Dit blijkt uit een enquête onder vijftig van hen. De adviseurs zien weinig in overleg met verwijzende huisartsen en nog minder in overleg met de desbetreffende fysiotherapeuten. Om onduidelijkheid over normen en indicaties tegen te gaan is onderzoek naar effect van fysiotherapeutische behandelingen nodig.

30

KERKHOFF, A.H.M., M.P. HAGENSTEIN.

Sturen met de geldkraan.

Medisch Contact; 1983, no. 7, p. 185-89.

Over het effect van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie. De kosten van de eerstelijns-fysiotherapie zijn tussen 1975-81 met 250% gestegen. Naast tariefverhogingen komt dat vooral door toename van het aantal behandelingen per verzekerde. De overheid besloot tot beperkende maatregelen, zoals invoering van een toelatingsbeleid en beperking van het aantal applicaties. Door lokaal onderzoek wordt aangetoond dat de kosten in elk geval niet gedaald zijn. Voorts valt een verschuiving naar de duurdere applicaties waar te nemen. Aanpassing van de tarieven is alleen zinvol als onderdeel van een groter geheel van maatregelen.

NIVEL

31

KORTENHOEVEN, D.

Van bijverdienste tot broodwinning: De ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Utrecht: N.H.I., 1983, 182 p.

R 1599

De vraagstelling is tweeledig en luidt:

a) op welke manieren is het Genootschap er in geslaagd erkenning van de beroepsactiviteiten van zijn leden te verkrijgen,

b) op welke wijze is de economische basis voor opnemng van de heilgymnastiek/massage in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen gelegd en uitgebouwd in een landelijke honoreringsstructuur en uniforme tariefafspraken.

ad. a) In deel I aandacht voor de oprichting van het Genootschap voor Heilgymnastiek (1889), het genootschapsexamen en het streven naar een staats-examen en voor concrete economische aspecten ten

aanzien van de positie van de beroepsbeoefenaren.

Enkele conclusies: Ondanks de tegenstand van artsen en vooral orthopaedisten is het genootschap tot aan de wettelijke erkenning in 1942 zeer vasthoudend geweest, zodat de heilgymnastiek/masage uit kon groeien tot een zelfstandige paramedische professie. De overheid toonde zich terughoudend gezien de veelvuldige consultaties bij de Gezondheidsraad.

ad. b) In deel II behandelt de auteur de positie van de overheid en die van de ziekenfondsen en de voorkeur van de Ziekenfondsraad fysische therapie uitsluitend in inrichtingen te erkennen. Voorts komen aan de orde: de eerste landelijke tarieven, honorering, tegenstellingen binnen de beroepsgroep en de aanzienlijke kostenstijgingen.

Enkele conclusies: Het Genootschap gaat zich ook ijveren voor fysische therapie, mede onder invloed van de Wet op de Paramedische Beroepen van 1963. In de zeventiger jaren wordt de economische basis uitgebouwd: vrije vestiging, uitbreiding takenpakket etc. Centraal staan de onderhandelingen tussen het Genootschap en de Ziekenfondsorganisaties over de honoreringsstructuur. Met betrekking tot de kostenstijging constateert de auteur een stijgend prijscomponent (jaren 60) en een stijgend volume-component (jaren 70, meer fysiotherapeuten en meer verrichtingen).

NIVEL

32

KORTENHOEVEN, D.

Verboden toegang voor onbevoegden: een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening.

Utrecht: N.H.I., 1982.

R 1287

In de eerste 3 delen van deze studie de geschiedenis en ontwikkeling van het artsenberoep en de paramedische beroepen. Aan de orde komen de geneeskundige wetten van Thorbecke (1865) en het staatsrecht op de volksgezondheid in het algemeen, de aan-

vankelijke monopoliepositie van de arts, paranormale geneeswijzen en uiteindelijk de Wet op de Paramedische Beroepen. Van de Algemene Maatregelen van Bestuur, ter invulling van deze kaderwet, vooral aandacht in deze studie voor het Fysiotherapeutenbesluit (1965) en de daarop volgende belangrijkste wijzigingen aangaande inrichtingseisen en opleiding/examinering. In het vernieuwde Fysiotherapeutenbesluit van 1977 wordt de verhouding tussen arts en fysiotherapeut, en ook fysieke therapie en tucht-rechtspraak gepreciseerd.

In deel 4 een weergave van de belangrijkste onderwerpen in het voorontwerp van de Wet B.I.G., zoals titelbescherming, kwaliteitsbewaking en tuchtrecht. Er is een aantal redenen voor herziening van het stelsel van beroepsbescherming, waarvan vooral de noodzaak tot harmonisatie van de wetgeving van belang is. Besloten wordt met de consequenties van de B.I.G.-Wet voor achtereenvolgens overheid, artsen, paramedici en patiënten.

NIVEL

33

Minder fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten nodig.

Nederlandse Staatscourant; 1986, no. 219, p. 3.

Het aantal in opleiding zijnde fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten dient in belangrijke mate verminderd te worden. Een teruggang van het aantal eerstejaars fysiotherapiestudenten met ruim 50% (van circa 2.100 tot 1.000) is acceptabel. De teruggang bij de andere paramedische beroepsopleidingen dient evenwel wat minder fors te zijn. Dit zegt de Commissie Beroepskrachtenplanning van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in een concept-advies over de aanvullende Nota Beroepskrachtenplanning 1986.

NIVEL

34

NEDERLANDSE VERENIGING van VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERA-

PEUTEN.

Zwartboek 1982: de eerstelijng gezondheidszorg op de tocht: een beeld van tegenwerking, zinloze onderhandelingen, trainerende acties: een zwartboek voor de fysiotherapie.

Ridderkerk: N.V.V.F., 1982, 15 p.

In dit zwartboek de volgende artikelen:

Heroverweging volksgezondheid: Bij de 3 mogelijkheden om te bezuinigen, te weten vermindering personele en materiële middelen, matiging salarissen en (bovennorm-)inkomens en herziening van tariefstelsel (budgetfinanciering), is er nauwelijks sprake geweest van overleg.

Art. 47.3 van de Ziekenfondswet: De ziekenfondsen maken van het artikel 47.3 oneigenlijk gebruik door tevens een volumevastlegging na te streven. Vestigingsbeleid zonder overleg dus, terwijl ook het inkomen van de fysiotherapeut gelimiteerd wordt.

Modelovereenkomst: Ondanks de representatief-verklaring van het NVVF in 1979 is een modelovereenkomst gesloten tussen de VNZ en het NGF. De NVVF had geen inspraak over tarieven en declaratiemodel en is niet vertegenwoordigd in de geschillencommissie. De vergoedingen voor een aantal therapieën zijn sindsdien verlaagd, overigens zonder dat de beloofde evaluatie van de proefovereenkomst plaats heeft gehad.

De 1 april/1 juni 1980-maatregel: Naast een bevordering van rechtsongelijkheid bij patiënten en fysiotherapeuten, blijkt dat de beoogde besparing van 60 miljoen zeker niet wordt gerealiseerd.

Honorering fysiotherapeutische hulp: Stug onderhandelen: De VNZ stelt zich rigide op t.a.v. het netto-honorarium en kosten-budget. Tevens beoogt zij het aantal behandelingen te maximeren, waarbij uitgegaan wordt van 70% ziekenfondsverzekerden per praktijk en een degressief tarief voor de meermanspraktijk.

Wetenschappelijk onderzoek: Om te staven dat een gecombineerde behandeling niet meer dan 12 keer hoeft, is de commissie Wetenschappelijk Onderzoek

Fysiotherapie ingesteld. De commissie richt zich echter op onderzoek naar het effect van applicaties zonder massage en oefentherapie.

Ziekenfondstarieven en pensioentoeslag: Fysiotherapeuten die geprotesteerd hebben tegen de verplichte pensioenregeling krijgen van het ziekenfonds een lager tarief doorberekend.

NIVEL

35

NELL, H.W.

De onmacht van de fysiotherapie: veel initiatieven, weinig samenhang.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 93, 1983, no. 10, p. 281-87, lit.opg.(12).

De auteur maakt zich zorgen over het proces van professionalisering van de fysiotherapie. Doel van het proces is beheersing van de gebruikswaarde en ruilwaarde van het beroep. De kenmerken van proces worden besproken, zoals kennis en kunde (toetsing daarvan), het gebruik, de beloning (ruilwaarde), machtspositie en de belangenbehartiging. Met betrekking tot kennis zijn er initiatieven tot onderzoek en tot registratie ten behoeve van toetsing, maar zolang resultaten daarvan niet gebundeld worden kan de beroepsgroep als geheel daar onvoldoende van profiteren. Ten aanzien van het gebruik stelt de auteur dat de fysiotherapie te veel heeft uitgebreid ten koste van aandacht voor toetsbare kennis. Bij invoering van het budgetteringssysteem van financiering is immers duidelijkheid over de gebruikswaarde van groot belang. Door de vele belangenverenigingen is er sprake van verdeeldheid in de beroepsgroep en wordt de machtspositie ondergraven.

NIVEL

36

SOONS, T.L.J.M.

Fysiotherapie 1979-1983: modelmatig bekeken.

In: W.G.W. BOERMA, L. HINGSTMAN (red). De eerste lijn onderzocht. Venlo: Van Lochum Slaterus, 1984, p. 101-

In dit artikel wordt vanuit het ziekenfondsperspectief de aard van vraag en aanbod van fysiotherapeutische hulp in relatie met de gerealiseerde productie bekeken. Het aanbod wordt bepaald door het aantal fysiotherapeuten, werktijd per fysiotherapeut en de efficiëntie van de verrichtingen. Ter beheersing van het aanbod moet een strikte planningsnorm t.a.v. het vestigingsbeleid worden gehanteerd en een maximum werktijd worden ingesteld. Bij de vraag gaat het om variabelen van verwijzing en behandeling. Een verondersteld gevolg van de overheidsmaatregelen is dat bewuster wordt doorverwezen naar de fysiotherapeut. Om het gebruik van fysiotherapie gericht te doen zijn moet onder andere het aantal verwijzingen afgeremd worden en moet meer onderzoek naar de inhoudelijke aspecten van fysiotherapie worden gedaan.

37

Themanummer.

Fysiovisie; 1983, no. 5, p. 2-13.

Themanummer over de gedeeltelijke doorvoering in 1984 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). In de diverse artikelen een overzicht van de voorbereidingen voor de invoering WVG in de proefregio's en de gevolgen van de wet voor de fysiotherapie in het algemeen.

NIVEL

38

WIT, A. de

Overheid en manuele therapie: voordracht gehouden tijdens de studiedag van de NVMT op 25 sept. 1982 te Utrecht.

Nederlands Tijdschrift voor Manuele Therapie; 2, 1983, no. 1, p. 29-31.

De auteur, inspecteur volksgezondheid, schetst de positie van manuele therapie in de fysiotherapie.

Manuele Therapie zou binnen de initiële opleiding tot fysiotherapeut onderwezen moeten worden. Thans zijn daar slechts enkele applicatie-cursussen voor. Binnen de fysiotherapie wordt MT als een verbijzondering beschouwd.

Het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van applicaties bleek moeilijk te realiseren. Het is beter de totale behandelingsresultaten te inventariseren, waar vooral MT zich voor leent door makkelijk in te voeren gestandaardiseerde codes. De auteur acht subsidie van de overheid voor onderzoek denkbaar.

NIVEL

39

ZIEKENFONDSRAAD.

Advies inzake uitvoeringstechnische aspecten, verbonden aan de ontheffing ingevolge art. 47, derde lid van de Ziekenfondswet met betrekking tot fysiotherapeuten.

Amstelveen, 1983, 37 p.

R 1553

Als gevolg van het ontheffingsbesluit zijn er door de ziekenfondsen voor fysiotherapeuten die een contractaanvraag hebben ingediend, wachtlijsten ingevoerd. De van ministeriële zijde voorgestelde overlegkaders per ziekenfonds zijn niet van de grond gekomen. Er is wel overleg geweest tussen de VNZ en de beroepsorganisaties NVVF en NGF. Te evalueren aspecten zijn o.a. het substitutie-effect (voorschrijven medicijnen i.p.v. fysiotherapie) en een verschuiving naar hulpverlening in de tweede lijn. Voor de opvolgingsproblematiek worden verschillende mogelijkheden genoemd. De meerderheid van de ziekenfondsraad voelt voor hantering van wachtlijsten.

NIVEL

3. ORGANISATIE, VESTIGING EN WERKGELEGENHEID

ANTHONISSEN, A.

De fysiotherapie door de mangel: overheidsbeleid met betrekking tot het vak fysiotherapie met name in laatste vijf jaar (1979-1984).

Idem, no. 23.

40

BERG, J.A. van den

Een jaar na het beëindigen van de opleiding tot fysiotherapeut.

Fysiovisie; 1985, no. 9, p. 10-11.

Enquête onder 71 afgestudeerden van de Haagse Academie voor Fysiotherapie. Daarvan blijkt 69% fysiotherapeutisch actief te zijn. Verder gegevens over lengte werkweek en verdeling naar instelling. Opvallend in de cijfers zijn de verschuivingen qua setting en wijze waarop werk werd gevonden, vergeleken met dezelfde enquête van september 1984.

NIVEL

41

Fysiotherapeuten, U staat voor een gezamenlijke opdracht: LVVF

Fysiovisie; 1986, no. 3, p. 13-15.

De LVVF en de NVVF zouden moeten samengaan. Het is onbestaanbaar dat er naast het NGF nog drie kader-netwerken in stand worden gehouden. In de huidige constellatie zijn de kosten voor de broepsgroep te hoog. Het NGF zou geherstructureerd moeten worden tot een soort joint-venture.

NIVEL

42

GROENEWEGEN, P.P., L. HINGSTMAN.

De eerste lijn in kaart gebracht.

Utrecht: NIVEL, 1985, 60 p.

Studies uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Fysiotherapeutendichtheid per WVG-subregio en per economisch geografisch gebied (jan. 84).

43

HEUVEL, C. van den
Schrikbarend aantal werkzoekende fysiotherapeuten: telefonische enquête LBWF.
Fysiovisie; 1986, no. 3, p. 8-9.

Enquête onder 2 lichtenings fysiotherapeuten: 83/84 en 84/85, totaal 634. Een kleine 40% van hen had vast werk, waarvan 43,5% in het buitenland. Van hen zonder vast dienstverband heeft 20% geen enkele fysiotherapeutische ervaring. Er is een duidelijke overcapaciteit van de opleidingen.

NIVEL

44

In 1986 geen verhoging van de contributie.
Fysiovisie; 1985, no. 10, p. 2-6.

Beleidsvoornemens voor 1986 van het NGF in het kader van de langere-termijnplanning. Deze voornemens kunnen beïnvloed worden door externe factoren, zoals opheffing bejaardenverzekering en de vrijwillige ziekenfondsverzekering en verdere invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

NIVEL

45

NATIONALE RAAD voor de VOLKSGEZONDHEID.
Rapport beroepskrachtenplanning fysiotherapeuten.
Zoetermeer: NRV, 1987, 59 p.
R 3072

In het rapport is een inventarisatie en analyse gemaakt van de verschillende factoren en ontwikkelingen die van invloed zijn op vraag en aanbod van fy-

siotherapeuten. Wat betreft de vraagzijde wordt ondermeer ingegaan op epidemiologische en demografische ontwikkelingen, regionale verschillen, ontwikkelingen binnen het beroep en het verwijspatroon. Wat betreft het aanbod is vooral ingegaan op factoren als instroom en uitstroom in en uit respectievelijk opleiding en beroep.

Aan de hand van het instrumentarium voor de beroepskrachtenplanning wordt een aantal suggesties gedaan voor een betere afstemming van vraag en aanbod. Voor de beroepskrachtenplanning van fysiotherapeuten is van belang dat de huidige situatie met een overschot aan fysiotherapeuten tot tenminste 1995 aanhoudt.

NIVEL

KORTENHOEVEN, D.

Van bijverdienste tot broodwinning: de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Idem, no. 31.

KORTENHOEVEN, D.

Verboden toegang voor onbevoegden: een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening. Idem, no. 32.

NEDERLANDSE VERENIGING VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUTEN. Zwartboek 1982: de eerstelijnsgezondheidszorg op de tocht: Een beeld van tegenwerking, zinloze onderhandelingen, trainerende acties: Een zwartboek voor de fysiotherapie.

Idem, no.34.

SOONS, T.L.J.M.

Fysiotherapie 1979-1983: modelmatig bekeken.

Idem no. 36.

46

Structuur Beroepsorganisatie Fysiotherapie.

Fysiovisie-special, 1987, no. 2, p. 1-16.

Na raadpleging van de diverse achterbannen is nu een

nieuwe modelstructuur voor fysiotherapeuten voorgesteld, met drie organisaties met een eigen taak: Het NGF, de Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (VFD) en de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF). De mogelijkheid voor verenigingen die zich bezig houden met een deelgebied van fysiotherapie zich bij het NGF aan te sluiten blijft bestaan. Van Setten beschrijft de aanloop tot de nieuwe structuur. Onder zijn leiding was er reeds overleg tussen de LVVF (en NGF) en de NVVF vanaf 1983. In volgend artikel komen m.b.t. de nieuwe structuur aan de orde: de uitgangspunten, uitwerking, inrichting van de drie verenigingen. In het organisatieschema van het Genootschap behouden de regio's, de LVSF en de beroepsinhoudelijke lidverenigingen dezelfde plaats. Bij de VFD en de VVF wordt uitgegaan van de regio's, respectievelijk WZV- en WVG-regio's.

In een artikel van Jansma (voorzitter NGF) wordt gewezen op de verschuiving van belangenbehartiging naar beroepsinhoudelijke aspecten. Voorts een positioneel artikel van J.Rooders van de LVFD wier leden zich bedreigd voelden door de ruime aandacht voor vrijgevestigden. Een nieuw terrein zal het behartigen van belangen van fysiotherapeuten zijn die in dienstverband in een vrije praktijk werken. De voorzitter van de LVVF wijst erop dat in de nieuwe structuur de tegenstelling, zoals die binnen het LVVF tussen ondernemer en medewerker in de vrije praktijk bestaat, zal komen te vervallen. Ook de NVVF heeft de herstructurering van harte gesteund volgens voorzitter Van Baren, die in een volgend artikel onder meer de versterkte onderhandelingspositie benadrukt. De Vereniging van Multidisciplinair Samenwerkende Fysiotherapeuten (VMFV) zou zich in de nieuwe structuur moeten splitsen over de VVF en de VFD, gezien de problematiek praktijkhouder-praktijk-medewerker. Vooralsnog is dat niet acceptabel volgens voorzitter mevrouw J.Folgererts.

Een beknoptere versie van deze special is te vinden in de bijlage van Fysioscoop van februari 1987: Nieuwe structuur in de nationale fysiotherapie.

47

TAP, H.J.

Fysiotherapie 1983; een discussie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 93, 1983, no. 10, p. 288-92.

De auteur bespreekt in dit artikel de huidige problemen in de fysiotherapie, zoals werkloosheid, invoering WVG en wachtlijsten, alsook oorzaken daarvan en aspecten die benadrukt zouden moeten worden. Ten aanzien van de ongebreidelde groei van de laatste twee decennia, hebben de beroepsverenigingen verzuimd beheersmatige mechanismen te creëren. Meer inhoudelijk wijst de auteur op het vertrouwen in de technologie, mede bepaald door experimentele natuurwetenschap en christelijke filosofie. In het kader van de WVG moet de fysiotherapie interne tegenstellingen, zoals tussen praktijkhouder en medewerker en tussen het eigen beroep en andere disciplines, tegengaan. De auteur noemt drie middelen om de sociale relevantie en de kwaliteit te structureren en daarmee het bestaansrecht van het vak te garanderen:

- wetenschappelijke onderbouwing: dooreen wetenschappelijke benadering van de empirie dient de kloof tussen 'doeners' en theoretici te worden opgeheven.

- verbijzonderingen (met nascholing): juist binnen verbijzonderingen kan effectmeting haalbaar zijn, wel moet worden voorkomen dat een verbijzondering, afgescheiden van de 'algemene fysiotherapie', een gesloten systeem wordt.

- onderwijs: de opleidingen neigen tot reproductie, geringe flexibiliteit en zijn innovatie-vijandig. Het onderwijs moet probleem-, klacht- en prognosegeoriënteerd zijn en het accent moet liggen op samenwerking tussen de geledingen.

NIVEL

ZIEKENFONDSRAAD.

Advies inzake uitvoeringstechnische aspecten, verbonden aan de ontheffing ingevolge art. 47, derde lid van de Ziekenfondswet met betrekking tot fysiotherapeuten. Idem, no. 39.

4. OPLEIDING

Beroepsomschrijving.
Fysiovisie-special.
Idem, no. 2.

48

GIEBELS, L.

Deventer Akademie met geheel nieuw ontwerp voor onderwijs.

Nederlandse Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten;
11, 1985, no. 2, p. 15.

Invoering van het Individuele Studie Systeem in de Akademie voor Fysiotherapie, in de vorm van modulair onderwijs. Elk leervak is opgedeeld in relatief kleine, autonome eenheden (modules) met geplande studie-activiteiten voor een welbepaald eindniveau. Het studeren kan individueel, in diades of groepsgevijs. De rol van docent is verlegd van lesgever naar studiebegeleider. Een module wordt afgesloten met een, individuele, zelftoets en centrale toetsen.

NIVEL

49

NOORDHOF, H.

Eisen die het praktijkveld mag stellen aan het onderwijs.

Fysiovisie; 1984, no. 1, p. 27-29.

Aan de orde komen de relaties onderwijs/samenleving (toegespitst op onderwijs-praktijkveld fysiotherapie) en beroepsbeeld van de fysiotherapeut/onderwijsinstellingen. Onderwijs en praktijkveld hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de beroepscomponent van het onderwijs, mede realiseerbaar door overleg op landelijk, regionaal en instellingsniveau. Het praktijkveld zou onder andere een operationeel beroepsbeeld moeten opstellen.

NIVEL

50

NOORDHOF, H.

Ontwikkelingen en accenten in onderwijs in de fysiotherapie.

Fysioscoop; 11, 1985, no. 9, p. 18-21.

Uitgangspunten in de opleiding zijn dat fysiotherapie een praktisch vak is, onderdeel van het HBO is en dat het 'probleem-oplossen' centraal moet staan. Veranderingen in het programma zijn vooral het gevolg van accentverschuivingen door de opkomst van preventie en gezondheidscentra en door de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg. Met betrekking tot didactiek is vooral de opkomst van audiovisuele apparatuur van belang.

Het aantal opleidingen zal verminderen door fusies als gevolg van schaalvergroting.

NIVEL

51

Paramedici als doctorandus: Pleidooi voor wetenschappelijke opleiding.

Fysioscoop; 12, 1986, no. 12, p. 7.

Vanaf volgend jaar (1987/88) is het mogelijk paramedische wetenschappen te studeren aan de Rijksuniversiteit Utrecht, met de specialisaties fysiotherapie en logopedie. De samenwerking tussen de medische faculteit en de HBO-opleidingen fysiotherapie zal groeien, teneinde de studenten de kans te geven over te stappen van HBO naar wetenschappelijk onderwijs en omgekeerd.

NIVEL

52

RONTELTAP, C.F.M., R.I.M.C. de DOBBELAERE, E.A.A. RAMECKERS.

Het vak "Onderzoeken en Behandelen" in de opleiding fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 12, p. 284-86.

Dit artikel bevat een samenvatting van de resultaten van onderzoek naar diagnostische vaardigheden van de student voor het opstellen van een behandelplan, binnen het huidige HBO-fysiotherapie onderwijs. Een enquête over het centrale vak Onderzoeken en Behandelen (O+B) bij 17 opleidingen levert volgende op: alle opleidingen hebben een schoolwerkplan met betrekking tot O+B. Bij één opleiding is er geen aparte vakgroep. De groepsgrootte bij het vak varieert van 8 tot 25. Gemiddeld wordt 43% van de onderwijstijd aan beroepsvoorbereiding besteed, aan O+B minimaal 12% en maximaal 42%. De enquête onder docenten is gespecificeerd naar docentkenmerken, leerstofkenmerken, didactische werkvormen, leermiddelen en toetsing studieresultaten. Enkele opvallende gegevens: bij de docenten is 89% fysiotherapeut en daarvan 85% als zodanig buiten het onderwijs actief; het onderwijs is overwegend praktisch; docenten gebruiken veel zelfgeproduceerde leermiddelen.

NIVEL

53

SELLINK, W.J.L., P.C. van der SIJDE, R.J. WURMS.

Audio-visuele programmatuur bij de oplossing van fysiotherapeutische problemen.

Fysiovisie; 1985, no. 11, p. 9-11.

Audiovisuele apparatuur vormt een waardevolle aanvulling bij het fysiotherapeutisch probleemoplossen. Enkele nadelen van gebruik van 'echte' patiënten en simulaties worden omzeild door middel van video-simulaties. Voor elk studiejaar zijn er videocasussen, gericht op het niveau van de studenten.

NIVEL

TAP, H.J.

Fysiotherapie 1983; een discussie.

Idem, no. 47.

VOLDER-de DOBBELAERE, R.I.M.C.

Schets van de lerarenopleiding HBO-fysiotherapie.

Fysiovisie; 1986, no. 12, p. 9-10.

In dit artikel wordt de lerarenopleiding HBO-fysiotherapie van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht geschetst. Deze opleiding is de enige in haar soort in Nederland. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het algemeen kader waarin de lerarenopleiding haar plaats heeft, haar doelstellingen, de toelatingsregelingen, de inhoud en vormgeving van de opleiding en de exameneisen.

NIVEL

VORST, F.A.(voorzitter), A.B. de GRAAF.

Groei en krimp in Hoger Gezondheidszorgonderwijs: toekomstverkenningen en aanbevelingen.

's Gravenhage: Voorlichtingsdienst HBO-raad, 1987, 28

p.

R 3098

De door de sectie HGZO ingestelde commissie voor aanbevelingen omtrent taakverdeling en concentratie doet verslag van haar bevindingen. Dit eindrapport is onderverdeeld in drie delen. In deel 1 is opgenomen een overzicht van gegevens en beleidsvoornemens met betrekking tot de gezondheidszorg. In deel 2 wordt de huidige positie van de beroepsbeoefenaren beschreven en vindt een toekomstverkenning plaats. Het derde deel bevat de aanbevelingen van de commissie. Het rapport is bedoeld als referentiekader voor het proces van taakverdeling en concentratie.

NIVEL

5. SAMENWERKING EN PRAKTIJKVORM

5.1 Algemeen

56

GIJT, H. de

Medewerkers in loondienst: hoofdlijnen t.a.v. allerlei voorschriften.

Fysioscoop; 11, 1985, no. 10, p. 20-21.

Wettelijke bepalingen met betrekking tot aanstelling, proeftijd, beëindiging, belastingen etc. voor fysiotherapeuten in loondienst.

NIVEL

HINGSTMAN, L., H. BOON.

Fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg: aantallen, samenstelling en geografische spreiding.

Idem, no. 28.

KERKHOFF A.H.M.

Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie

Idem, no. 29.

57

OOMKENS, S.

De eerste en tweede lijn meer op één lijn.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no. 9, p. 189-90.

Aan de hand van een voorbeeld van een patiënt die een "total hip"-operatie moet ondergaan wordt beschreven hoe de samenwerking tussen fysiotherapeuten in de eerste en tweede lijn zou moeten zijn. De pré-operatieve behandeling moet worden afgestemd op de behandeling na de operatie, waarvoor een effectieve informatie-overdracht nodig is.

NIVEL

58

Samenwerken in de vrijgevestigde praktijk.
Fysiovisie; 1985, no. 12, p. 2-24.

In deze special een overzicht van samenwerkingsmogelijkheden tussen fysiotherapeuten met bijdragen van diverse auteurs. De volgende alternatieven worden onderscheiden: loondienst vast salaris, loondienst variabel salaris, fictief dienstverband, maatschap volgens specimen, maatschap met inbreng goodwill, maatschap met volledige inbreng. Alle, al dan niet financiële, gevolgen van een keuze voor één van de samenwerkingsvormen worden uitgebreid besproken.

59

SNEEP, R.

Samenwerking tussen 1e en 2e lijns fysiotherapie.
Fysiovisie; 1983, no. 12, p. 27-29.

Dat samenwerking tussen fysiotherapeuten in de eerste en tweede lijn zelden voorkomt is vooral het gevolg van onvoldoende expliciteren van het behandel­doel en het daarvan afgeleide behandelplan. Uit een klein-schalige enquête blijkt dat de gebrekkige informatiestroom tussen eerste- en tweedelijnsfysiotherapeuten veroorzaakt wordt door: communicatie­stoornis, kennisgebrek, tijdgebrek en onbegrip. Tevens wordt overleg nogal eens als bedreigend ervaren. De auteur onderbouwt voorts de noodzaak tot samenwerking en noemt enkele veranderingsstrategieën om dat te bewerkstelligen.

NIVEL

60

TAVERNE, E.

De visie van: orthopaedisch chirurg P.H. van Setten: wetenschappelijke onderbouwing fysiotherapie bevordert contact arts-fysiotherapeut.
Fysiovisie; 1981, no. 3, p. 6-7.

Van Setten is tevreden met de onlangs opgerichte Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Hij is van mening dat de fysiotherapie wetenschappelijk

onderbouwd moet worden, waardoor onder meer het contact tussen arts en fysiotherapeut kan worden verbeterd. Een contact dat lang niet altijd glad verloopt, niet in de laatste plaats omdat de fysiotherapeut zijn vak moeilijk "over tafel krijgt" en niet elke arts overtuigd is van het nut van fysiotherapie.

NIVEL

61

TAVERNE, E.

Vrijgevestigde fysiotherapeuten moeten snel kiezen. Fysiovisie; 1985, no. 11, p. 14-15.

De vrijgevestigde fysiotherapeuten moeten een keuze maken tussen een associatie en een loondienstverband in plaats van het medewerkerschap op notabasis van voorheen. Reden is dat de BVG de praktijkhouder als premieplichtig beschouwt. Tevens wil het ziekenfonds de praktijken met mensen in loondienst als een instelling beschouwen, met de nadelen vandien.

NIVEL

62

VELD, H.O. in 't, A.E. MONTENY.

Ontwikkelingen van gestructureerde multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg: van fysiotherapie naar fysiotherapeutische hulpverlening. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 91, 1981, no. 9, p. 261-70.

Naast algemene informatie over de plaatsbepaling samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, wordt nader ingegaan op de effecten van de gestructureerde samenwerking met betrekking tot verruiming van de formele bevoegdheden van de fysiotherapeut, visieontwikkeling ten aanzien van integrale hulpverlening, teamverantwoordelijkheid en het professioneel handelen. Een beschrijving wordt gegeven van de inhoud van fysiotherapeutische hulpverlening, zoals deze zich multidisciplinair heeft ontwikkeld. Herdefiniëring wordt noodzakelijk geacht, zodat er

nieuwe behandelingsmethoden ontwikkeld kunnen worden, die meer adviserend/begeleidend en preventief zijn en appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

NIVEL

63

WEL, T. van der

Twee kunnen meer dan één: Probleemgerichte samenwerking tussen fysiotherapeut en maatschappelijk werker.

Deel 1: De Eerste Lijn; 7, 1982, no. 2, p. 4-8.

Deel 2: De Eerste Lijn; 7, 1982, no. 3, p. 4-6.

Deel 1. Gezien de achtergronden, zoals opleiding, is het niet waarschijnlijk dat de fysiotherapeut en de maatschappelijk werker snel tot samenwerking komen. Daarvoor is het noodzakelijk dat de fysiotherapeut een meer dan medisch-technische benadering heeft van hulpverlening, dat is vooral het geval bij interdisciplinaire teams met gezamenlijke verantwoordelijkheid. Aan de hand van een voorbeeld wordt het nut van samenwerking duidelijk gemaakt.

Deel 2. In dit deel gaat het over de noodzakelijke voorwaarden voor "groepsbegeleiderschap" en de aanpassingen daarvoor in de beroepsopleidingen.

NIVEL

64

WIJKEL, D.

Samenwerken en verwijzen. Deel II: Samenwerken buiten gezondheidscentra en groepspraktijken.

Utrecht: NHI, 1983/84, 75 p., lit. opg.(17).

Rapport over de verschillende vormen van samenwerking tussen huisartsen in solo-praktijken en associaties en de relatie daarvan met productiecijfers in de tweede lijn. Naast samenwerking tussen huisartsen onderling (monodisciplinair) is bidisciplinaire samenwerking met vijf eerstelijnsdisciplines, waaronder fysiotherapie, onderzocht. Met betrekking tot fysiotherapie komt uit het onderzoek geen verband naar voren tussen de intensiteit van patiënten-

overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten en de mate van verwijzen door huisartsen naar orthopaedie.
NIVEL

65

ZEE, J. van der, H.C. van DIJK.

Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg: huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra. Deel IV. Samenwerking tussen hulpverleners.

Utrecht: NHI, 1979, 59 p.

R 357

In dit rapport uit het registratiesysteem gaat het eerste gedeelte over multidisciplinair overleg, achtereenvolgens voor de gezondheidscentra en voor de groepspraktijken beschreven. De volgende gedeeltes hebben betrekking op inter- en monodisciplinair overleg.

Het gemiddeld aantal disciplines per gezondheidscentrum is bijna vijf. Bij centra met meer dan drie disciplines maakt in 85% van de gevallen fysiotherapie deel uit van het kernteam. Met betrekking tot multidisciplinair overleg blijkt dat vooral de fysiotherapeut en de leidster gezinszorg daaraan deelnemen. Voor elke onderscheiden vorm van overleg wordt de frequentie en de deelname door de verschillende disciplines weergegeven.

NIVEL

5.2 Relatie huisarts-fysiotherapeut

66

BURGER, A.K.C.

Patiënt, huisarts en fysiotherapeut.

Huisarts en Wetenschap; 12, 1969, no. 5, p. 185-86.

Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut kan bijzondere resultaten voor de patiënt afwerpen. Er dient echter een administratieve communicatiemoge-

lijkheid aanwezig te zijn, die volgens een vast stramien werkt. Hiertoe werd een patiëntenkaart gemaakt, die door de huisarts wordt ingevuld en tevens als verwijsbrief dient.

NIVEL

67

DIJKSTRA-de WEIJS, M.G.

Het onbegrip: overleg tussen arts en fysiotherapeut.

Issue; 1984, no. 2, p. 1.

Waarom is het voor de fysiotherapeut zo moeilijk om met een arts over zijn vak te praten? Het komt veel voor dat ze langs elkaar heen praten, en elkaar maar ten dele begrijpen. Het gevolg is dat er vooroordelen ontstaan, die zeer nadelig zijn voor de fysiotherapeut en zijn vak.

NIVEL

68

HOMMES, Chr.

Verwijzing huisarts-fysiotherapeut.

Fysiovisie; 1983, no. 11, p. 8-9.

Het is meestal de fysiotherapeut die de huisarts op de hoogte brengt van het brede scala aan behandelingsmethoden van fysiotherapie. Weliswaar krijgen steeds meer artsen in hun studie informatie over de fysiotherapie - hoewel dit sterk per universiteit verschilt - maar het aantal onderwerpen dat aan de orde komt blijft beperkt. Door dit gebrek aan kennis zou de relatie huisarts-fysiotherapeut ernstig in gevaar kunnen komen.

NIVEL

69

KERKHOFF, A.H.M.

Huisarts en fysiotherapeut.

Medisch Contact; 37, 1982, no. 33, p. 991-97.

Huisartsen die vaak naar de specialist verwijzen, verwijzen (dus) ook vaak naar de fysiotherapeut.

Juist of niet juist? Niet juist, althans niet te bewijzen. Een stelling die wel opgaat lijkt: sterk uiteenlopende opvattingen over de toepassingsmogelijkheden van fysiotherapie leiden tot een weinig uniform verwijsgedrag ter zake, ook in kwantitatieve zin. Aldus bevond de arts Kerkhoff, verbonden aan het ziekenfonds Westelijke Zuidhollandse Eilanden te Brielle, na een explorerend onderzoek dat hij deed in eigen resort. De conclusie dat de ene huisarts veel vaker verwijst naar de fysiotherapeut dan de andere, lijkt hem niet van zin ontbloeit in het licht van het streven naar een verantwoord vestigingsbeleid.

NIVEL

70

KERKHOFF, A.H.M., P.P. GROENEWEGEN.

Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg.

In: W.G.W. BOERMA, L. HINGSTMAN (red). De Eerste Lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985, p. 91-100.

B 1220

In deze studie wordt een poging ondernomen om de "verstrekking" fysiotherapie wat beter in maat en getal vast te leggen. Daartoe is gebruik gemaakt van gegevens over alle machtigingen voor fysiotherapie, die bij een klein regionaal ziekenfonds gedurende het jaar 1982 werden aangevraagd. Met deze gegevens kan een antwoord worden gegeven op de volgende vragen:

- voor hoeveel patiënten is in 1982 een machtiging voor fysiotherapie aangevraagd en hoe verhoudt deze groep zich qua samenstelling tot de totale groep verzekerden?
- hoeveel machtigingen werden er per patiënt aangevraagd?
- bij welke indicaties werd een machtiging aangevraagd?
- verschillen huisartsen in hun verwijscijfers?

Waar mogelijk zullen de antwoorden op deze vragen

vergeleken worden met gegevens van andere onderzoeken.

NIVEL

71

KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN, E.Chr. CURFS.

Fysiotherapie in Nederlandse gezondheidszorg.

Utrecht: NIVEL, 1986, 119 p., lit. opg.

B 1408

Onderzoek onder 250 huisartsen en 257 fysiotherapeuten over de omstandigheden van de huisarts in relatie met verwijscijfers en over samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut. Als de patiënt is doorverwezen blijkt dat de huisarts voor en tijdens de behandeling niet vaak contact opneemt met de fysiotherapeut. De huisarts geeft vaker medisch-technische achtergrondinformatie door dan psychosociale. Gestructureerd overleg tussen arts en fysiotherapeut komt gemiddeld eens in de twee weken voor en dan voor ongeveer de helft van zowel huisartsen als fysiotherapeuten. Binnen de eerstelijns zorg wordt door de huisartsen het meest samengewerkt met de wijkverpleging, gevolgd door fysiotherapie en maatschappelijk werk.

Gedurende de behandeling zegt de fysiotherapeut soms contact op te nemen met de huisarts, terwijl de arts dat zelden of nooit doet. Met betrekking tot overleg blijkt dat fysiotherapeuten met meer huisartsen overleg voeren dan huisartsen met fysiotherapeuten.

NIVEL

72

MELKER, R.A. de

Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 91, 1981, no. 9, p. 254-60.

In dit artikel wordt de betekenis van de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut benadrukt tegen de achtergrond van een integrerende benadering

van het huidige klachtenpatroon. Aan de hand van casuïstiek wordt nader ingegaan op de mogelijkheden en risico's fysiotherapeutische behandelingsmethoden.

Er wordt gepleit voor een "meersporenbenadering" en het voorkomen van somatische fixatie. Zo'n benadering vereist een goed samenspel tussen huisarts en fysiotherapeut in het kader van verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Er wordt gewezen op de gevaren van een te sterke uitbreiding van fysiotherapeutische hulpverlening.

NIVEL

73

MELKER, R.A. de

De samenwerking tussen huisarts, patiënt, fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

Fysiovisie; 1984, no. 1, p. 7-11.

In deze voordracht heeft de auteur willen benadrukken dat fysiotherapie een belangrijke bijdrage kan leveren bij een optimale behandeling van de binnen de eerstelijns gepresenteerde klachten. Tevens worden de risico's van fysiotherapie naar voren gebracht. Willen huisarts en fysiotherapeut vanuit een gezamenlijke visie hulp verlenen, dan zullen de opleidingen van zowel de huisarts als de eerstelijns fysiotherapeut aangepast moeten worden.

NIVEL

74

MULLER, S.B.

Goede communicatie arts en fysiotherapeut noodzakelijk.

Fysioscoop; 11, 1985, no. 7/8, p. 9.

Erkenning van de fysiotherapeut door de huisarts is nog niet algemeen. Bij verwijzing zou de arts voldoende gegevens moeten vermelden, zoals aard van de aandoening, psychische factoren, medicatie etc., waarna de fysiotherapeut zelfstandig de behandeling bepaalt. In dat geval is er inderdaad sprake van erkenning.

75

STORK, J.

Verwijzen naar fysiotherapeut.

Nederlandse Vereniging Vrijgevestigde Fysiotherapeuten ; 8, 1982, no. 11, p. 12-13.

Constaterend dat de helft van de patiënten bij de fysiotherapeut komt voor nek- of rugklachten, vraagt de auteur zich af of zij gebaat zijn bij fysiotherapie. Aan de hand van enkele voorbeelden wordt beweerd dat de geneeskunde van de fysiotherapeut vaak een verlengstuk is van het onvermogen van de verwijzende arts. De auteur is voorstander van een ander honoreringssysteem en stelt vraagtekens bij het beoordelen van een behandeling door een controlerend geneeskundige van bijvoorbeeld het ziekenfonds.

NIVEL

5.3 Integratie in gezondheidscentra

76

BERTELS, M.

Onderzoek naar kwaliteit: telt alleen het resultaat? Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek; 3, 1985, no. 4, p. 45-48.

Dit artikel bevat naast kritiek op het verslag van het evaluatie-onderzoek naar de fysiotherapie in de Amsterdamse gezondheidscentra van Van Dijkum en Ten Brummeler (TGP 1985, no. 3) een weergave van de achtergronden en keuzes bij dit onderzoek.

In de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde wordt een kwaliteitsbeoordeling veelal verkregen door kwantitatieve effectmeting. Er wordt dan voorbij gegaan aan meer inhoudelijke aspecten zoals de behandelwijze. De onderzoeksdoelen in het Amsterdamse onderzoek waren in overeenstemming met de uitgangspunten van de gezondheidscentra: verbetering van de werkwijze en structureel oplossen van finan-

ciële tekorten als gevolg van de werkwijze. Het verslag van Van Dijkum en Ten Brummeler is niet in overeenstemming met de onderzoeksdoelen, zodat onlogische en foutieve conclusies zijn getrokken. Zo is er bijvoorbeeld geen reden aan te nemen dat het belang van samenwerking kleiner is dan verwacht. Bepalend in dit onderzoek met betrekking tot de onderzoeksresultaten is dat door de uitgangspunten bepaalde zaken niet zijn onderzocht.

NIVEL

77

BERTELS, M., L. ten BRUMMELER, C. van DIJKUM.

Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam: eindrapport.

Amsterdam: SISWO, Onderzoeksplatform van Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns dienstverlening in Amsterdam, 1985, 469 p.

B 1229

In het onderzoek, waarvan dit rapport het eindverslag vormt, is getracht de kwaliteit en de werkwijze van de fysiotherapeuten in een aantal Amsterdamse gezondheidscentra in kaart te brengen en te evalueren. Het gaat hierbij om de werkwijze en de resultaten daarvan in brede zin en niet om de bruikbaarheid van specifieke vormen van fysiotherapie bij bepaalde klachten of aandoeningen.

In de huidige honoreringsstructuur leidt de werkwijze echter tot structurele exploitatietekorten. Invoering van een systeem van budgetfinanciering zou beter aansluiten.

De resultaten wijzen uit dat de betrokken huisartsen minder op behandeling uit zijn en bij verwijzing vaker advies vragen. De artsen in de centra verwijzen minder naar tweedelijns specialisten dan andere huisartsen.

Bij gecompliceerde hulpvragen wordt door de fysiotherapeut frequent en in een vroeg stadium andere hulpverleners geconsulteerd.

In de Amsterdamse gezondheidscentra is sprake van een effectieve inzet van de fysiotherapeutische

deskundigheid.

NIVEL

78

BUYTEN, N.T., R. van der HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. in 't VELD, H. LAMBERTS.

Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord.

Huisarts en Wetenschap; 20, 1977, no. 6, p. 237-42.

Een onderzoek naar 852 in 1975 door de fysiotherapeuten behandelde patiënten wordt beschreven. De uitkomsten dienen in de eerste plaats om de opvatting te ondersteunen dat de fysiotherapeut naast de huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige een gelijkwaardige plaats in de eerstelijns samenwerkingsverbanden mag opeisen.

Bij 68% van de patiënten is er sprake van probleemgedrag, dat nader wordt toegelicht. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat dit gedrag de behandelingsduur en -frequentie beïnvloedt.

Besproken wordt op welke wijze de fysiotherapeuten hun plaats hebben bepaald binnen de meer algemene doelstelling van het kernteam en op welke wijze zij aan nieuwe strategieën bij de hulpverlening aan mensen met leefproblemen deelnemen.

NIVEL

79

Fysiotherapie in gezondheidscentra onderzocht.

Fysiovisie; 1985, no. 7/8, p. 3-5.

Artikel bij het verschijnen van het evaluatieonderzoek naar fysiotherapie in zeven Amsterdamse gezondheidscentra (zie verder no. 77).

NIVEL

80

MULDER, J.D., J.D. WUISTER.

Huisarts en fysiotherapeut: een onderzoek uit Noordwijk: Deel I.

Leiden: Rijksuniversiteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1984, 46 p.

R 380

In dit rapport worden de resultaten besproken van een onderzoek over de effecten van toegenomen samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten binnen één gezondheidscentrum. Het onderzoek vond plaats in de periode van 1-1-79 tot 1-1-88 en had betrekking op alle patiënten, die in deze periode door de huisartsen werden verwezen naar de fysiotherapeuten. Niet betrokken in dit onderzoek waren alle patiënten die thuis werden behandeld (aparte fysiotherapeut).

O & O

81

MULDER, J.D., A.J. OFFINGA.

Huisarts en fysiotherapeut. Deel II.

Leiden: Rijksuniversiteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1985, 19 p.

R 381

Verslag van een onderzoek naar de verschillen tussen twee fysiotherapeuten, werkzaam in het gezondheidscentrum Wantveld te Noordwijk aan Zee, zie no. 80.

ZEE, J. van der, H.C. van DIJK.

Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg: huisartsgroeppraktijken en gezondheidscentra. Deel IV. Samenwerking tussen hulpverleners.

Idem, no. 65.

6. GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG

82

AALDEREN, H.J. van

Wat verwacht de patiënt van de fysiotherapeut?

Fysiovisie; 1984, no. 1, p. 19-22.

Dit artikel gaat over de aangeleerde verwachtingen die patiënten hebben ten aanzien van de fysiotherapeut en over de plaats van de fysiotherapeut in de gezondheidszorg en de consequenties daarvan. Het aangeleerde kader van verwachtingen komt voort uit een eenzijdige natuurwetenschappelijke benadering en technologische ontwikkelingen in de geneeskunde. De fysiotherapie kan bijdragen aan een proces van demedicalisering door zich te bezinnen op zijn grondslagen en alleen te behandelen bij duidelijke indicatie en aangetoond effect. Voorts zou men kunnen overwegen de klachten behorend tot "selflimiting diseases" niet te behandelen. Aan de andere kant zou relatieve groepsbehandeling veel meer aandacht moeten krijgen binnen de fysiotherapie.

NIVEL

83

BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER.

Het patiëntenaanbod in zes fysiotherapie praktijken: een inventariserend onderzoek.

Utrecht: Stichting Utrechtse Paramedische Academie, 1983, 80 p., lit. opg. (scriptie).

R 1881

De vraagstelling in dit onderzoek is vierledig:

- wat zijn de kenmerken van patiënten bij de fysiotherapeut;
- zijn er verschillen c.q. overeenkomsten tussen diagnose van verwijzer en werkdiagnose van fysiotherapeut;
- krijgt een particuliere praktijk patiënten met

andere kenmerken dan bijvoorbeeld een polikliniek;
- komen alle ziekenfondspatiënten bij de fysio-
therapeut via de voorgechreven machtiging.

Het onderzoek is uitgevoerd in twee vrije prak-
tijkten, twee poliklinieken in ziekenhuizen en twee
poliklinieken in verpleegtehuizen, alle te Utrecht.
De gegevens van de gebruikers worden afgezet tegen
de soort verwijzer, verzekeringsvorm en natuurlijk
de setting. Enkele conclusies: de aard van diagnose
bleek sterk gekoppeld aan geslacht en leeftijd van
de patiënten. In 55% van de gevallen stelde de
fysiotherapeut dezelfde diagnose als de arts, waar-
bij de onderzoekers echter wel op classificatiemoei-
lijkheden stuitten (systeem ICD-9).

Het ziekenhuis kreeg veelal particuliere patiënten
via de specialist, de particuliere praktijk veelal
ziekenfonds-patiënten door de huisarts verwezen.
Ongeveer 18% van de ziekenfondspatiënten was niet in
het bezit van een machtigingsaanvraag. De auteurs
noemen nog enkele discussiepunten en mogelijke items
voor vervolgonderzoek.

NIVEL

84

BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN, J. van
der ZEE.

Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg: verken-
nend onderzoek in drie soorten praktijken.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 94, 1984,
no. 3, p. 70-74.

In dit artikel de resultaten van een verkennende
studie naar de plaats van de fysiotherapie als ex-
tramurale gezondheidszorg. In drie typen praktijken,
de vrije praktijk, de polikliniek in een ziekenhuis
en in een verpleeghuis, zijn gegevens geregistreerd
van de patiënten gedurende één maand. Doel was de
belangrijkste kenmerken van de patiënten naar voren
te halen en beantwoording van de vraag of het eche-
lonneringsdenken van toepassing is op de extramurale
fysiotherapie.

De resultaten wijzen niet op een aparte eerstelijns

en tweedelijns fysiotherapie.

NIVEL

85

BREKEL, E.J.G. van den

Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983.

Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 2, p. 5-16.

Analyse van de gegevens aangaande contacten met de fysiotherapeut over de periode 1974-1983. In deze periode is het bezoek aan de fysiotherapeut verdubbeld van 5% naar 10%. Het gebruik hangt samen met de beleving van de eigen gezondheid en met rapporteren van bepaalde langdurige aandoeningen. Met het toenemen van de leeftijd stijgt het percentage gebruikers van bijna 2% in de jongste leeftijdsgroep tot meer dan 10% in de leeftijden vanaf 40 jaar. Oudere vrouwen doen meer dan oudere mannen een beroep op de fysiotherapeut en dat verschil heeft vooral te maken met het frequenter voorkomen van gewrichtsaandoeningen bij deze vrouwen. Tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden worden geen verschillen gevonden. Hogere inkomensgroepen hebben een wat hoger gebruik. Een rol speelt ook de praktijkvorm van de huisarts. Het gebruik ligt iets hoger bij patiënten van een huisarts die werkt in een samenwerkingsverband.

NIVEL

86

BREKEL, E.J.G. van den

Rug- en gewrichtsaandoeningen belangrijkste reden verwijzing.

Fysioscoop; 11, 1985, no. 5, p. 10-19, lit. opg.

Er wordt getracht een beeld te schetsen van ontwikkelingen in het gebruik van fysiotherapie over de periode 1974-1983. De meeste gegevens zijn afkomstig van de continue gezondheidsenquête van het CBS, door middel van een aselechte steekproef van jaarlijks 10.000 personen. De gebruikers worden ingedeeld naar

geslacht, leeftijd, gezondheid, soort klachten, provincie. De meeste resultaten sluiten aan bij eerdere onderzoeken.

NIVEL

87

CREBOLDER, H.F.J.M.

Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen.

Huisarts en Wetenschap; 26, 1983, no. 2, p. 42-48.

Het aantal fysiotherapeutische behandelingen in Nederland is het afgelopen decennium explosief toegenomen. Desondanks is nog maar weinig bekend over de redenen voor verwijzing naar de fysiotherapeut, de aard en de duur van de behandeling en de resultaten. In deze bijdrage wordt een beeld geschetst van de huidige stand van zaken. Dat gebeurt aan de hand van de gegevens over 616 patiënten die in 1979 werden behandeld door een viertal vrijgevestigde fysiotherapeuten.

NIVEL

88

FRENKEN, F.J.M.

Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête, 1981/1982.

Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 2, 1983, no. 10, p. 18-25.

In 1981 en 1982 zijn elk jaar 10.000 personen geïnterviewd over hun gezondheid en contacten met de diverse hulpverleners in de gezondheidszorg. De contacten met de fysiotherapeut zijn hier ingedeeld naar leeftijdscategorie, geslacht en verzekeringsvorm.

NIVEL

KERKHOFF, A.H.M., P.P. GROENEWEGEN.

Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg.

Idem, no. 70.

7. KWALITEIT VAN DE FYSIOTHERAPIE

-7.1 Effectmeting

89

APELDOORN, A., O.G. MEIJER, M. van OORT.

Verwetenschappelijking van de fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no. 5, p. 105-11, lit.opg.(62).

Van vele zijden wordt gepleit voor verwetenschappelijking van de fysiotherapie. De discussies dienaangaande zijn verward. Indien onderscheid wordt gemaakt tussen verwetenschappelijking van de praktijk, toegepast onderzoek en effectonderzoek, kunnen de discussies verhelderd worden. De verwetenschappelijking van de praktijk staat in het teken van de kwaliteitsbewaking. Toegepast onderzoek is de interactie tussen basiswetenschappelijke inzichten en praktijkervaring. Volgens de auteurs zou effectonderzoek de hoogste onderzoeksprioriteit moeten krijgen omdat dat de basis is voor legitimering van de fysiotherapie.

NIVEL

90

AUFDEMKAMPE, G., O.G. MEIJER.

De kwaliteit van effectonderzoek in de fysiotherapie: het belang van de methodologie.

In: Fysiotherapie, wetenschap en beleid: bijdragen aan een symposium te Amsterdam op 3 oktober 1985, georganiseerd door de S.W.S.F. Urecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985, p. 60-99, lit. opg.(170).

B 1386

In deze bijdrage wordt de functie van de diverse soorten effectonderzoek nader gedefinieerd met behulp van methodologische begrippen, resulterend in de volgende, hier beknopt weergegeven, stellingen:

1. de legitimering van de fysiotherapie staat of

valt met zinnig effectonderzoek (heeft dus voorkeur boven fundamenteel onderzoek). Door effectonderzoek te stimuleren en de kwaliteit te bewaken kan in de gezondheidszorg veel geld worden bespaard;

2. het effectonderzoek moet zich richten op het true-experimenteel design, in plaats van het pré-experimenteel design. De verwetenschappelijking van de fysiotherapie kan dan doorgang vinden;

3. met het oog op deze verwetenschappelijking dienen de methodologische eisen voor publicatie te worden aangescherpt (taak tijdschriftredacties);

4. tevens van belang is de prioriteitsstelling ten aanzien van ontwikkeling van ecologisch valide effect-variabelen;

5. om inzicht te krijgen in het belang van het true-experimenteel design en statistische, ecologische en externe validiteit in effectonderzoek, moet methodologie worden opgenoemen in fysiotherapie-onderwijs en -nascholing;

6. gezien de hoeveelheid goed uitgevoerd true en quasi experimenteel onderzoek, is het overdreven bijzondere mathematische technieken een hoge prioriteit toe te kennen.

De stellingen gaan telkens vergezeld van voorbeelden van inhoudelijk effectonderzoek.

NIVEL

91

AUFDEM KAMPE, G., O.G. MEIJER, M.A.J. BEIJER, H.J.M. OBBENS, T.J.A. TERLOUW.

Kwaliteit van effectmeting in de fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no. 6, p. 123-31.

Een pleidooi wordt gevoerd voor ecologisch valide effectmeting in de fysiotherapie: effectmeting die gericht is op het dagelijks leven en beleven van de patiënt en tevens betrouwbaar is. Teneinde een indruk te krijgen van de ecologische validiteit van Nederlands fysiotherapeutisch onderzoek werd onderzoeksliteratuur uit de periode 1979 tot en met 1983 geëvalueerd. In dit tijdschrift zijn in die periode

59 effectonderzoeken uitgevoerd, waarvan één derde ecologisch gericht is (pijn, ADL, welbevinden) maar slechts weinig expliciet betrouwbaar blijken. Vooral de ecologische effectvariabelen zijn vaak onbetrouwbaar gemeten. Het ontwikkelen van ecologisch valide meetinstrumenten is dan ook een eerste prioriteit bij de verwetenschappelijking van de fysiotherapie.
NIVEL

92
BEEFTINK, A.C., J. FENNEMA, J.L.M. van GESTEL.
Wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie.
Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986,
no. 6, p. 128-34.

In het proces van wetenschappelijke onderbouwing van de Nederlandse fysiotherapie dienen de volgende stappen te worden ondernomen. Ten eerste ontwikkelen en uitvoeren van instrumenteel-nomologisch onderzoek alsmede invoeren van Systematisch Fysiotherapeutisch Handelen. Dan achtereenvolgens: beschrijvend, explorerend, toetsend en toegepast onderzoek. De fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk kan aan het verwetenschappelijkingsproces een bijdrage leveren, door gestructureerde registratie van patiënt- en behandelgegevens. Het systematisch handelen vereist een bepaalde attitude van de fysiotherapeut. De methodologisch geschoolde fysiotherapeut zal een bijdrage kunnen leveren bij het opzetten van effectonderzoek. Het effectonderzoek zal zich in eerste instantie moeten richten op toepassingsvormen en nog niet op de totale fysiotherapeutische behandeling.
NIVEL

93
BOBBERT, M., E. HOUTKOOP, R.H. ROZENDAL, H.W.R. van SAMBEEK.
Onderzoek naar effecten van fysiotherapeutisch handelen
Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 94, 1984,
no. 7/8, p. 158-60.

Er wordt ingegaan op het onderscheid tussen onder-

zoek naar de werkzaamheid van afzonderlijke fysiotherapeutische toepassingsvormen en onderzoek naar de werkzaamheid van een totale fysiotherapeutische behandeling. Dit verschil is essentieel voor juiste criteria ter beoordeling en interpretatie van onderzoeksresultaten. Ten slotte komen mogelijke problemen bij onderzoek en gebruik van pre- en quasi-experimentele designs aan de orde.

NIVEL

94

BROMLEY, A.I.

Facts and fantasies.

Physiotherapy; 69, 1983, no. 11, p. 384-89.

Dit artikel is een pleidooi voor een evaluatieve benadering van resultaten van behandeling. Kwaliteitsbewaking is tevens werken aan effectieve patiëntenzorg. De fysiotherapie dient zich te richten op effectmeting en kwaliteitsbewaking (normen van praktijkvoering). Volgens de auteur zijn de voordelen zowel voor de individuele fysiotherapeut als voor de beroepsontwikkeling, evident.

AB, (NIVEL)

95

EIJK, J.Th.M. van

Wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie.

Fysiovisie; 1985, no. 2, p. 4-6.

Aan de hand van ervaringen in de bacteriologie, schetst de auteur de stand van wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie. Het verschil tussen exploratie en toetsing is daarbij essentieel. Verwezen wordt naar de wetenschappelijke cyclus van De Groot. De fysiotherapie verkeert nog in de explorerende fase van deze empirische cyclus.

NIVEL

96

MACKENBACH, J.P.

Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapie zeker

mogelijk.

TNO-project; 12, 1984, no. 2, p. 62-64.

Het huidige morbiditeitspatroon wordt overheerst door aandoeningen, zoals bijvoorbeeld aan het bewegingsapparaat, die niet of pas na langere tijd tot sterfte leiden. De zo ontstane kostenexplosie in de fysiotherapie heeft de roep om verantwoording door effectonderzoek tot gevolg gehad. Volgens de auteur is het Randomized Controlled Trial de beste methode ter toetsing van hypothesen. Dit betekent dus met controlegroep en aselechte toewijzing. Specifieke problemen zijn de vereiste dubbelblindheid, objectieve meting en de pluriformiteit in indicatiestelling. Ter verduidelijking wordt een aantal Engelse onderzoeken besproken.

NIVEL

97

MEIJER, O.G.

De externe validiteit van effectonderzoek.

Issue; 2, 1985, no. 3, p. 3-5.

Resultaten van effectonderzoek hebben externe validiteit indien zij gegeneraliseerd mogen worden, ofwel geëxtrapoleerd mogen worden naar andersoortige proefpersonen, omstandigheden en behandelvormen. Dit mag als de variabelen opgevat kunnen worden als een aselechte steekproef uit een welbekende onderzoeksgroep, meestal gerealiseerd door aanvullende designs. Aan de hand van voorbeelden wordt een en ander gepreciseerd.

NIVEL

98

MEIJER, O.G.

Het interpreteren van effectonderzoek.

Issue; 2, 1985, no. 1, p. 3-5.

Een eerste prioriteit bij de verwetenschappelijking van de fysiotherapie is gelegen in het uitvoeren en het gebruiken van de resultaten van effectonderzoek. Van primair belang is dan de interne validiteit:

de mate waarin een verandering het gevolg is van de behandeling. Aan de hand van onderzoek van Ekstrand, maakt de auteur de begrippen selectie bias, contaminatie en confounding (placebo) duidelijk. Deze kunnen veranderingen tot gevolg hebben onafhankelijk van de behandeling. De interne validiteit is het hoogst bij true-, riskant bij quasi- en onjuist bij pré-experimentele designs.

NIVEL

99

MEIJER, O.G., H.J.M. OBBENS.

Wat goed is kan nog beter: verwetenschappelijking in dit tijdschrift.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1986, no. 1, p. 19-21.

De redactie van dit tijdschrift heeft besloten wetenschappelijke discussies over het fysiotherapeutisch effect-onderzoek en de ontwikkeling van meetinstrumenten te stimuleren. Volgens de auteurs gaat het goed met de verwetenschappelijking van de fysiotherapie in Nederland. De criteria van effect-onderzoek worden besproken, zoals de aselechte controlegroep, inzichtelijke statistiek, ecologische validiteit en geoorloofde generalisatie. Ten slotte in dit artikel aandacht voor de ontwikkeling van meetinstrumenten; ook een belangrijk doel van wetenschappelijk onderzoek.

NIVEL

100

MICHELS, E.

Evaluation and research in physical therapy.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 6, p. 828-34.

De fysiotherapie is verplicht de vele behandelings- en testmethoden te evalueren om hun waarde, importantie en bruikbaarheid vast te stellen. De principes van meting en research, waar toetsing op gebaseerd is, worden besproken, alsmede 4 meetschalen. Ook de verschillen tussen experimenteel en correla-

tioneel onderzoek komen aan de orde. Ter verduidelijking enige klinische voorbeelden.

AB, (NIVEL)

101

NELL, H.W.

Wetenschappelijk onderzoek en fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 91, 1981, no. 6, p. 195-202.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de hoofdzaken met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek. Tevens worden enkele onderzoeksvormen beschreven die binnen de fysiotherapeutische praktijk opgezet en uitgevoerd kunnen worden. Er wordt voor gepleit dat het onderzoek binnen de fysiotherapie zich meer richt op het effect van het totaal fysiotherapeutisch handelen, in plaats van op gefsoleerde fenomenen.

NIVEL

102

OBBENS, H.J.M., M.A.J. RAASSEN-BEIJER, T.J.A. TERLOUW, G. AUFDEMAMPE, O.L.G. MEIJER.

Kwaliteit van effect-onderzoek: 1979 t/m 1983: interne, statistische en externe validiteit in het wetenschappelijk onderzoek.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 11, p. 252-259, lit.opg.

Een pleidooi wordt gevoerd om bij de waardering van effect-onderzoek expliciete criteria voor de kwaliteit van dat onderzoek te hanteren. Van de 59 in de periode 1979 t/m 1983 in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie gepubliceerde effect-onderzoeken bleken 76% pre-, 10% quasi- en 14% true experimenteel te zijn opgezet. In deze gegevens kon geen duidelijk positieve trend ten aanzien van de kwaliteit worden ontdekt. Een klein aantal problemen betreffende de 'statistische validiteit' wordt beschreven. Het bleek dat vier van de 14 gepubliceerde

quasi- en true experimentele onderzoeken wat betreft de genoemde problemen statistisch valide waren. Getracht werd ook de 'externe validiteit' kwantitatief in kaart te brengen, maar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij de classificatie bleek onvoldoende hoog. De gegevens van het onderzoek worden tenslotte gecombineerd met vorig jaar gepubliceerde gegevens over de 'ecologische validiteit' van dezelfde effect-onderzoeken. Gesteld wordt dat de ontwikkelde kwaliteitscriteria gebruikt kunnen worden om trends in kwaliteitsontwikkeling, nationale verschillen tussen disciplines en internationale verschillen tussen fysiotherapeutische onderzoekstradities zichtbaar te maken.

NIVEL

103

PARTRIDGE, C.J.

The research process.

Physiotherapy; 68, 1982, no. 11, p. 354-355.

Dit artikel beschrijft de verschillende fasen van het onderzoeksproces en specifieke problemen bij onderzoek naar fysiotherapie.

AB NIVEL

104

PARTRIDGE, C.J.

The effectiveness of physiotherapy: a classification for evaluation.

Physiotherapy; 66, 1980, no. 5, p. 153-155.

Het is niet langer aanvaardbaar dat effectonderzoek naar fysiotherapie wetenschappelijke onderbouwing moet ontberen. Daardoor bestaat de noodzaak de verwezen patiënten te classificeren naar ernst van de aandoening en mogelijkheid op herstel. De auteur onderscheidt vier soorten patiënten voor wie telkens andere behandeldoelen gelden (uitgebreid schema).

NIVEL, AB

105

PARTRIDGE, C.J.

The outcome of physiotherapy and its measurement.

Physiotherapy; 68, 1982, no. 11, p. 362-363.

In dit artikel wordt een kader voor effectonderzoek voorgesteld en methoden van meting besproken. Omdat objectieve informatie over het resultaat van fysiotherapie schaars is, pleit de auteur voor een uniforme benadering van meting, registratie en toetsing. Alle patiëntgegevens en behandeldoelen dienen geclassificeerd te worden. Naast vier groepen patiënten, ingedeeld naar kans op herstel, onderscheidt de auteur tevens vier soorten meting, te weten nominaal, ordinaal, interval en ratio, waaraan verschillende assumpties ten grondslag liggen.

NIVEL, AB

106

ROZENDAL, R.H.

Onderzoek naar effecten en verklaringen van fysiotherapie.

In: Fysiotherapie, wetenschap en beleid: bijdragen aan een symposium te Amsterdam op 3 oktober 1985, georganiseerd door de SWSF. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985, p. 48-59, lit.opg.(16).

In deze bijdrage wordt betoogd dat goed effectonderzoek niet zonder theoretische kadering kan. De relatie tussen functiestoornissen en functionaliteitsdefecten, begrippen naar concepten uit de ICIDH, is onvoldoende bekend, zodat een theoretisch kader voor praktisch handelen ontbreekt. Binnen effectonderzoek dient, om resultaten generaliseerbaar te maken, maximalisering van ecologische validiteit te worden nagestreefd.

NIVEL

107

ROZENDAL, R.H.

Wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie: een beschouwing.

Fysiovisie; 1985, no. 2, p. 7-9.

Deze bijdrage richt zich vooral op evaluerend onderzoek naar effect van klinische ervaring. Hoofddoel van fysiotherapie in interactionele zin is of het verminderen van de last of het verhogen van belastbaarheid of beide (afnemende belasting). In dat kader worden subdoelen geformuleerd ofwel behandelbare grootheden, soms een *conditio sine qua non* voor het hoofddoel. Uit verschillende feiten blijkt dat er in Nederland nog geen grote traditie is op het gebied van onderzoek naar bewegen en stoornissen daarbij. In een Amerikaanse studie blijkt echter dat het maatschappelijk effect van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, bijzonder groot is. Van belang bij onderzoek naar effect zijn de objectieve criteria ontleend aan op integraal niveau geformuleerde abstracties.

Onderzoeksresultaten splitsen naar behandeling en deelbehandeling is nauwelijks mogelijk, zodat een controlegroep (placebo) wordt aangeraden. De steekproefpopulatie wordt dan te groot voor 1 fysiotherapeut, zodat dan weer therapeutgebonden variabelen een rol gaan spelen. Onderzoek naar effect van deelbehandelingen is niet gelijk aan onderzoek naar effectiviteit van fysiotherapie.

NIVEL

108

VUYK, K.

Verwetenschappelijking en theorievorming in de fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no. 3, p. 46-50, lit.opg.(13).

Er is een toenemende belangstelling voor de empirische zijde van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de fysiotherapie. Dit betekent verzamelen van gegevens en toetsen van hypothesen. Uitgaand van recente wetenschapsfilosofische ideeën wordt gepleit voor theorie en theorievorming als onmisbare onderdelen van wetenschappelijk onderzoeksproces. De auteur gaat uit van een variant op de klassieke

positivistische wetenschapsopvatting. Taak van de theorie in de fysiotherapie is in de eerste plaats het systematisch beschrijven van voorstellingen die de fysiotherapeut heeft gedurende het behandelproces. Op grond van afgeleide hypothesen kan dan onderzoek en experimentatie plaatsvinden.

NIVEL

109

WOLERY, M., S.R. HARRIS.

Interpreting results of single-subject research designs
Physical Therapy; 62, 1982, no. 4, p. 445-52, lit.opg.
(22).

Alhoewel single-subject research (effectmeting van individuele behandelingen) veel besproken is in recente fysiotherapie- en bezigheidstherapieliteratuur zijn er weinig pogingen gedaan om procedures te beschrijven voor interpretatie van de experimentele effecten. De eerste strategie, visuele analyse van grafiekdata, is gebaseerd op visuele interpretatie van veranderingen in en tussen de experimentele condities. De tweede strategie ligt in het gebruik van statistische procedures. Ten slotte worden de klinische relevantie en statistische significantie in het interpreteren van resultaten besproken.

AB, (NIVEL)

7.2 Toetsing

110

AUFDEKAMPE, G., P.P. GROENEWEGEN, A. HEELING, R. HENTZEN.

Registratie van patiëntengegevens: een inventariserend onderzoek in particuliere praktijken voor fysiotherapie.
Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 9, p. 208-11, lit.opg. (7).

In dit artikel wordt een onderzoek beschreven naar de registratiepraktijk van 69 willekeurig gekozen fysiotherapeuten, werkzaam als praktijkhouder of in

maatschapsverband in particuliere praktijken. Het blijkt dat bijna de helft van de ondervraagden standaardformulieren voor de registratie gebruikt. Een ruime meerderheid van de fysiotherapeuten gebruikt de geregistreerde patiëntengegevens voor de overdracht van patiënten. De hoeveelheid gegevens die vastgelegd worden over de patiënten en hun behandeling is groter bij fysiotherapeuten die de gegevens voor patiëntenbespreking gebruiken, bij fysiotherapeuten die over een computer beschikken en bij degenen die nascholing hebben gevolgd op het gebied van manuele therapie of de methode Cyriax. Systematische registratie van gegevens over patiënten en behandelingen in de fysiotherapiepraktijk is een belangrijke voorwaarde voor intercollegiale toetsing en voor overdracht van en overleg over patiënten.

NIVEL

111

AAKSTER, C.W.

Registratie in de fysiotherapie.

Issue; 3, 1986, no. 1, p. 4.

Ter verduidelijking van de resultaten van fysiotherapeutische behandelingen ontkomt de fysiotherapie niet aan registratie. Registratie heeft verschillende functies: geheugenfunctie, communicatiefunctie, kwaliteitsfunctie van de praktijkvoering en beeldvormende functies.

Voor classificatie van de diagnoses is het van belang een systeem te hanteren dat aansluit bij de Nederlandse praktijk en tevens internationale vergelijking niet uitsluit. Ten slotte wordt verwezen naar op korte termijn te starten registratieprojecten van de SWSF.

NIVEL

112

BERGEN, A. van, J. DERIJCKE, H. ERNST, A. KNAAPEN, A. VINCK.

Intercollegiale toetsing in de fysiotherapie.

Fysiovisie; 1985, no. 9, p. 12.

Congresbijdrage van de werkgroep K.O.F. (Kwaliteits Ontwikkeling Fysiotherapie, januari 1984) met hoofdlijnen van een model voor intercollegiale toetsing. Na het toetsbaar maken van de fysiotherapie als proces en structuur, gaat het nu om toetsbare resultaten. Vereiste is een registratiesysteem dat de relevante overeenkomsten tussen patiëntengegevens en verschillen in resultaat laat zien. Na opsomming van de eisen voor een registratiesysteem wordt de 'toetsklassificatie fysiotherapie' gepresenteerd met daarin alle elementen met betrekking tot het resultaat van een behandeling. Het model komt de kwaliteitsontwikkeling ten goede omdat verschillen in therapie en resultaat verkleind worden. Onder deskundige begeleiding van de SWSF kan het systeem in de praktijk geperfectioneerd worden.

NIVEL

113

BEUSEKOM, R. van, L.A. KNOOPS, A.E. MONTENY.

Wie schrijft die blijft.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 157-60.

Dit artikel beschrijft de ontwikkelingsgang van een registratiemodel voor de samenwerkende fysiotherapeut. De werkgroep administratie en registratie heeft in de afgelopen periode regelmatig contact gehad met fysiotherapeuten in het werkveld die gebruik maakten van de proefmodellen. Uiteindelijk is het hier in dit artikel gepresenteerde registratieformulier het eindprodukt van de werkgroep. Het formulier voldoet naar de inzichten van de werkgroep aan de gestelde eisen, te weten:

1. inzichtelijk maken van het fysiotherapeutisch handelen voor waarnemende collegae;
2. mogelijkheden tot toetsing binnen de discipline;
3. multidisciplinaire toetsing;
4. mogelijke bijdrage tot gegevensverzameling ten behoeve van onderzoek.

Bewust is er voor gekozen om bij de ontwikkeling van

dit formulier de automatisering nog buiten beschouwing te laten.

NIVEL

114

CREBOLDER, H.F.J.M.

Protocollen en intercollegiale toetsing.

Fysiovisie; 1985, no. 3, p. 5-8.

In de eerste plaats worden de begrippen 'protocol' en 'toetsing' nader gedefinieerd. Volgt een toelichting aan de hand van een casus. Besloten wordt met een overzicht van ontwikkeling en toepassing van toetsing in de huisartsenwereld.

NIVEL

115

CURFS, E.Chr., P.P. GROENEWEGEN, J.J. KERSSSENS.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: classificeren van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie.

Utrecht: NIVEL, 1987, 47 p., lit.opg. (31).

In het kader van het onderzoeksproject 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' van het NIVEL, is een overzicht samengesteld van een aantal classificatiemethoden. Van elk van de classificatiemethoden wordt de structuur geschetst en in een figuur samengevat. Ter verduidelijking wordt telkens een niet eenvoudig in te delen diagnose in de systemen geclassificeerd.

Bij de evaluatie worden de systemen beoordeeld aan de hand van volgende criteria:

- terrein van de gezondheidszorg (intra- of extramuraal);
- gerichtheid op hulpvrager of hulpverlener;
- aard van de geclassificeerde gegevens;
- gedetailleerdheid.

De toepasbaarheid wordt beoordeeld aan de hand van de mate van adequaatheid, betrouwbaarheid en hanterbaarheid. In dit overzicht wordt niet ingegaan op de relatie tussen doel van gegevensverzameling en

keuze van een classificatie.

NIVEL

116

DARNELL, R.E., D.H.FITCH.

External review in quality assurance.

Physical Therapy; 60, 1980, no. 5, p. 559-63.

Artikel over de toepassing van extern uitgevoerde evaluatie van een fysiotherapiepraktijk. De basis van de benadering wordt onderzocht aan de hand van consultatie, verantwoordelijkheid en erkenning van professionalisering in de fysiotherapie. Als informatie-vergarend instrument wordt het gestructureerde interview gepresenteerd en de inschatting van validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid besproken. Ten slotte een verkenning van de implicaties van externe evaluatie als kwaliteitsbewakend instrument.

NIVEL, AB

117

DEIBEL-COOLS, M.G.M.

Het ongrijpbare grijpen: registratie van psycho-sociale aspecten binnen het fysiotherapeutisch handelen.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 178-82.

Binnen fysiotherapeutisch handelen worden medisch-technische en psycho-sociale aspecten geïntegreerd. De registratie, als aanzet tot toetsing, moet dus ook aandacht besteden aan de psycho-sociale aspecten. De beleving van en de omgang met de klachten bepalen mede het behandelproces. Er worden voorbeelden gegeven van mogelijke registratie-items om meer inzicht te krijgen in dat wat speelt in de relatie patiënt-fysiotherapeut.

NIVEL

118

DERIJCKE, J.C.J., H.H. ERNST, A.F.E.I. VINCK.

Over het hanteren van criteria en normen bij het

fysiotherapeutisch onderzoek en het fysiotherapeutisch behandelplan.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 92, 1982, no. 12, p. 326-33, lit.opg.(34).

Weergave en analyse van de fysiotherapeutische werkwijze met betrekking tot het fysiotherapeutisch onderzoek en het behandelplan. Deze schematische weergave kan fungeren als meet- en controle-instrument ten aanzien van de proces-kwaliteit fysiotherapie. Het verkegen criterium-diagram kan objectief, ongeacht de werkplek, dienen om de functie fysiotherapie generalistisch én specialistisch te benoemen. Als onderdeel van Systematisch Fysiotherapeutisch Handelen kan het diagram voor de beroepsgroep een gemeenschappelijk referentiekader zijn, zowel voor patiëntengegevens als voor de daaropvolgende beroepsmatige handelingen.

NIVEL

119

EIJKEREN, J. van

Op uw plaatsen?: momentopname rond intercollegiale toetsing.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 146-48.

In dit artikel wordt een momentopname weergegeven van een aantal interne en externe ontwikkelingen rond het fenomeen 'intercollegiale toetsing'. De discussies over algemene begripsbepalingen in dat kader en publicaties daaromtrent hebben in de achterliggende jaren grotendeels hun beslag gehad. In dit artikel wordt ingegaan op de stand van zaken, gezien vanuit de beroepsorganisatie. Aan de hand van voorbeelden wordt aangegeven hoe zowel intern als extern accentverschillen bestaan/ontstaan. Dat maakt het nodig van tijd tot tijd vast te stellen op welke wijze de beroepsorganisatie daarop moet anticiperen c.q. moet inspelen. Besloten wordt met een aantal persoonlijke aanbevelingen.

NIVEL

GERHARTL, F.H., R. VAN WIJNEN.

Op weg naar intercollegiale toetsing?

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986,
no. 7/8, p. 170-173.

Intercollegiale toetsing als kwaliteitsbewakend en kwaliteitsbevorderend instrument dient door de fysiotherapeut zelf ter hand te worden genomen. In dit artikel wordt beschreven op welke wijze de twee afdelingen fysiotherapie van ziekenhuizen in Zwolle en Groningen een samenwerkingsproject hebben opgezet met als doel te komen tot een hanteerbaar systeem van intercollegiale toetsing. Over aanleiding, voortgang van het project en het ontwikkelde protocol voor de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met een hernia nucleii pulposi, wordt informatie gegeven. Uiteindelijk willen beide afdelingen in 1987 met behulp van een geautomatiseerde registratie van het verloop van de behandeling komen tot intercollegiale toetsing.

NIVEL

GORKUM, J.A.W. VAN.

De bruikbaarheid van de ICDH voor de fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986,
no. 7/8, p. 152-156.

Een van de doelen van registratie is kwaliteitsbewaking en -bevordering. Onder te registreren gegevens valt ook de classificatie van de aandoening. De International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) geeft de mogelijkheid de gevolgen van de ziekte te classificeren. Fysiotherapeuten hebben vaak patiënten die last hebben van de gevolgen na een ongeluk. Echter, er zijn nog enkele problemen, bijvoorbeeld de tijd die de invulling kost. Toch kan geconcludeerd worden dat minstens de grondgedachte zeer bruikbaar kan zijn. Daardoor lijkt zoeken naar oplossingen voor de pro-

blemen gerechtvaardigd om zodoende de hele classificatie voor de fysiotherapie bruikbaar te maken.

NIVEL

122

GROENEWEGEN, P.P.

Registratie van patiëntengegevens en behandelingen.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 149-151.

Registratie van patiënten- en behandelingsgegevens in de fysiotherapiepraktijk dient drie doelen:

- het bevorderen van continuïteit van de zorg en het mogelijk maken van overdracht van de ene naar de andere fysiotherapeut;
- het mogelijk maken van zelftoetsing en onderlinge toetsing;
- het fungeren als bron voor onderzoek.

Continuïteit is voor de fysiotherapie van groot belang enerzijds binnen behandelingsepisoden en anderzijds tussen behandelingsepisoden wanneer patiënten vaker met dezelfde of andere klachten naar de fysiotherapeut worden verwezen. Wat betreft toetsing kan een keuze gemaakt worden tussen toetsing op basis van behandelingsprotocollen en de evaluatie van het bereiken van tevoren gestelde behandeldoelen en subdoelen. Deze keuze is van invloed op te registreren gegevens ten behoeve van toetsing. Registratie kan dienen ter systematisering van de klinische ervaring van fysiotherapeuten en daardoor bijdragen aan een weloverwogen therapiekeuze. Bij uniforme registratie kunnen gegevens gebruikt worden voor onderzoek in en over de fysiotherapie.

NIVEL

123

INABA, M.

Criteria's range of motion: how to develop and apply evaluation criteria for physical therapy.

Quality Review Bulletin; 4, 1978, no. 11, p. 26-28.

Fysiotherapeuten dienen hun kennis en effectiviteit

te vergroten, bijvoorbeeld door middel van patiëntenzorgevaluatie (Patient Care Evaluation, PCE). Voor het ontwikkelen van juiste criteria voor PCE's zouden deze ook bruikbaar moeten zijn buiten het gebied van deze specifieke evaluatie. Het object van evaluatie kan naast patiëntenresultaat ook het functioneren van de afdeling of het proces van fysiotherapeutische zorg zijn. De criteria dienen zorgvuldig te worden ontwikkeld omdat ze anders in plaats van kwaliteitsverbeterend slechts status-quo-bevestigend werken. De Californische Medische Associatie spreekt van relevante, begrijpelijke, meetbare, uitvoerbare en bereikbare criteria. Standaardnormen voor een fysiotherapie-afdeling, geschreven beleid en procedures kunnen hetzelfde doel dienen als de PCE-criteria en kunnen, eventueel aangepast, uitgewisseld worden. Hetzelfde geldt voor criteria voor verwijzing naar en ontslag van fysiotherapie.

NIVEL

124

KLEIJN-de VRANKRIJKER, M.W. de
Fysiotherapie en doelgroepen: over cijfers en classificaties.
Fysioscoop; 12, 1986, no. 7/8, p. 9-11+13+15+17, lit.opg.(16).

Artikel ontleend aan bijdrage symposium over de omvang en ontwikkeling van het aanbod van fysiotherapie. Door het gebrek aan statistische informatie over resultaten wordt registratie aan fysiotherapeuten in overweging gegeven. De nieuwste classificatie van de WHO, de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, kan daarbij een belangrijke hulp zijn omdat deze vooral gericht is op de gevolgen van een ziekte of aandoening.

Het aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten is in de laatste tien jaar verdrievoudigd, het aantal gebruikers is ongeveer verdubbeld. De omvang en de ontwikkelingen van de doelgroepen kunnen via

verschillende invalshoeken benaderd worden.
Ten slotte worden twee stellingen, aangaande de statistiek, geponeerd.

NIVEL

125

LEBER-SCHEENLOOP, M., S.G.M. VAN DIJK.

Ervaringen met het opzetten van intercollegiale kwaliteitsbewaking.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 174-177.

In dit artikel worden de ervaringen beschreven die zijn opgedaan in de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Pre- en Postnatale Gezondheidszorg (NVFP), regio Utrecht, met het ontwikkelen van een voorloper van intercollegiale toetsing. Gezien de positieve ervaringen wil men meer bekendheid geven aan de gekozen werkwijze. Men hoopt met dit artikel meer collega's - ook buiten de NVFP - voor een dergelijke werkwijze te interesseren.

NIVEL

126

MORGENSTEIN, S., S. SIMPKINS, J. MARING.

Development of a quality assurance program as an integral part of the physical therapy system.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 4, p. 464-469.

Het doel van dit artikel is de voorwaarden voor en het proces van een kwaliteitsbewakend programma te beschrijven om dat te ontwikkelen, toe te passen en te evalueren. Voorwaarden zijn onder meer administratieve ondersteuning, kennis van theorieën van kwaliteitsbewaking, kennis van onderdelen als structuur, proces en beoordelingsnormen en binding van de afdelingsmedewerkers. Het cyclische proces is gebaseerd op de behoeften van de patiënt. Externe collegiale toetsing wordt gebruikt om potentiële resultaten van het programma te meten.

AB, (NIVEL)

NELL, H.W.

De onmacht van de fysiotherapie: veel initiatieven, weinig samenhang.

Idem, no. 35.

127

NONHOF-BOITEN, J.C., A.I. TER HORST-ADAMSE, I.H. PLEK-KRINGA, M.G.M. DEIBEL-COOLS, A. MOERMAN.

Fysiotherapie: zorg, techniek en kwaliteit: een discussiestuk.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no. 9, p. 176-78.

Artikel als aanzet tot discussie over kwaliteitsbewaking, kwaliteitsbevordering en toetsing binnen de fysiotherapie. Vanuit de medische beslistkunde is een trend waarneembaar naar de protocollaire geneeskunde. De protocollen functioneren als model voor de dagelijkse praktijk zodat de hulpverlener een basis van handelen heeft. Omdat het proces van zorgverlening beter controleerbaar is zijn er meer mogelijkheden voor toetsing. Ook binnen de fysiotherapie is deze trend waarneembaar. Bij kritiek daarop gaat het vooral om van te voren gemaakte keuzes die weer nauw samenhangen met de uitgangspunten in de zorgverlening. Om genoemde keuze expliciet te maken zijn er de volgende mogelijkheden: organiseren workshops; grootschalig onderzoek; uniforme registratie of een combinatie hiervan.

NIVEL

128

SNEEP, R.

Intercollegiale toetsing en fysiotherapie.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 92, 1982, no. 12, p. 334-37, lit.opg.

In dit artikel worden kernbegrippen uit de intercollegiale toetsing, zoals toetsing, criterium en kwaliteit van zorg, gedefinieerd en omschreven. Met betrekking tot invoering van intercollegiale toetsing komen facetten aan de orde als het ontwikkelen

van criteria, de attitude van de fysiotherapeut en eventuele weerstanden tegen de invoering.

NIVEL

129

VERHOEF, J.W.M., L.G.D. VAN LEEUWEN, W.J. MULDER, CH. VAN ROSSEM.

Normen, criteria, protocollen: een aanbeveling voor het gebruik van fysiotherapeutische behandelprotocollen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, no. 7/8, p. 163-65, lit.opg.

In dit artikel wordt een pleidooi gehouden voor het protocolleren. De diverse gebruikswaarden van protocollen wordt kort besproken. Er is momenteel een stuurgroep binnen de Vereniging Hoofden Fysiotherapie die volgens de structuur van het ontwikkelde raam-protocol consensus-protocollen opstelt met materiaal, verzameld door leden binnen hun regio. Het raam-protocol is gemaakt na analyse van de meniscectomie behandelingschema's van 66 ziekenhuizen in Nederland. Het uitgewerkte voorbeeld kan dan ook als een eerste consensus-protocol beschouwd worden. Momenteel en in de toekomst wordt de bruikbaarheid van het raam-protocol voor meerdere behandelingsituaties getoetst.

NIVEL

7.3 Nascholing

130

CAMPBELL, D.D.

Implementing and evaluating continuing professional education: elements of a strategy.

Physiotherapy Canada; 35, 1983, no. 5, p. 253-56.

In dit artikel wordt de rol van nascholing in het proces van professionalisering - dit is het dynamische veranderingsproces in het beroep - nader bekeken. Dankzij vernieuwende technologie is er veel aan de opleiding veranderd. De belangrijkste criteria

worden gegeven ter evaluatie van het product van onderwijs. Ter evaluatie van de beroepsuitoefening zijn zelftoetsing en intercollegiale toetsing van belang. De basis voor nascholing is de individuele verantwoordelijkheid. Desalniettemin zou verdergaande samenwerking nagestreefd moeten worden.

KNAW (NIVEL)

131

DICKSON, D.A., M. MAXWELL.

The interpersonal dimension of physiotherapy: implications for training.

Physiotherapy; 71, 1985, no. 7, p. 306-10, lit.opg.

Dit artikel gaat over het belang van het interpersonele aspect van fysiotherapie en een meer structurele en systematische training daarvoor. Het 'social skills training'-programma, onderdeel van fysiotherapie-onderwijs in Ulster, blijkt een brugfunctie te vervullen tussen de praktische en meer theoretische onderdelen. Het hele gebied van interpersonaliteit is sinds kort een aandachtsveld binnen de fysiotherapie en moet nog systematisch ontgonnen worden.

AB, (NIVEL)

132

GARDNER, D.L., R.J. SEYMOUR, W.F. LACEFIELD.

Mandatory continuing education or periodic reexamination?

Physical Therapy; 61, 1981, no. 7, p. 1029-34.

Onderzoek onder fysiotherapeuten in het zuidoosten van de Verenigde Staten om de meningen te polsen over verplichte nascholing dan wel herexamen voor verlenging van de werkvergunning. De meerderheid van de 1187 respondenten heeft een voorkeur voor continue nascholing. De meerderheid daarvan voelt voor een jaarlijks minimum van tien uur, een driejarige cyclus, kostendeling door fysiotherapeuten en werkgevers, voorzieningen van de beroepsvereniging, goedkeuring van de cursussen door de vereniging op districts- of staatsniveau en een certificaat voor

verbeterde uitvoering op de cursus. De meerderheid van hen voor periodieke herexamenring prefereert een cyclus van vijf jaar, zelf-toetsing (boven herexamen), kostendeling door fysiotherapeuten en overheid en een door de associatie samengestelde, maar door academische instituten afgenomen mondelinge examinering. Beide groepen zijn voor tijdelijke invoering als proef mede ten aanzien van weigering. De consequenties van aanvaarding en toepassing van de systemen worden besproken.

AB, (NIVEL)

133

MAYS, M.J.

Assessing the change of practice by physical therapists after a continuing education program.

Physical Therapy; 64, 1984, no 1, p. 50-54.

Deze studie is bedoeld om veranderingen in de praktijk van fysiotherapeuten te onderzoeken als gevolg van nascholing. Ter registratie van veranderingen zijn drie methoden gebruikt in dit experimentele onderzoek: persoonlijk verslag, controle van de rapporten, en directe observatie. Bij de methode van persoonlijk verslag waren de veranderingen significant (p kleiner dan 0,01) van twee weken tot zes maanden na de nascholing.

AB, (NIVEL)

134

MORRISON, M.A., M.T. LINDER, E.J. AUBERT.

Follow-up of the graduates of one curriculum 1956-1980.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 9, p. 1307-12.

Voor gegevens van de afgestudeerden van het fysiotherapieprogramma van de Marquette Universiteit is een vragenlijst gemaakt. 433 afgestudeerden (65%) reageerden. De meesten zijn fysiotherapeutisch actief (full-time/part-time), tevreden met voorbereidende opleiding en zijn lid van de American Physical Therapy Association (APTA). Vergeleken met andere enquêtes is een lager percentage werkzaam in zieken-

huis-setting, een hoger percentage werkzaam op het niveau in overeenstemming met de opleiding en is het afvalpercentage ten aanzien van het beroep significant lager. Voorts informatie over nascholing en participatie in beroepsorganisaties.
AB, (NIVEL)

135

OLSEN, S.L.

Teaching treatment planning: a problem-solving model. Physical Therapy; 63, 1983, no. 4, p. 526-29.

Effectief werkende fysiotherapeuten moeten de problemen van de patiënten en de oorzaken kunnen identificeren en specifieke behandelingen goed kunnen plannen. In dit artikel wordt een model gepresenteerd voor planning, geschikt in zowel academische als klinische omstandigheden. Voorbeelden van het gebruik van het probleem-oplossend model worden gegeven, alsmede van het onderwijzen daarin.
AB, (NIVEL)

136

Ontwikkeling van het verbijzonderingsbeleid. Fysiovisie; 1986, no. 2, p. 6-9.

Integrale tekst van de nota van het Hoofdbestuur van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, met daarin een viertal voorstellen ter verfijning van de beleidsbepaling inzake verbijzonderingen binnen de fysiotherapie. Ter aanvulling van de Nota Verbijzonderingen (1979) worden aan de orde gesteld een nadere definitie van het begrip "verbijzondering", aanpassing van de constructie voor de totstandkoming van de verbijzondering, een nadere regeling van het beleid m.b.t. verbijzonderingen middels afzonderlijk reglement, alsook introductie van het begrip "nascholingsopleiding", wijzigingen ten aanzien van de registratie, vaststellingen met betrekking tot manuele therapie e.a. Primair uitgangspunt voor het beroepsinhoudelijk beleid is de ondeelbaarheid van de fysiotherapie.

137

PAYTON, O.D.

Effects of instruction in basic communication skills on physical therapists and physical therapy students. Physical Therapy; 63, 1983, no. 8, p. 1292-97.

Het doel van dit onderzoek is de hypothese te testen dat 'laboratorium'-onderricht in een cursus van één semester de communicatieve vaardigheden, de afhankelijke variabele, van fysiotherapeuten en studenten in de gewenste richting kan sturen. De onafhankelijke variabelen zijn delen van twee academische cursussen voor fysiotherapeuten en één voor studenten. De data zijn afzonderlijk behandeld in een quasi-experimenteel design, d.w.z. met een niet aselect gevormde controlegroep. De communicatievaardigheden zijn gesplitst in zeven specifieke vaardigheden en blijken qua verandering significant op verschillende niveau's, vooral als gevolg van onderwijstechnieken. Resultaten kunnen beoordeeld worden in termen van onderwijs, klinische ervaring en meetinstrumenten.

AB, (NIVEL)

138

ROELINK, H.

De waarde van een eenmaal behaalde bevoegdheid fysiotherapie.

Fysiovisie; 1984, januari, p. 15-18.

De blijvende waarde van een eenmaal behaalde bevoegdheid in de fysiotherapie is gering. Zij kan slechts in de tijd gecontinueerd worden door continue nascholing tijdens de beroepsuitoefening. Deze nascholing verschilt qua benadering en methode essentieel van de opleiding. Zij bereikt haar optimale kwaliteit slechts wanneer zij wordt gerealiseerd op basis van toetsing. Bij nascholing dient extra aandacht besteed te worden aan de didactische mogelijkheden die worden geschapen door moderne technologie.

sche ontwikkelingen waardoor de nascholing naar de hulpverlener toe kan worden gebracht in relatie met toetsing.

NIVEL

139

SEYMOUR, R.J., T. CONNELLY jr., D. GARDNER.

Continuing education: an attitudinal survey of physical therapists.

Physical Therapy; 59, 1979, no. 4, p. 399-404.

Dit descriptief onderzoek onder 903 fysiotherapeuten in het zuid-oosten van de V.S. poogt de attitudes ten opzichte van continue scholing en het gewenste cursus-type vast te stellen. De meerderheid blijft up-to-date door discussie met collegae en door studiegroepen en trainings-sessies tijdens het werk. Geprefereerde nascholingscursussen zijn vooral de recente topics in het fysiotherapie-onderwijs. Verder gegevens over voorkeurplanning, duur, type en kosten van de cursussen. Voor veel fysiotherapeuten passen de cursussen niet in de tijdsplanning. De meeste respondenten zijn voor verplichte nascholing om de werkvergunning te behouden.

AB, (NIVEL)

TAP, H.J.

Fysiotherapie 1983: een discussie.

Idem, no. 47.

8. ONDERZOEK

BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER.

Het patiëntenaanbod in zes fysiotherapie praktijken: een inventariserend onderzoek.

Idem, no. 83.

BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN, J. van der ZEE.

Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg: verkennend onderzoek in drie soorten praktijken.

Idem, no. 84.

BARTELS, M.

Onderzoek naar kwaliteit: telt alleen het resultaat ?

Idem, no. 76.

BARTELS, M.

Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Eindrapport.

Idem, no. 77.

BUYTEN, N.T.

Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in wijkgezondheidscentrum Ommoord.

Idem, no. 78.

CREBOLDER, H.F.J.M.

Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen.

Idem, no. 87.

CURFS, E.Chr.

Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie.

Idem, no. 24.

CURFS, E.Chr., P.P. GROENEWEGEN, J.J. KERSSSENS.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: clas-

sificeren van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie.

Idem, no. 115.

FRENKEN, F.J.M.

Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête, 1981/1982.

Idem, no. 88.

Fysiotherapie in gezondheidscentra onderzocht.

Idem, no. 79.

KERKHOFF, A.H.M.

Huisarts en fysiotherapeut.

Idem, no. 69.

KERKHOFF, A.H.M., P.P. GROENEWEGEN.

Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg.

Idem, no. 70.

KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN, E.Chr. CURFS.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg.

Idem, no. 71.

MULDER, J.D., J.D. WUISTER.

Huisarts en fysiotherapeut: een onderzoek uit Noordwijk . Deel I.

Idem, no. 80.

MULDER, J.D., A.J. OFFRINGA.

Huisarts en fysiotherapeut. Deel II.

Idem, no. 81.

WIJKEL, D.

Samenwerken en verwijzen. Deel II: samenwerken buiten gezondheidscentra.

Idem, no. 64.

9. BUITENLAND

9.1 Algemeen

140

ARSENAULT, A.B., J. CLEATHER.

A perspective on "Physiotherapy Canada": results of 1981 readership survey.

Physiotherapy Canada; 34, 1982, no. 1, p. 28-36.

Door de redactie van dit tijdschrift is in 1981 een lezersonderzoek uitgevoerd om de lezers te identificeren, hun voorkeuren te bepalen en hun beoordeling van de huidige inhoud te verkrijgen. Aan 6.478 geabonneerden is met een reguliere aflevering een enquête meegestuurd. Wegens de lage respons van 6,8% is bij het generaliseren van de resultaten voorzichtigheid geboden.

Van het totaal heeft 75,5% werk als fysiotherapeut, 82% heeft nog nooit een artikel gepubliceerd. Bijna 30% consulteert alleen dit tijdschrift, 50% één tot drie additionele tijdschriften. Er is een duidelijke voorkeur voor klinische artikelen, maar gezien de geringe publicatiedrift alsmede de predilectie voor het tijdschrift als informatiebron in plaats van verspreider van de eigen werkervaring, is het voor de redactie moeilijk aan dit verzoek te voldoen.

KNAW, (NIVEL)

141

BLOOD, H.

Entry-level Master's degree: a decade of experience.

Physical Therapy; 64, 1984, no. 2, p. 208-12.

Enquête onder afgestudeerden op het niveau van Master's Degree van de Stanford Universiteit van 1970 tot en met 1980. Van 155 van hen zijn gegevens verzameld over werkgelegenheid, setting etc.

Meer dan 95% heeft fysiotherapeutisch werk, waarvan 81,7% full-time, veelal in algemene ziekenhuizen.

Voor de meesten ligt de grootste verantwoordelijkheid bij de patiëntenzorg, gevolgd door onderwijsactiviteiten. Slechts weinigen houden zich bezig met research.

AB, (NIVEL)

142

BROWN, G.D.

Changing health care environments: implications for physical therapy research, education and practice: a special communication.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 8, p. 1241-45.

Dit artikel onderzoekt veranderingen in de organisatie en management van de gezondheidszorg en de invloed daarvan op de fysiotherapie. Zowel de vraag naar fysiotherapie als de fysiotherapiepraktijk verandert. De veranderingen zijn ook van invloed op de fysiotherapeuten met effecten als stress, uitval, absentisme en wisseling van baan. De auteur ontwikkelt diverse benaderingen zodat fysiotherapeuten individueel en collectief, zich beter in een veranderende gezondheidszorg kunnen handhaven.

AB, (NIVEL)

143

DIMOND, B.C.

The legal liability of the physiotherapists.

Physiotherapy; 68, 1982, no. 10, p. 320-23.

In dit artikel een overzicht van wettelijke aansprakelijkheid in het complex geheel van strafrecht, burgerlijk recht en sociale verzekeringen alsook voorstellen voor eenduidiger regelingen. Veel suggesties tot verbetering gaan uit van aansprakelijkheid zonder bewijslast, in zoverre het werksituaties betreft. Zowel voor de fysiotherapeut als voor de patiënt met persoonlijke schade is dat een verbetering. In het laatste geval is verhaal mogelijk zonder de fysiotherapeut automatisch nalatigheid te verwijten.

AB, (NIVEL)

144

DYER L.E.

Professional development.

Physiotherapy; 68, 1982, no. 12, p. 390-93.

Enkele aspecten van professionele ontwikkeling van fysiotherapie. Ten aanzien van de fysiotherapie onderscheidt de auteur de individuele, groeps- en beroepsontwikkelingen. Met betrekking tot de laatste dient de Chartered Society of Physiotherapy (CSP) zorg te dragen voor definiëring van het gebied van kundigheid (objectieve toetsing), adequate dienstverlening en professionele verantwoordelijkheid als een facet van autonomie van het beroep.

NIVEL, AB

145

FRAZER, F.W.

Domiciliary physiotherapy: cost and benefit.

Physiotherapy; 66, 1980, no. 1, p. 2-7, lit.opg.(16)

In dit artikel een beschouwing over kosten-baten analyses in de eerstelijnsfysiotherapie. Daarvoor moeten sommige aspecten van het menselijk leven en de mate van gezondheid in geld worden uitgedrukt. Ook de fysiotherapie zal zich aan zo'n analyse moeten onderwerpen, wil de groei niet op assumpties en waardeoordelen zijn gebaseerd. Uit onderzoek in het gezondheidsdistrict South Birmingham blijkt uit specifieke tabellen dat de eerstelijnsfysiotherapie een kosteneffectief alternatief is voor behandeling in het ziekenhuis.

AB, (NIVEL)

146

GRANNIS, C.J.

The ideal physical therapist as perceived by the elderly patient.

Physical Therapy; 61, 1981, no. 4, p. 479-86.

Een enquête met 28 stellingen werd opgesteld om vast

te stellen welke karakteristieken door de oudere patiënt en welke door de fysiotherapeut worden geacht de ideale fysiotherapeut te beschrijven, alsmede de relatie daartussen. De stellingen zijn toegespitst op de fysiotherapeut als therapeut, leraar, werker en persoon.

De resultaten wijzen op een matige overeenkomst tussen de ideale fysiotherapeut van de patiënt en die van de fysiotherapeut. De rol van de fysiotherapeut als therapeut wordt door beiden als de beste beschrijving gezien. Ten aanzien van enkele verschillen wordt gewezen op de beperkte interpretatiemogelijkheden.

AB, (NIVEL)

147

GUCCIONE, A.A.

Ethical issues in physical therapy practice: a survey of physical therapists in New England.

Physical Therapy; 60, 1980, no. 10, p. 1264-72.

Welke ethische beslissingen worden het frequentst genomen en welke zijn het meest complex, deze vraag stond centraal in het onderzoek onder 450 leden van de American Physical Therapy Association. Zij kregen een vragenlijst met dertig situaties met een ethische dimensie, die zij als primair, secundair en zonder prioriteit moesten classificeren. Van totaal 187 vragenlijsten werden 7 primaire en 11 secundaire ethische issues afgeleid, zoals: welke patiënten worden behandeld; welke verplichtingen brengt dat met zich mee; wat voor taken komen voort uit de relaties van de fysiotherapeut met andere hulpverleners etc. Sommige beslissingen doen zich frequenter voor in een bepaalde praktijk-setting. De auteur bespreekt de oorzaken van ethische conflicten en ook de rol van de beroepsorganisatie ten aanzien van het definiëren van morele normen voor het beroep en de daaruit voortvloeiende implicaties voor het onderwijs.

AB, (NIVEL)

148

GUCCIONE, A.A., A.M. JETTE.

Regional differences in physical therapists' incomes.
Physical Therapy; 64, 1984, no. 8, p. 1209-13.

Onderzoek onder 20% van de leden van de beroepsvereniging (respons van 62,8%) naar regionale verschillen in inkomen van full-time werkzame fysiotherapeuten. De assumptie was dat het bruto-inkomen van fysiotherapeuten in New England lager is dan die van collegae in andere regio's. De verschillen blijken significant, zelfs indien gecorrigeerd naar leeftijd, ervaring, verantwoordelijkheid, opleiding en academische graad.

AB, (NIVEL)

149

HUHN, R.R., R.V. VOLSKI.

Primary prevention programs for business and industry: role of physical therapists.

Physical Therapy; 65, 1985, no. 12, p. 1840-44.

Om de directe en indirecte kosten van gezondheidszorg te reduceren legt het bedrijfsleven nadruk op preventie en fitheidscampagnes. Basis-certificatie cursussen zijn ontwikkeld voor instructeuren op dat gebied. Ook fysiotherapeuten kunnen aan rol spelen in industriële preventieprogramma's om arbeidsongevallen te voorkomen en fysieke fitheid te verbeteren. Zij hebben de opleiding en ervaring voor het plannen van effectieve preventie-programma's.

AB, (NIVEL)

150

KEMP, N.I., C.A. SCHOLZ, T.L. SANFORD, K.F. SHEPARD

Salery and status differences between male and female physical therapists.

Physical Therapy; 59, 1979, no. 9, p. 1095-1101.

Onderzoek ter vergelijking van het profiel van werkende mannelijke en vrouwelijke fysiotherapeuten (2x 500). Enige resultaten van de gegevens van 658

fysiotherapeuten:

- mannen werken vaker zelfstandig;
- mannen hebben vaker leidinggevende functies;
- zelfs bij dezelfde arbeidsomstandigheden hebben mannen belangrijk hogere inkomens.

De verschillen in salariëring en status zijn bij benadering dezelfde als gevonden in ander onderzoek naar beroepen die overwegend door vrouwen worden uitgeoefend. De resultaten wijzen sterk in de richting van sexe-discriminatie in het fysiotherapie beroep.

AB, (NIVEL)

151

LUNA-MASSEY, P., L. SMILE.

Attitudes of consumers of physical therapy in California toward the professional image of physical therapists.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 3, p. 309-14.

Dit artikel poogt de attitudes van cliënten ten aanzien van het professionele imago van Californische fysiotherapeuten te bepalen. Resultaten wezen uit dat de consumenten vier van de vijf aspecten van professionalisme aan de fysiotherapeut verbinden. De verschillen met visies op het professionele imago van artsen bleken niet significant. Oudere cliënten achtten de mate van beoordelingsautonomie van fysiotherapeuten kleiner dan jongere.

152

MOORE, P., T.A. CONINE, T.E. LASTER.

Sex-role stereotyping in health care: perceptions of physical therapists.

Physical Therapy; 60, 1980, no. 11, p. 1425-29.

Fysiotherapeuten (98) rapporteren hun observaties en percepties ten aanzien van zes dimensies in stereotype benadering van vrouwen als patiënten dan wel als hulpverleners. Drie dimensies richten zich op negatieve attitudes tegenover vrouwen als patiënten: vrouwelijk gedrag, vrouwelijke fysiologie en ver-

schillende normen van gezondheidszorg voor mannen en vrouwen. De andere dimensies richten zich op vrouwelijke hulpverleners: sexe-conflicten, man-vrouw rolverdeling en capaciteiten voor leiderschap. De meerderheid van de participanten geloven niet in stereotypering van vrouwelijke patiënten. Dat vrouwelijke hulpverleners beschouwd worden als sex-objecten, passief zijn in aanbevelingen en beperkt effectief zijn in leiderschap en professionele groei wordt eveneens afgewezen. Afgezien van bepaalde carrièreproblemen van vrouwen wordt geconcludeerd dat de respondenten niet bereid waren de dilemma's van vrouwelijke cliënten en hulpverleners, zoals die in recente literatuur naar voren komen, te erkennen.
AB, (NIVEL)

153

PEAT, M.

Physiotherapy: art or science ?

Physiotherapy Canada; 33, 1981, no. 3, p. 170-76.

De auteur onderscheidt in dit artikel wetenschappelijke en kundigheidscomponenten van fysiotherapie. Na een opsomming van de karakteristieken van de componenten volgen de onderdelen van een strategie voor overleven en vooruitgang van de fysiotherapie (diverse soorten research, specialisatie etc.).
KNAW, (NIVEL)

154

PURTILO, R.B.

Applying the principles of informed consent to patient care: legal and ethical considerations for physical therapy.

Physical Therapy; 64, 1984, no. 6, p. 934-37.

In dit artikel een weergave van wettelijke en ethische overwegingen met betrekking tot 'toestemming met de nodige informatie', voor de evaluatie en behandeling van patiënten in de fysiotherapiepraktijk. Juist wegens de trend naar onafhankelijke en privé-fysiotherapiepraktijken moet de hulpverlener het

proces daarvan in relatie met de patiëntenzorg goed doorgronden. De reeks concepten van zelfbeschikking en vertrouwensrelatie vormt de wettelijke basis van toestemming met de nodige informatie. Suggesties worden gedaan voor fysiotherapeuten ter ondersteuning van het beoordelen van toestemming met de nodige informatie.

AB, (NIVEL)

155

SILVA, D.M., S.D. CLARK, G. RAYMOND.

California physician's professional image of therapists.

Physical Therapists; 61, 1981, no. 8, p. 1152-57.

Doel van dit onderzoek is de houding van Californische artsen tegenover het beroepsimago van fysiotherapeuten en de invloed van onafhankelijke variabelen daarop vast te stellen. De eerste twee delen bevatten stellingen over de houding van de artsen ten aanzien van professionalisme en het derde deel bevat demografische variabelen. De geringste overeenkomst in de beantwoording door de artsen betreft twee belangrijke criteria van professionalisme, evaluatieve vaardigheden en autonomie in beoordeling. Van de onafhankelijke variabelen blijkt alleen het specialisme van de arts van belang. Artsen zijn positiever over het imago van fysiotherapeuten dan neurochirurgen en orthopaeden. De auteurs doen voorts suggesties voor nader onderzoek en voor verbetering van het imago van fysiotherapeuten.

AB, (NIVEL)

156

SPENCE, M.

1983 Enid Graham Memorial Lecture.

Physiotherapy Canada; 35, 1983, no. 5, p. 241-46, lit.opg.(13).

Congresbijdrage over de historische ontwikkeling van revalidatie en fysiotherapie en enkele aspecten van de huidige fysiotherapie in Canada.

De ontwikkeling en professionalisering van fysiotherapie hangen nauw samen met de twee wereldoorlogen, met aanvankelijk vooral revalidatiefaciliteiten in militaire hospitalen. In 1920 wordt de Canadian Physiotherapy Association (CPA) opgericht.

De twee opleidingen voor fysiotherapie, naar maatstaven van de CPA, blijken tijdens WO II niet voldoende wegens gebrek aan mankracht. Na de oorlog is er, naast specialisatie en vermeerdering van researchprojecten, een trend van opwaartse druk op het niveau van de opleidingen richting baccalaureaats-niveau waar te nemen.

Bij definiëring van de vaardigheden in fysiotherapie wijst de auteur op de verwaarlozing van het communicatieve aspect, in die zin dat er vaak van éénrichtingsverkeer sprake is, zodat de rol van de patiënt in het genezingsproces beperkt is. Fysiotherapie vereist steeds vaker een interdisciplinaire aanpak, zodat samenwerking, zoals in de opleiding, met bezigheidstherapeuten een positieve ontwikkeling is. Frequentere communicatie met verpleegsters, logopedisten, klinisch psychologen en groeiende kennis van elkaars kwalificaties en expertise zal de effectiviteit van het gezondheidsteam doen toenemen.

NIVEL, KNAW

157

STANTON. P.E., F.K. FOX, K.M. FRANCOS, D.H. HOOVER, G.M. SPILECKI.

Assesment of resident physician's knowledge of physical therapy.

Physical Therapy; 65, 1985, no. 1, p. 27-30.

In bijna alle staten is medische verwijzing voor fysiotherapie nog verplicht, vandaar dit onderzoek onder 345 artsen naar hun kennis van fysiotherapeutische modaliteiten en evaluatie-procedures en naar hun eigen ideeën over effectieve doorverwijzing. De kennis werd getoetst door vergelijking van verwijzing voor behandeling bij specifieke patiëntdiagnoses.

De meerderheid (98%) verwijst naar fysiotherapie en

voelt zich daartoe adequaat geïnformeerd (54%). De testresultaten bleken van 1 tot 73% correct: een indicatie voor een hiaat in de kennis van fysiotherapie. Uit het onderzoek blijkt een noodzaak voor artsen door continue scholing meer te leren van modaliteiten en procedures van de fysiotherapie.
AB, (NIVEL)

158

UILLI, R.M., K.F. SHEPARD, E. SAVINAR.

Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures.

Physical Therapy; 64, 1984, no. 10, p. 1523-30.

Doel van het onderzoek is het testen van de kennis van en het gebruik van fysiotherapeutische procedures door specialisten. In vier regio's van de V.S. werden 600 specialisten (neurologie, orthopaedie en revalidatie) benaderd. De respons was 41%. De kenniscores zijn afgezet tegen specialisme, regio, ervaring etc. Revalidatie-specialisten en artsen langer dan 10 jaar werkzaam scoorden het hoogst. De respondenten prefereerden een voorschrijvende relatie bij verwijzing naar fysiotherapie. Implicaties voor het functioneren van de fysiotherapeut worden kort besproken.

AB, (NIVEL)

159

WILLIAMS, J.I., S. GELMON.

Judging the worth of one's work: physiotherapy as a profession in Canada.

Physiotherapy Canada; 34, 1982, no. 5, p. 257-65, lit.opg.(55).

Achtereenvolgens komen in dit artikel gegevens aan de orde over de groei van de beroepsgroep, opleiding, gemeenschappelijke structuren, verwijzing en vrije vestiging, research, carrière en beroepsbevrediging.

Uit gegevens over de beroepsgroep over de laatste twintig jaar, met onder andere ledenaantallen van de

Canadian Physiotherapy Association (CPA) en aantal fysiotherapeuten (per 100.000 inwoners, geografisch gespecificeerd) blijkt percentueel het aantal fysiotherapeuten gestegen met 244, meer dan andere (para-)medische beroepen. Ter beperking van immigranten (30% van het totaal) is vanaf 1982 toetreding tot de CPA alleen mogelijk voor fysiotherapeuten op baccalaureaatsniveau. In Canada zijn nu twee opleidingen op Master's niveau. Grofweg zijn er twee soorten fysiotherapeuten: jongeren met universitaire graad en ouderen met andere diploma's.

Ter verduidelijking van de positie van het beroep geven de auteurs een opsomming van de taken van fysiotherapeuten. Status en inkomen van fysiotherapeuten is nog vrij laag (inkomen: 1,25x industrieel werker/artsen 5,5 à 6x). Het inkomen van vrouwelijke beroepsbeoefenaren (90% van het totaal) is 60% van dat van hun mannelijke collegae. Voor collectief onderhandelen moet de fysiotherapeut zich aansluiten bij de beroepsvereniging of bij een vakbond.

Er is een tendens naar vrije vestiging (verwijzing is geen vereiste) die sterker zal worden indien de fysiotherapeut zijn onafhankelijkheid kan vergroten, ook binnen het gezondheidsteam gezien de groeiende samenwerking met andere hulpverleners dan artsen.

De carrièrelijnen van mannen zijn wat positiever dan die van vrouwen. Ze zijn langer in dienst en hebben meer opleiding gevolgd. Door de beschikbaarheid van banen hebben vrouwelijke fysiotherapeuten blijk gegeven van grote mobiliteit en hebben zij hun carrière om verschillende redenen vaker onderbroken dan mannen.

NIVEL, KNAW

9.2 Overheidsbeleid, regelingen en financiering

160

ASTON-McCRIMMON, E.

The professional code: 10 years later

Physiotherapy Canada; 38, 1986, no. 2, p. 91-94.

In 1974, na een uitgebreide studie van de beroepspraktijk is de 'Professional Code' van kracht geworden. Beroepsorganisaties (38) op het gebied van gezondheidszorg, bedrijfseconomie, financiën, toegepaste wetenschap en recht worden benoemd en exclusieve mandaten toegekend. Ter controle van de beroepspraktijk zijn beroepsinspectie en regelingen ten aanzien van ethiek, kostenraming, cliëntenadministratie en publiciteit, vastgelegd. In dit artikel wordt de effectiviteit van de regelingen over de laatste 10 jaar bekeken. Tevens wordt bekeken of de beroepsorganisaties hun volmacht op wettelijke basis, waar maken, ten aanzien van beroeps- en titelbescherming(21) dan wel alleen titelbescherming(17).
KNAW, (NIVEL)

161

BAHRAMI, J., M.H. HUSAIN, S. CLIFTON, M. PRINGLE, F.E. HILL, D.W. RICHARDS.

Acces to physiotherapy services.

British Medical Journal; 287, 1983, no. 6384, p. 25-27.

Uitgangspunt van het artikel is hoe patiënten het best voorzien kunnen worden van fysiotherapeutische hulp. Er volgen enige regionale voorbeelden. Als gevolg van het beleid van het Department of Health and Social Security, verantwoordelijkheden te delegeren naar lokale autoriteiten, kunnen de verschillen tussen de regio's benadrukt worden.

In Bradford wordt geëxperimenteerd met directe verwijzing naar de fysiotherapeut door de huisarts, ondanks verwachtingen van sommigen dat er een explosieve toename in de verwijzing zou zijn. Ook in Rotherham is er vrije verwijzing naar de fysiotherapie-afdeling van het ziekenhuis, met voordelen als kortere wachttijden, meer kans op herstel, kleiner verlies van werkuren van de patiënt. Tevens zijn er voorzieningen voor fysiotherapie thuis.

Vergelijkbare ontwikkelingen zijn er in Collingham en North-East Scotland.

NIVEL

BREEGLE, G.G., E. KING.

Physical therapy manpower planning: projection models and scenarios of 1985.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 9, p. 1297-1306.

Om het gezondheids-onderwijs in de staat te coördineren gebruikt de Kentucky Council voor hoger onderwijs divers statistisch materiaal voor beroepskrachtenplanning. Om de behoefte aan fysiotherapeuten in Kentucky vast te stellen zijn drie modellen gebruikt. Het eerste model gaat uit van de ratio beroepskrachten-bevolking, dat een korte-termijn beleid behelst. Het tweede is een analyse van de ontwikkelingen en is meer op de toekomst gericht. Het derde is een model van de beroepsvereniging voor meting van de gezondheidszorgbehoefte en gaat uit van de beste zorg voor alle inwoners. Alle scenario's worden in dit artikel uitgebreid besproken.

AB, (NIVEL)

ELLMAN, R., S.M. ADAMS, J.A. REARDON, I.H.M. CURWEN.

Making physiotherapy more accessible: open access for general practitioners to a physiotherapy department.

British Medical Journal; 284, 1982, no. 6323, p. 1173-75.

Huisartsen kregen directe toegang tot de poliklinische fysiotherapie afdeling van een algemeen districtsziekenhuis. De wachttijden werden gereduceerd en er werd tijd bespaard op onnodige controle op de noodzaak van fysiotherapeutische behandelingen. Voor het verwijzingsbeleid, met nadruk op preventie en zelfzorg, maakt het niet uit of de patiënten direct dan wel indirect worden verwezen. Huisartsen blijken voldoende selectief in het verwijzen en fysiotherapeuten voldoende economisch ten aanzien van de keuze en duur van de behandeling, zodat het niet noodzakelijk is dat de huisartsen de patiënten eerst naar een specialist verwijzen.

NIVEL

164

FANTACI, E.S.

Application of the locality rule and implications for malpractice actions against physical therapists.

Physical Therapy; 62, 1982, no. 5, p. 604-8.

Steeds vaker krijgen fysiotherapeuten te maken met medische fouten. Het aantal fouten zal toenemen als het beroep steeds gespecialiseerder wordt en als medische verwijzing niet langer verplicht is. Vergelijken met artsen is het aantal gevallen van nalatigheid en medische fouten van fysiotherapeuten gering. De mate waarin de arts en de fysiotherapeuten in zo'n geval dezelfde positie hebben is onderzocht, alsmede de wettelijke implicaties van specialisaties en van praktijkvoering zonder verwijzing.

AB, (NIVEL)

165

LARKIN, G.

Physiotherapists.

In: Occupational monopoly and modern medicine. London/New York: Tavistock Publications, 1983, p. 92-124.

B 908

De ontwikkeling van het beroep van masseur en fysiotherapeut als paramedisch beroep in samenhang met de reguliere medische beroepen beschouwd van 1900 tot 1960. In 1894 wordt de Society of Trained Masseuses (STM) opgericht, als resultaat van een lange traditie van vrije praktijkuitoefening in het gebied dat door de medische professie verwaarloosd is. Vooral de vrijgevestigden (25%) worden als bedreigend ervaren door de doktoren. Van belang in de strijd om erkenning is de koninklijke patronage (1916) en de koninklijke statuten (1920). De raad van het genootschap moet bovendien voor tweederde deel uit artsen bestaan. In het interbellum wordt de ziekenhuisfysiotherapie uitgebreid, nu echter onder stringente controle van de specialisten. Voor de vrijgevestigde

fysiotherapeuten zijn de nationale voorzieningen voor verzekering niet van toepassing. Gezien de tegenwerking wordt in 1944 de link met de Board of Registration of Medical Auxiliaries (BRMA, een soort medische vereniging voor registratie paramedische beroepen) verbroken door de CSP (Chartered Society of Physiotherapy, voortzetting van STM). Met de inwerking tredende National Health Service vallen bovenstaande problemen onder de verantwoordelijkheid van de minister van volksgezondheid: als compromis wordt de fysiotherapie erkend als aanvullend beroep. Het ministerie begint in 1954 onderhandelingen met de paramedici, zonder vertegenwoordiging van artsen, resulterend in een soort wet op de paramedische beroepen (1960) waarin vooral titelbescherming en toezicht op de opleidingen wordt geregeld.

NIVEL

166

MULLINS, J.

New changes for physical therapy practitioners in educational settings.

Physical Therapy; 61, 1981, no. 4, p. 496-502.

Recente wetgeving voor gehandicapten heeft een toegenomen behoefte aan gezondheidszorgdiensten in onderwijssettings tot gevolg gehad. Ook de dienstverlening in de gezondheidszorg dient aangepast te worden. In dit artikel een overzicht van de problemen die zich voordoen bij deze wetgeving alsook mogelijke oplossingen voor praktijkvoerende fysiotherapeuten.

AB, (NIVEL)

167

OSBORNE, P.H.

Malpractice: a perspective for physiotherapists.
Physiotherapy Canada; 35, 1983, no. 5, p. 258-60.

Medische fouten vallen in Canada onder de 'Law of Torts', waarin vastgesteld is in welke mate de hulpverlener wettelijk verplicht is tot compensatie

voor schade ontstaan door nalatigheid of onjuiste behandeling. Om geldelijke verplichting aan te tonen moet de eiser vier zaken kunnen aantonen:

- verplichting tot hulpverlening;
- afwijking van normen van hulpverlening;
- causaliteit;
- schade.

Ter verduidelijking van de argumenten die beide partijen gebruiken, is een case-studie van een nalatige fysiotherapeut opgenomen. Gezien de toenemende complexiteit van de technologie en druk op de gezondheidszorg is het onwaarschijnlijk dat fysiotherapeuten minder fouten zullen maken. Voorlegging aan de rechter bepaalt mede het continuëren van de normen in de gehele gezondheidszorg.

KNAW, (NIVEL)

168

PARTRIDGE, C.J.

Access to physiotherapy services.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 32, 1982, no. 243, p. 634-36, lit.opg.(5).

Uit een onderzoek naar fysiotherapeutische dienstverlening binnen de National Health Service blijkt een aanzienlijke stijging van fysiotherapie in de eerste lijn. In 75% van de gezondheidsdistricten is er een vorm van gemeenschapsvoorziening fysiotherapie. In 66% van de districten blijkt de huisarts direct toegang te hebben tot fysiotherapie in ziekenhuizen.

NIVEL

169

RICHARDSEN, R.W.

The 1985 Presidential address.

Physical Therapy; 65, 1985, no. 11, p. 1687-89.

De president van de American Physical Therapy Association (APTA) bespreekt de mogelijkheden en problemen van de fysiotherapie van nu en van de toekomst. Sinds in 1982 de wet inzake belastinggelijkheid en

fiscale verantwoordelijkheid (TEFRA) is doorgevoerd staat kostenbeheersing centraal in het overheidsbeleid. De ontoelaatbare kostenstijgingen zijn mede veroorzaakt door het beleid van een ruimere distributie in de gezondheidszorg en een lagere toegangs-drempel voor patiënten. De overheid zal onder andere de prijscompetitie aanscherpen. De fysiotherapie zal moeten inspelen op de snelle ontwikkeling van Health Maintenance Organisations en Preferred Provider Organisations.

Het wankelende vergoedingensysteem vormt een serieuze bedreiging voor klinische onderwijsmogelijkheden in de Amerikaanse ziekenhuizen. De APTA zal moeten zoeken naar andere mogelijkheden, daarbij gesteund door de monopoliepositie die de associatie sinds 1983 inneemt ten aanzien van de kwaliteit van het fysiotherapieonderwijs.

In de verschuivingen in de gezondheidszorg van verzorging in instituties naar thuishulp en van hightech verzorging naar zelfzorg, kan de fysiotherapie als eerstelijnsvoorziening een belangrijke rol spelen.

AB, (NIVEL)

170

TEAGER, D.P.

Referral.

Physiotherapy; 69, 1983, no. 2, p. 49-50.

Artikel als reactie op discussiestuk van het internationale comité van de Chartered Society of Physiotherapy (CSP) waar gesteld wordt dat de fysiotherapeut alleen mag behandelen na verwijzing door de arts, en dan nog onder diens begeleiding. Er volgt een weergave van ontwikkelingen die daar haaks op staan, te weten emancipatie van individuele therapeuten, toenemende onafhankelijkheid in de basisgezondheidszorg, impliciet contract tussen vrijgevestigde fysiotherapeut en de patiënt, positie van vergelijkbare paramedici en tenslotte de ontwikkeling naar grotere professionele autonomie in enkele andere landen. Een verzelfstandiging van de fy-

siotherapie hoeft de huidige relatie met artsen niet te verstoren omdat wederzijds respect voor het beroep immers de basis is.

NIVEL, AB

171

WILLIAMS, J.I.

The responsibility for physiotherapy prescription.

Physiotherapy; 69, 1983, no. 12, p. 435-36.

Dit artikel beschrijft de werking van de uit 1976 stammende Practice Act. Na acht jaar moet de fysiotherapeut zich goed bewust zijn van de noodzaak, geschiktheid en veiligheid van zijn behandelingen. Het is ongewenst dat de aard van fysiotherapiebehandelingen soms nog door de arts wordt bepaald.

NIVEL, AB

9.3 Opleiding

172

ASTON-McCRIMMON, E.

Analyses of the ratings of competencies used in physical therapy practice.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 6, p. 954-60, lit.opg.(21).

In de initiële fase van een overzicht van het onderwijs-programma, voor herevaluatie en eventuele modificaties van fysiotherapie-opleidingen is een uitputtende lijst opgesteld van stellingen per onderdeel van het proces dan wel beroep van fysiotherapeut. De lijst is getest en zowel vrijgevestigde fysiotherapeuten als hoofden van afdelingen hebben zich over de waarde van de afzonderlijke stellingen uitgesproken. De 176 respondenten waardeerden de 224 competentie-stellingen eerst naar het belang in hun praktijk en vervolgens naar het belang in zelftoetsing van hun kundigheid.

Analyse van de waardetoekenning en competentieniveau in relatie met praktijkervaring, klinische werke-

lijkheid en soort functie geeft aan dat enkele veranderingen in opleiding, onafhankelijk van het niveau, en in scholingsprogramma's noodzakelijk zijn.
NIVEL, AB

173

BARR, J.R., J. GWYER, Z. TALMOR.

Evaluation of clinical centers in physical therapy.
Physical Therapy; 62, 1982, no. 6, p. 850-61.

Doel van het onderzoek is het testen van twintig fysiotherapeutische klinische educatie-normen en drie daaraan gerelateerde methoden van evaluatie. Schriftelijk en telefonisch zijn gegevens verzameld van 842 onderwijscoördinatoren, 15 klinische instructeurs en 52 studenten. De standaardnormen worden als praktisch, betrouwbaar en goed bruikbaar beschouwd. Gebruik wordt aanbevolen voor klinische onderwijsprogramma's en opleidingen. Tevens is er sprake van toepasbaarheid in andere disciplines.
AB, (NIVEL)

174

BROCKIE, B.

CCTV in physiotherapy education.

Physiotherapy; 71, 1985, no. 11, p. 472-76,
lit.opg.(25).

Als onderdeel van een groot opgezet research project, is onderzoek gedaan in alle Engelse fysiotherapiescholen om de voorziening van CCTV (closed circuit T.V.) en het gebruik door staf en studenten te inventariseren. Analyse van de resultaten toont aan dat, ondanks het financiële klimaat, de CCTV steeds meer beschikbaar is en leraren steeds vaker zelf programma's maken. De staf maakt meer gebruik van de CCTV als educatiemiddel, dan de studenten, die het als leerhulpmiddel zouden kunnen hanteren. Vergeleken met andere beroepen is er onder de paramedische beroepen weinig onderzoek gedaan naar toepassing van CCTV, in klinische praktijk dan wel opleiding.

AB, (NIVEL)

175

BURNETT, C.N., R.J. MAHONY, M.J. CHIDLEY, F.M. PIERSON
Problem-solving approach to clinical education.
Physical Therapy; 66, 1986, no. 11, p. 1730-33.

Voor fysiotherapiestudenten in de stage van het eerste jaar is een probleem-oplossend model ontwikkeld om geschikte klinische ervaring op te doen. Artsen van 12 verschillende instellingen in diverse settings bespraken elke week zeven keer een bepaalde ziekte of aandoening met zeven groepen van tien studenten. Met een probleem-oplossende invalshoek werd gepoogd de problemen van de patiënt, behandeldoelen en methoden daarvoor, vast te stellen. Alhoewel statistische gegevens ten aanzien van de vaardigheden van de studenten ontbreken, hebben artsen en studenten het project als positief ervaren.

AB, (NIVEL)

176

DAVIS, C.M.

Affective education for the health professions: facilitating appropriate behavior.

Physical Therapy; 61, 1981, no. 11, p. 1587-93.

Vele studieprogramma's in de gezondheidszorg hebben een vak met nadruk op gedragsnormen. Onderwerpen als communicatiemethoden maar ook het oplossen van complexe ethische problemen kunnen daar deel van uitmaken. Toegespitst op de fysiotherapie worden verschillen tussen effectief en moreel gedrag en voorbeelden van onderwijsbenaderingen besproken.

AB, (NIVEL)

DICKSON, D.A., M. MAXWELL.

The interpersonal dimension of physiotherapy: implications for training.

Idem, no. 131.

177

GARTLAND, G.J.

Teaching the therapeutic relationship.

Physiotherapy Canada; 36, 1984, p. 24-28, lit.opg.(18).

Dit artikel schetst de belangrijke kenmerken van de therapeutische relatie en klinische interviewtechnieken en gaat voorts over een onderwijskundig programma over deze onderwerpen in het eerste jaars fysiotherapie-onderwijs. Wederzijdse afhankelijkheid tussen fysiotherapeut en patiënt in de gezondheidszorg bepaalt de aandacht voor communicatie en interpersoonlijke relaties. Recente studies tonen het belang aan van een meer structurele aanpak in het onderwijzen van vaardigheden als luisteren en non-verbale communicatie.

KNAW, (NIVEL)

178

LEIKEN, A.M.

Method to determine the effect of clinical education on production in a health care facility.

Physical Therapy; 63, 1983, no. 1, p. 56-59.

Door middel van een regressie-analyse wordt het effect van een klinisch onderwijsprogramma in de dienstverlening van een algemeen ziekenhuis beoordeeld. Deze methode maakt het mogelijk het effect van de studenten op de kwantitatieve patiëntenzorg vast te stellen. Toepassing in een ziekenhuis met onderwijsactiviteiten in een voorstad van New York wijst uit dat de studenten een positieve invloed uitoefenen op de patiëntenzorg.

AB, (NIVEL)

179

LEVIN, M.F.

A model for teaching interviewing and communication skills to physiotherapy students.

Physiotherapy Canada; 36, 1984, p. 24-28.

Verwerving van gespreks- en communicatievaardigheden

door fysiotherapie studenten blijkt een zeer belangrijk onderdeel van professionele ontwikkeling. In dit artikel een model daarvoor ten behoeve van studenten in klinische setting, met facetten als didactiek, discussie, rollenspel etc. Ervaring wijst uit dat studenten bewuster worden van de problemen van een cliënt en dat komt de therapeutische relaties weer ten goede.

KNAW, (NIVEL)

180

LOPOPOLO, R.B.

Financial model to determine the effect of clinical education programs on physical therapy departments. *Physical Therapy*; 64, 1984, no. 9, p. 1396-1402.

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een model om het effect, in financieel opzicht, van klinische onderwijsprogramma's op de zorgverlening vast te stellen. Op zes fysiotherapie-afdelingen, drie grote en drie kleine, is de werkwijze van fysiotherapeuten met en zonder studenten onderzocht. De auteur heeft vijf bepalende factoren getest. Ondanks het feit dat therapeuten met studenten minder tijd besteden aan imkomsten-genererende activiteiten, bleek dat het onderwijsprogramma een voordeel opleverde: \$ 89 per student per dag.

AB, (NIVEL)

181

MacKINNON, J.L.

Review of the postbaccalaureate degree for professional entry into physical therapy. *Physical Therapy*; 64, 1984, no. 6, p. 938-42.

The American Physical Therapy Association (APTA) heeft ingestemd met een post-kandidaats toegangsniveau tot het beroep van fysiotherapeut. Dit artikel is een beschouwing over het doel van professionele training daarvoor en vergelijkt diverse mogelijkheden van niveaugestructureerde educatiesystemen met behulp van economische, politieke en

onderwijs-factoren. Na analyse van deze variabelen doet de auteur een aanbeveling voor het niveau van doctorandus (Master) in de fysiotherapie.

NIVEL, AB

182

MAY, J.

Teaching: a skill in clinical practice.

Physical Therapy; 63, 1983, no. 10, p. 1627-33.

Onderzoek door middel van een aselechte steekproef onder 585 fysiotherapeuten en organisatoren van opleidingsprogramma's ter bepaling van de houding tot en voorbereiding voor het onderwijzen als vaardigheid in de fysiotherapie. Resultaten zijn gebaseerd op responsen van 63% van de fysiotherapeuten die minstens voor 50% met directe patiëntenzorg bezig zijn en 93% van de organisatoren. Slechts 34% van de fysiotherapeuten heeft onderwijsdidactiek gehad in de opleiding, 30% heeft te maken met klinische educatie. De therapeuten beschouwen onderwijsvaardigheden, zoals het afstemmen op individuele behoeften, demonstratie-onderwijs, feedback en toetsing van de verwachtingen van de leerling als de belangrijkste.

Vaardigheden die het meest worden onderwezen zijn onder andere het doorgronden van de rol van een fysiotherapeut als leraar en het onderwijzen via colleges. Fysiotherapeuten beschouwen didactiek als een belangrijke vaardigheid in de praktijk, maar niet alle programma's hebben voorbereiding daarvoor opgenomen. Er is beperkte overeenstemming over het belang van de verschillende vaardigheden.

AB, (NIVEL)

OLSEN, S.L.

Teaching treatment planning: a problem-solving model.

Idem, no. 135.

183

PAGLIARULO, M.A.

Accreditation: it's nature, proces and effective imple-

mentation.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 7, p. 1114-18, lit.opg.(30).

Onderwerp van dit artikel is het accrediteren of erkennen van opleidingen, hoe dat functioneert en hoe het effectief gebruikt kan worden voor verbetering van leerprogramma's en opleidingen. Het erkenningsproces wordt geëxpliciteerd in termen van definitie, doel, typen en overheidsinvloed. In dit artikel veel aandacht voor de eerste fase in het proces: zelfstudie. De auteur ontwikkelt zeven voorwaarden voor succes. In het algemeen kan erkenning gezien de toenemende aandacht voor kwaliteit van het Amerikaanse onderwijs zich tot primair mechanisme voor kwaliteitsbewaking ontwikkelen. Ook voor het fysiotherapieonderwijs is dit van belang als het vereiste niveau hoger wordt.

AB, (NIVEL)

184

PALMER, P.H., J.N. HENRY, D.A. ROHE.

Effect of videotape replay on the quality and accuracy of student self-evaluation.

Physical Therapy; 65, 1985, no. 4, p. 497-500, lit.opg.(17).

Verslag van een studie ter beoordeling van de kwaliteit en accuraatheid van de evaluatie van een behandeling door studenten. Er worden twee studentengroepen samengesteld: de experimentele groep die met behulp van video-herhaling werkt en een controlegroep zonder video. Beide groepen moeten behandelingen beoordelen. Ten aanzien van de twee varianten bleken de verschillen tussen de groepen niet significant.

AB, (NIVEL)

PAYTON, O.D.

Effects of instruction in basic communication skills on physical therapists and physical therapy students.

Idem, no. 137.

185

PAYTON, O.D., A.E. HUETER, M. McDONALD, S. HIRT.

Instructional style preferences: physical therapy faculty members in the United States.

Physical Therapy; 60, 1980, no. 10, p. 1277-81.

Het doel van deze studie is het beschrijven van de educatie-stijl in de fysiotherapie-faculteiten in het academisch jaar 1977/78. De Instructional Styles Inventory van Canfield en Canfield testte uiteindelijk 311 faculteitsleden (respons 61%). Het "typische" faculteitslid wordt beschreven en vergeleken met de "typische" student zoals in eerder onderzoek beschreven. Er bleek een grote mate van overeenkomst te zijn tussen staf en studenten met betrekking tot voorkeuren van educatie- en leermethoden.

AB, (NIVEL)

186

PURTILO, R.B.

Structure of ethics teaching in physical therapy: a survey.

Physical Therapy; 59, 1979, no. 9, p. 1102-9.

Het vak ethiek is al lange tijd onderdeel van de opleidingen voor fysiotherapie. Hier de resultaten van een onderzoek naar het onderwijzen in ethiek op kandidaats-niveau aan de hand van 29 teruggestuurde enquetes. Er wordt gesuggereerd dat de hoge standaardnormen die voor andere delen van het beroepsonderwijs gelden, ook voor ethiek-onderwijs opgaan. Ten slotte volgt vergelijking met recent onderzoek naar andere vergelijkbare opleidingen.

AB, (NIVEL)

187

SCULLY, R.M., K.F. SHEPARD.

Clinical teaching in physical therapy education.

Physical Therapy; 63, 1983, no. 3, p. 349-58.

Het doel van deze etnografische studie is het proces van klinische educatie, gezien vanuit de leraren, te

onderzoeken. Na een veldstudie van drie maanden worden twee componenten onderscheiden:

- klinische leersituatie, identificatie van factoren die de kwaliteit en kwantiteit van het leren door studenten beïnvloeden;

- leermiddelen gebruikt door de leraren, bepaling van strategieën om de student tot professionele kundigheid aan te zetten.

De laatste component is bedoeld ter verduidelijking van het verschil met een academische opleiding.

AB, (NIVEL)

188

WELLS, P.A., E. LESSARD.

Implications for educational programs.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 4, p. 551-54, lit.opg. (12).

Doel van dit artikel is het klinisch onderwijs voor fysiotherapiestudenten te analyseren en beter af te stemmen op de praktijk. Er werden formulieren ontworpen en gebruikt met daarin informatie over leeftijd en sexe van de patiënt, hun pathologische conditie, aantal en soort behandelingen, beoordelingsniveaus, mate van toezicht op studenten, tijd aan patiënten besteed en gespecialiseerde onderwijsfaciliteiten.

Het bleek dat musculoskeletal disorders het meest voorkwamen (67%). De meest frequente behandeling was de oefentherapie (57%).

AB, (NIVEL)

WILLIAMS, J.I., S. GELMON.

Judging the worth of one's work: physiotherapy as a profession in Canada.

Idem, no. 159.

9.4 Werkwijze en praktijkvorm

ASTON-McCRIMMON, E.

Analysis of the ratings of competencies used in physi-

cal therapy practice.

Idem, no. 172.

189

BALLIN, A.J., W.H. BRESLIN, K.A. WIERENGA, K.F. SHEPARD.

Research in physical therapy: philosophy, barriers to involvement and use among California physical therapists.

Physical Therapy; 60, 1980, no. 7, p. 888-95.

Deze studie heeft als doel het belang van research voor professionele fysiotherapeuten vast te stellen, de belemmerende factoren voor participatie te beoordelen en de mate waarin fysiotherapeuten gebruik maken van gepubliceerd onderzoek nader te beschouwen. Het onderzoek is opgebouwd uit persoonlijke interviews en een enquête onder 300 fysiotherapeuten in California. Zowel gebrek aan tijd en financiën als onervarenheid met het onderzoeksproces en gebruik van statistieken blijken de belangrijkste belemmeringen voor research-participatie. Samenwerking met andere disciplines is een methode voor het verwerven van additionele onderzoeksvaardigheden. Een hoog percentage gebruikt onderzoeksinformatie elders dan in Physical Therapy gepubliceerd.

AB, (NIVEL)

190

BOHANNON, R.W., B.F. LEVEAU.

Clinicians' use of research findings; a review of literature with implications for physical therapists.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 1, p. 45-50, lit.opg. (58).

Naast een overzicht van de literatuur over gebruik van research in de professionele dienstverlening, worden factoren die tot dat gebruik bijdragen, eerdere suggesties daarvoor gedaan en suggesties voor toekomstig onderzoek naar researchparticipatie, besproken. Variabelen ten aanzien van het gebruik zijn: aard van de communicatietraining en karakter

van dienstverleners, praktijkomstandigheden. Ook fysiotherapeuten zouden onderzoeksresultaten meer moeten integreren in de praktijk. Interveniërende scholing is dan noodzakelijk.

191

BOURNE, S.

Doctors, physiotherapists and placebo pharmacology.
British Medical Journal; 6154, 1978, no. 2, p. 1761-63.

Een seminar van fysiotherapeuten bestudeerde de psychologische aspecten van het werk. Onverwacht kwamen problemen met doktoren in plaats van patiënten naar voren. De ontevredenheid van de fysiotherapeuten is onder andere bepaald door:

- hantering van fysiotherapie als placebo door doktoren in geval van ongeneeslijke ziekten en psychische problemen;
- het niet kennen van de feiten van de patiënt door het bovengenoemd verwijsgedrag;
- het gebruik van quasi-wetenschappelijke apparatuur als vervanging voor fysiek contact;
- gebrekkige en onprofessionele psychologische vaardigheden;
- onzekerheid over hun rol als sociaal werkers.

Desalniettemin worden doktoren geïdealiseerd, wat de sexe-stereotypering versterkt en bijdraagt aan het imago van fysiotherapie als onwetenschappelijk, empirisch en intuïtief (vrouwelijk).

NIVEL

192

FORSTER, D.P., C.E. FROST, B.J. FRANCIS, W.D. ARMSTRONG.

A study of domiciliary physiotherapy in general practice.

Community Medicine; 3, 1981, no. 1, p. 14-24.

In dit artikel wordt een fysiotherapiepraktijk in een eerstelijnsgezondheidscentrum vergeleken met een poliklinische praktijk. De studie toont indirect de noodzaak aan voor eerstelijnsfysiotherapie voor met

name de oudere patienten. Diverse verklaringen worden besproken voor het lager aantal visites per verwijzing bij het gezondheidscentrum. Samen met besparingen op ambulanceritten maakt dit de eerste lijnsfysiotherapie tevens goedkoper.
AB, (NIVEL)

193

MAYNARD, F.M., DARNELL, R.E.

Physiatry and physical therapy: models of professional interaction.

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation; 63, 1982, no. 10, p. 496-98.

De relatie tussen fysiotherapie en fysiatrie, natuurgeneeswijze, is onderhevig aan conflicten, versterkt door wetgeving in enkele staten die medische verwijzing voor fysiotherapie niet langer verplicht stellen. De conflicten zijn een gevolg van overlapping van rollen, kennis en expertise tussen de beroepen. De volgende interactiemodellen worden bekeken op hun invloed op patiëntenzorg, beroepsbevrediging en interprofessionele conflicten: voorschrijvend; verwijzend; consultatief; samenwerkend; eclectisch; verplichte fysiatische verwijzing; onafhankelijke fysiotherapeutische praktijkvoering.

NIVEL

194

MERCER, J.

Physiotherapy as a profession.

Physiotherapy; 66, 1980, no. 6, p. 180-84.

Dit artikel is gebaseerd op de scriptie getiteld 'Aspecten van professionalisering in de fysiotherapie', een uitgebreid onderzoek in dertien ziekenhuizen en revalidatiecentra over verwijzing naar fysiotherapie. De verschillen tussen ziekenhuizen met en zonder reumatoloog, met en zonder onderwijsfaciliteiten bleken niet significant. De belangrijkste resultaten worden vervolgens ondergebracht in administratieve autonomie, klinische autonomie, verwij-

zingssysteem, rolconflict, college-systeem in de geneeskunde en de fysiotherapie en tenslotte sociale verandering.

AB, (NIVEL)

195

OVRETVEIT, J., H. TOLLIDAY, W. KINSTON.

Research into the organisation of physiotherapy.

Physiotherapy; 67, 1981, no. 4, p. 110-13.

Dit is een eerste verslag van lopend onderzoek van van de Brunel Universiteit, gefinitieerd door de Chartered Society of Physiotherapy (CSP). De onderzoeksmethode van analyse van organisatorische problemen wordt kort beschreven waarbij de continuïteit van de fysiotherapeutische hulpverlening benadrukt wordt. De ontwikkeling van het beroep laat zien dat de relaties tussen fysiotherapeuten onderling en tussen hen en doktoren veranderd zijn.

AB, (NIVEL)

196

RIFFER, J.

PT rapidly moves from hospitals to other settings.

Hospitals; 60, 1986, no. 17, p. 80.

Uit onderzoek door de American Physical Therapy Association blijkt dat klinische verwijzingen naar de fysiotherapeut in ziekenhuizen snel afnemen. Sinds 1984 is er echter wel een toename van 52% van revalidatievoorzieningen in kleine basisziekenhuizen. Er worden vraagtekens gezet bij het steeds vroegere ontslag uit het ziekenhuis.

AB, (NIVEL)

197

ROTHSTEIN. J.M., J.L. ECHTERNACH.

Hypothesis-oriented algorithm for clinicians: a method for evaluation and treatment planning.

Physical Therapy; 66, 1986, no. 9, p. 1388-94.

Het doel van dit artikel is de HOAC (zie titel) te

introduceren om fysiotherapeuten te ondersteunen in besluitvorming en patientenmanagement. Het eerste deel van HOAC is voor herevaluatie en analyse van de effectiviteit van de behandelingen. Centraal in de HOAC is het opstellen van hypothesen en het afleiden van criteria deze te testen. Het gesplitste programma kan fouten helpen opsporen en maakt duidelijk wanneer verwijzing naar of hulp van een collega gewenst is.

AB, (NIVEL)

SPENCE, M.

1983 Enid Graham Memorial Lecture.

Idem, no. 156.

198

STEFFEN, T.M., A.D. MEYER.

Physical therapists notes and outcomes of physical therapy: a case of insufficient evidence.

Physical Therapy; 65, 1985, no. 2, p. 213-17.

Centraal in dit artikel staan de problemen bij registratie van de resultaten van fysiotherapie. Bij een onderzoek naar medische rapporten van 63 geriatrische patiënten blijkt dat bijna de helft van de vermelde gegevens niet voldoende zijn om functionele verbeteringen te registreren. In het algemeen blijken fysiotherapeuten de hoeveelheid geregistreerde resultaten te overschatten en tevens sommige aandoeningen vaker te registreren dan andere. Verdergaande standaardisering in data-registratie wordt aanbevolen.

AB, (NIVEL)

AUTEURSINDEX

A

Aakster, C.W.
111
Aalderen, H.J.
82
Adams, S.M.
163
Anthonissen, A.
23
Apeldoorn, A.
89
Armstrong, W.D.
192
Arsenault, A.B.
140
Aston-McCrimmon, E.
160, 172
Aubert, E.J.
134
Aufdemkampe, G.
90, 91, 102, 110

B

Bahrami, J.
161
Ballin, A.J.
189
Barr, J.S.
173
Bartels, M.
83, 84
Beckers, F.
1
Beeftinck, A.C.
92

Beijer, M.A.J.
91, 102
Berg, J.A. van den
40
Bergen, A. van
112
Bertels, M.
76, 77
Beusekom, R. van
113
Blood, H.
141
Bobbert, M.
93
Boerma, W.G.W.
65
Bohannon, R.W.
190
Bourne, S.
191
Breegle, G.G.
162
Brekel, E.J.G. van den
85, 86
Breslin, W.H.
189
Brockie, B.
174
Bromley, A.I.
94
Brown, G.D.
142
Brummeler, L. ten
77
Burger, A.K.C.
66

Burnett, C.N.
175
Buyten, N.T.
78

C

Campbell, D.D.
130
Chidley, M.J.
175
Clark, S.D.
155
Cleather, J.
140
Clifton, S.
161
Conine, T.A.
152
Connelly jr., T.
139
Crebolder, H.F.J.M.
87, 114
Curfs, E.Chr.
24, 71, 115
Curwen, I.H.M.
163
Custers, P.
25

D

Darnell, R.E.
116, 193
Davis, C.M.
176
Deibel-Cools, M.G.M.
117, 127
Derijcke, J.C.J.
112, 118
Deusinger, S.S.
121

Dickson, D.A.
131
Dijk, S.G.M. van
125
Dijk, H.C. van
65
Dijkstra-de Weijs, M.C.
67
Dijkum, C. van
77
Dimond, B.C.
143
Dobbelaere, R.I.M.C. de
52, 54
Dyer, L.E.
144

E

Echternach, J.L.
197
Eijk, J.Th.M. van
95
Ellman, R.
163
Eijkeren, J. van
119
Ernst, H.
112, 118

F

Fantaci, E.S.
164
Fennema, J.
92
Fitch, D.H.
116
Forster, D.P.
192
Fox, F.K.
157

Francis, B.J.	H
192	
Francos, K.M.	Hagenstein-'t Mannetje,
157	M.P.
Frazer, F.M.	30
145	Hamers, R.T.J.
Frenken, F.J.M.	65
88	Hamilton, G.J.A.
Frost, C.E.	27
192	Harris, S.R.
	109
G	Heeling, A.
	110
Gardner, D.L.	Henry, J.N.
132, 139	184
Gartland, G.J.	Hentzen, R.
177	110
Gelmon, S.	Heuvel, C. van den
159	43
Gerhartl, F.H.	Hill, F.E.
120	161
Gestel, J.L.M.	Hingstman, L.
92	28, 42
Giebels, L.	Hirt, S.
48	185
Gijt, H. de	Hommes, Chr.
56	68
Gorkum, J.A.W. van	Hoogen, R. van der
121	78
Graaf, A.B. de	Hoover, D.H.
55	157
Grannis, C.J.	Houtkoop, E.
146	93
Groenewegen, P.P.	Hueter, A.E.
42, 70, 71, 84, 110, 115,	185
122	Huhn, R.R.
Guccione, A.A.	149
147, 148	Huijts, J.H.
Gwyer, J.	7
173	Husain, M.H.
	161

I	Leber-Scheenloop, M. 125
Inaba, M. 123	Leeuwen, L.G.D. van 129
J	Leiken, A.M. 178
Jette, A.M. 148	Lessard, E. 188
K	Leveau, B.F. 190
Kemp, N.I. 150	Levin, M.F. 179
Kerkhoff, A.H.M. 29, 30, 69, 70	Linder, M.T. 134
Kerssens, J.J. 71, 115	Lopopolo, R.B. 180
King, E. 162	Luna-Massey, P. 151
Kinston, W. 195	M
Kleijn-de Vrankrijker, M.W. de 124	Mackenbach, J.P. 96
Knaapen, A. 112	MacKinnon, J.L. 181
Knoops, L.A. 113	Mahony, P.J. 175
Kortenhoeven, D. 31, 32	Maring, J. 126
L	Maxwell, M. 131
Lacefield, W.E. 132	May, J. 182
Lamberts, H. 78	Maynard, F.M. 193
Larkin, G. 165	Mays, M.J. 133
Laster, T.E. 152	McDonald, M. 185
	Meijer, O.G. 89, 90, 91, 97, 98, 99, 102

Melker, R.A. de
72, 73
Mercer, J.
194
Meyer, A.D.
198
Michels, E.
100
Moerman, A.
127
Monteny, A.E.
62, 78, 113
Moore, P.
152
Morgenstein, S.
126
Morrison, M.A.
134
Mulder, J.D.
80, 81
Mulder, W.J.
129
Muller, S.B.
74
Mullins, J.
166

N

Nationale Raad voor de
Volksgezondheid
45
Nederlandse Vereniging
van Vrijgevestigde Fysio-
therapeuten
34
Nederlands Genootschap
voor Fysiotherapie
8
Nell, W.
9, 35, 101

Niester, T.
10
Nonhof-Boiten, J.C.
127
Noordhof, H.
49, 50

O

Obbens, H.J.M.
91, 99, 102
Offinga, A.J.
81
Olsen, S.L.
135
Oomkens, S.
57
Oorsouw, G. van
10
Oort, M. van
89
Osborne, P.H.
167
Ovretveit, J.
195

P

Pagliarulo, M.A.
183
Palmer, P.H.
184
Partridge, C.J.
103, 104, 105, 168
Payton, O.D.
137, 185
Peat, M.
153
Pierson, F.M.
175
Plekkring, I.H.
127

Pringle, M.
 161
 Purtilo, R.B.
 154, 186

 R

 Raassen-Beijer, M.A.J.
 91, 102
 Rameckers, E.A.A.
 52
 Raymond, G.
 155
 Reardon, J.A.
 163
 Richards, D.W.
 161
 Richardson, R.W.
 169
 Riffer, J.
 196
 Roelink, H.
 138
 Rohe, D.A.
 184
 Ronteltap, C.F.M.
 52
 Rossem, Ch. van
 129
 Rothstein, J.M.
 197
 Roush, S.E.
 12
 Rozendal, R.H.
 93, 106, 107

 S

 Sambeek, H.W.R. van
 93
 Sanford, T.L.
 150

 Savinar, E.
 158
 Scheepmaker, L.
 83, 84
 Scholz, C.A.
 150
 Scully, M.
 187
 Sellink, W.J.L.
 53
 Seymour, R.J.
 132, 139
 Shepard, K.F.
 150, 158, 187, 189
 Sijde, P.C. van der
 53
 Silva, D.M.
 155
 Simpkins, S.
 126
 Sindelar, B.
 121
 Smile, L.
 151
 Sneep, R.
 59, 128
 Sonnen, A.E.H.
 13, 14
 Soons, T.L.J.M.
 44
 Spence, M.
 156
 Spilecki, G.M.
 157
 Sporcken, P.
 15
 Stanton, P.E.
 157
 Steffen, T.M.
 198
 Stork, J.
 75

Stritter, F.T.
121

T

Talmor, Z.
173

Tap, H.J.
16, 47

Taverne, E.
17, 60, 61

Teager, D.P.
170

Ter Horst-Adamse, A.I.
127

Terlouw, T.J.A.
91, 102

Tolliday, H.
195

Tournier, A.G.
18

U

Uili, R.M.
158

V

Veld, H.O. in 't
62, 78

Verbeek, G.
20

Verhoef, J.W.M.
129

Vinck, A.
112, 118

Volder-Dobbelaere,
R.I.M.C. de
52, 54

Volski, R.V.
149

Vorst, F.A.
55

Vuyk, K.
108

W

Wagener, J.F.
21

Wams, H.W.A.
22

Wel, T. van der
63

Wells, P.A.
188

Wieringa, K.A.
189

Wijkkel, D.
64

Wijnen, R. van
120

Williams, J.I.
159, 171

Wit, A. de
38

Wolery, M.
109

Wuister, J.D.
80

Wurms, R.J.
53

Z

Zee, J. van der
65, 84

Ziekenfondsraad
39

BRONNEN

AB:

Bibliotheek der Rijksuniversiteit
Wittevrouwenstraat 7-11
Postbus 16007
3500 DA Utrecht
030-399111

KNAW:

Bibliotheek Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
Kloveniersburgwal 29
Postbus 19121
1000 Gc Amsterdam
020-222902

NIVEL:

Bibliotheek NIVEL
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
030-319946

O en O:

Bibliotheek Stichting Ontwikkeling en Ondersteuning
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1555
3500 BN Utrecht
030-332113

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN:

Wijkverpleging/kruisvereniging:
samengesteld door R. Willemsen
bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986

Ouderen (I):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986

Ouderen (II):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986

Relatie eerste en tweede lijn:
samengesteld door R. Willemsen
bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986

De apotheker:
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986

Alternatieve geneeswijzen:
samengesteld door A. van der Velden
bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg:
samengesteld door H. Kuijlen
bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986

Communicatie (huis)arts-patiënt:
samengesteld door A.K. de Leeuw en A. Vos
bibliografie jrg. 1, no. 8, 1986

Zelfzorg en mantelzorg:
samengesteld door F. Wieman
bibliografie jrg. 1, no. 9, 1986

