

BRANCHERAPPORT PARAMEDISCHE ZORG

P.M. Rijken
C.M. van Heugten
J. Dekker

Maart 1996



NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Rijken, P.M.

Brancherapport paramedische zorg / P.M. Rijken, C.M. van Heugten, J. Dekker. -
Utrecht : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Uitg. in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. - Met lit.
opg.

ISBN 90-6905-288-1

Trefw.: paramedische beroepen ; Nederland.

VOORWOORD

Voor u ligt het Brancherapport Paramedische Zorg. Dit rapport biedt een overzicht van de momenteel beschikbare informatie over paramedische zorg. Het overzicht omvat de tien paramedische beroepsgroepen, te weten: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

Het Brancherapport is geschreven in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De minister heeft het voornemen een Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg uit te voeren. Deze pilot is gericht op structurele verbetering van de informatievoorziening paramedische zorg op landelijk niveau. Het onderhavige rapport biedt een toegankelijk en geïntegreerd overzicht over de paramedische sector en kan derhalve als uitgangspunt dienen voor de Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg.

Het rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat een samenvatting en integratie van de informatie over de gehele paramedische sector. Het tweede deel bevat een overzicht over de paramedische zorg, waarbij elke beroepsgroep in een afzonderlijk hoofdstuk aan de orde komt. Dit deel van het rapport is tot stand gekomen door medewerking van de tien paramedische beroepsverenigingen. De auteurs willen hun dank uitspreken voor de inbreng en de ideeën van allen die hebben meegewerkt.

INHOUD

pag.

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INLEIDING | 1 |
| 1.1 | Doelstelling | 1 |
| 1.2 | Opbouw van het rapport | 1 |
| 1.3 | Werkwijze | 2 |
| 1.4 | Onderwerpen en bronnen | 2 |
| 1.5 | Begripshantering | 4 |
| 2 | PARAMEDISCHE ZORG: EEN OVERZICHT | 7 |
| 2.1 | Regulering en financiering van de paramedische zorg | 7 |
| 2.1.1 | Wettelijk kader | 7 |
| 2.1.2 | Wet BIG | 7 |
| 2.1.3 | Financiering | 10 |
| 2.1.4 | Kosten | 10 |
| 2.2 | Aanbod van paramedische zorg | 12 |
| 2.2.1 | Omvang van de beroepsgroepen | 12 |
| 2.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroepen | 13 |
| 2.3 | Vraag naar paramedische zorg | 15 |
| 2.3.1 | Volume van zorg | 15 |
| 2.3.2 | Gebruik van zorg | 16 |
| 2.3.3 | Verwijzing | 17 |
| 2.3.4 | Kenmerken van patiënten | 18 |
| 2.3.5 | Diagnose | 20 |
| 2.3.6 | Behandeling | 22 |
| 2.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van paramedische zorg | 24 |
| 2.4.1 | Kwaliteitsbeleid | 24 |
| 2.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid | 25 |
| 2.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de paramedische zorg | 26 |
| 2.6 | Beschikbaarheid van informatie | 28 |
| 3 | DIËTETIEK | 31 |
| 3.1 | Inleiding | 31 |
| 3.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 31 |
| 3.1.2 | Regulering en financiering | 32 |
| 3.2 | Aanbod van diëtistische zorg | 33 |
| 3.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 33 |
| 3.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 35 |
| 3.2.3 | Spreiding van beroepsbeoefenaren | 36 |
| 3.3 | Vraag naar diëtistische zorg | 38 |
| 3.3.1 | Volume van zorg | 38 |
| 3.3.2 | Gebruik van zorg | 38 |
| 3.3.3 | Verwijzing | 38 |
| 3.3.4 | Kenmerken van patiënten | 42 |
| 3.3.5 | Diagnose | 42 |
| 3.3.6 | Behandeling | 42 |

| | pag. | |
|----------|---|-----------|
| 3.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van diëtistische zorg | 42 |
| 3.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij diëtistische zorg | 42 |
| 3.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van diëtistische zorg | 43 |
| 3.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de diëtetiek | 45 |
| 4 | ERGOTHERAPIE | 47 |
| 4.1 | Inleiding | 47 |
| 4.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 47 |
| 4.1.2 | Regulering en financiering | 48 |
| 4.2 | Aanbod van ergotherapeutische zorg | 49 |
| 4.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 49 |
| 4.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 52 |
| 4.2.3 | Spreiding van beroepsbeoefenaren | 54 |
| 4.3 | Vraag naar ergotherapeutische zorg | 55 |
| 4.3.1 | Volume van zorg | 56 |
| 4.3.2 | Gebruik van zorg | 56 |
| 4.3.3 | Verwijzing | 57 |
| 4.3.4 | Kenmerken van patiënten | 58 |
| 4.3.5 | Diagnose | 59 |
| 4.3.6 | Behandeling | 61 |
| 4.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van ergotherapeutische zorg | 64 |
| 4.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij ergotherapeutische zorg | 64 |
| 4.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van ergotherapeutische zorg | 65 |
| 4.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de ergotherapie | 67 |
| 5 | FYSIOTHERAPIE | 69 |
| 5.1 | Inleiding | 69 |
| 5.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 69 |
| 5.1.2 | Regulering en financiering | 70 |
| 5.2 | Aanbod van fysiotherapeutische zorg | 75 |
| 5.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 75 |
| 5.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 77 |
| 5.2.3 | Spreiding van beroepsbeoefenaren | 78 |
| 5.3 | Vraag naar fysiotherapeutische zorg | 80 |
| 5.3.1 | Volume van zorg | 81 |
| 5.3.2 | Gebruik van zorg | 83 |
| 5.3.3 | Verwijzing | 88 |
| 5.3.4 | Kenmerken van patiënten | 91 |
| 5.3.5 | Diagnose | 93 |
| 5.3.6 | Behandeling | 96 |
| 5.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg | 99 |
| 5.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij fysiotherapeutische zorg | 99 |
| 5.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg | 100 |
| 5.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de fysiotherapie | 102 |

| | pag. |
|--|------|
| 6 LOGOPEDIE | 105 |
| 6.1 Inleiding | 105 |
| 6.1.1 Korte omschrijving van het beroep | 105 |
| 6.1.2 Regulering en financiering | 106 |
| 6.2 Aanbod van logopedische zorg | 109 |
| 6.2.1 Omvang van de beroepsgroep | 109 |
| 6.2.2 Kenmerken van de beroepsbeoefenaren | 112 |
| 6.2.3 Speiding van beroepsbeoefenaren | 114 |
| 6.3 Vraag naar logopedische zorg | 115 |
| 6.3.1 Volume van zorg | 116 |
| 6.3.2 Gebruik van zorg | 117 |
| 6.3.3 Verwijzing | 117 |
| 6.3.4 Kenmerken van patiënten | 118 |
| 6.3.5 Diagnose | 119 |
| 6.3.6 Behandeling | 121 |
| 6.4 Kwaliteit en doelmatigheid van logopedische zorg | 123 |
| 6.4.1 Kwaliteitsbeleid bij logopedische zorg | 123 |
| 6.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van logopedische zorg | 125 |
| 6.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de logopedie | 127 |
| 7 MONDHYGIËNE | 129 |
| 7.1 Inleiding | 129 |
| 7.1.1 Korte omschrijving van het beroep | 129 |
| 7.1.2 Regulering en financiering | 130 |
| 7.2 Aanbod van mondhygiënistische zorg | 131 |
| 7.2.1 Omvang van de beroepsgroep | 131 |
| 7.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep | 133 |
| 7.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren | 134 |
| 7.3 Vraag naar mondhygiënistische zorg | 136 |
| 7.3.1 Volume van zorg | 136 |
| 7.3.2 Gebruik van zorg | 136 |
| 7.3.3 Verwijzing | 137 |
| 7.3.4 Kenmerken van patiënten | 137 |
| 7.4 Kwaliteit en doelmatigheid van mondhygiënistische zorg | 138 |
| 7.4.1 Kwaliteitsbeleid bij mondhygiënistische zorg | 138 |
| 7.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van mondhygiënistische zorg | 139 |
| 7.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de mondhygiëne | 141 |
| 8 OEFENTHERAPIE-CESAR | 143 |
| 8.1 Inleiding | 143 |
| 8.1.1 Korte omschrijving van het beroep | 143 |
| 8.1.2 Regulering en financiering | 144 |
| 8.2 Aanbod van oefentherapie-Cesar | 146 |
| 8.2.1 Omvang van de beroepsgroep | 146 |
| 8.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep | 148 |
| 8.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren | 150 |

| | pag. | |
|--------|--|-----|
| 8.3 | Vraag naar oefentherapie-Cesar | 151 |
| 8.3.1 | Volume van zorg | 152 |
| 8.3.2 | Gebruik van zorg | 152 |
| 8.3.3 | Verwijzing | 153 |
| 8.3.4 | Kenmerken van patiënten | 154 |
| 8.3.5 | Diagnose | 155 |
| 8.3.6 | Behandeling | 158 |
| 8.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van oefentherapie-Cesar | 160 |
| 8.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij oefentherapie-Cesar | 160 |
| 8.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van oefentherapie-Cesar | 161 |
| 8.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de oefentherapie-Cesar | 163 |
| | | |
| 9 | OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK | 165 |
| 9.1 | Inleiding | 165 |
| 9.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 165 |
| 9.1.2 | Regulering en financiering | 166 |
| 9.2 | Aanbod van oefentherapie-Mensendieck | 168 |
| 9.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 168 |
| 9.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 170 |
| 9.2.3 | Spreiding van de beroepsbeoefenaren | 172 |
| 9.3 | Vraag naar oefentherapie-Mensendieck | 173 |
| 9.3.1 | Volume van zorg | 174 |
| 9.3.2 | Gebruik van zorg | 174 |
| 9.3.3 | Verwijzing | 175 |
| 9.3.4 | Kenmerken van patiënten | 176 |
| 9.3.5 | Diagnose | 178 |
| 9.3.6 | Behandeling | 180 |
| 9.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck | 182 |
| 9.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij oefentherapie-Mensendieck | 182 |
| 9.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck | 183 |
| 9.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de oefentherapie-Mensendieck | 185 |
| | | |
| 10 | ORTHOPTIE | 187 |
| 10.1 | Inleiding | 187 |
| 10.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 187 |
| 10.1.2 | Regulering en financiering | 188 |
| 10.2 | Aanbod van orthoptistische zorg | 188 |
| 10.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 188 |
| 10.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 190 |
| 10.2.3 | Spreiding van beroepsbeoefenaren | 192 |
| 10.3 | Vraag naar orthoptie | 192 |
| 10.3.1 | Volume van zorg | 192 |
| 10.3.2 | Gebruik van zorg | 192 |
| 10.3.3 | Verwijzing | 192 |
| 10.3.4 | Kenmerken van patiënten | 192 |
| 10.3.5 | Diagnose | 192 |
| 10.3.6 | Behandeling | 192 |

| | pag. | |
|--------|--|-----|
| 10.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van orthoptische zorg | 193 |
| 10.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij orthoptische zorg | 193 |
| 10.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van orthoptische zorg | 194 |
| 10.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de orthoptie | 196 |
| 11 | PODOTHERAPIE | 197 |
| 11.1 | Inleiding | 197 |
| 11.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 197 |
| 11.1.2 | Regulering en financiering | 198 |
| 11.2 | Aanbod van podotherapeutische zorg | 198 |
| 11.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 198 |
| 11.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 200 |
| 11.2.3 | Spreiding van de beroepsbeoefenaren | 202 |
| 11.3 | Vraag naar podotherapeutische zorg | 204 |
| 11.3.1 | Volume van zorg | 205 |
| 11.3.2 | Gebruik van zorg | 205 |
| 11.3.3 | Verwijzing | 205 |
| 11.3.4 | Kenmerken van patiënten | 206 |
| 11.3.5 | Diagnose | 207 |
| 11.3.6 | Behandeling | 210 |
| 11.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van podotherapeutische zorg | 212 |
| 11.4.1 | Kwaliteitsbeleid bij podotherapeutische zorg | 212 |
| 11.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van podotherapeutische zorg | 213 |
| 11.5 | Ontwikkelingen en knelpunten in de podotherapie | 215 |
| 12 | RADIOLOGISCH LABORANTEN | 217 |
| 12.1 | Inleiding | |
| 12.1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 217 |
| 12.1.2 | Regulering en financiering | 218 |
| 12.2 | Aanbod van radiologisch laboranten | 219 |
| 12.2.1 | Omvang van de beroepsgroep | 219 |
| 12.2.2 | Kenmerken van de beroepsgroep | 220 |
| 12.2.3 | Spreiding van de beroepsbeoefenaren | 220 |
| 12.3 | Vraag naar zorg verleend door radiologisch laboranten | 221 |
| 12.3.1 | Volume van zorg | 221 |
| 12.3.2 | Gebruik van zorg | 221 |
| 12.3.3 | Verwijzing | 222 |
| 12.3.4 | Kenmerken van patiënten | 222 |
| 12.3.5 | Diagnose | 222 |
| 12.3.6 | Behandeling | 222 |
| 12.4 | Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door radiologisch laboranten | 223 |
| 12.4.1 | Kwaliteitsbeleid van radiologisch laboranten | 223 |
| 12.4.2 | Onderzoek naar doelmatigheid van de zorg verleend door radiologisch laboranten | 224 |
| 12.5 | Ontwikkelingen en knelpunten bij radiologisch laboranten | 227 |

| | pag. |
|-----------------------------------|------|
| LITERATUUR | 229 |
| LIJST MET OORSPRONKELIJKE BRONNEN | 235 |
| OVERZICHT VAN TABELLEN | 239 |
| OVERZICHT VAN FIGUREN | 244 |

1 INLEIDING

1.1 Doelstelling

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het voornemen een onderzoek uit te voeren naar de veranderde informatiebehoefte in de paramedische sector. Deze 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' is gericht op structurele verbetering van de informatievoorziening paramedische zorg op landelijk niveau. Verbetering zal plaatsvinden door matching van het aanbod van informatie en de informatiebehoefte op landelijk niveau. De pilot wordt afgesloten met het opstellen van een plan van aanpak voor de inhoud en organisatie van een 'Informatievoorziening Paramedische Zorg'.

In dit kader is behoefte aan een overzicht over de thans beschikbare informatie paramedische zorg. De momenteel beschikbare informatie is echter verspreid over verschillende bronnen en weinig toegankelijk. Derhalve is er behoefte aan een toegankelijk en geïntegreerd overzicht over paramedische zorg, een zogenaamd brancherapport.

Het Brancherapport Paramedische Zorg heeft tot doel een toegankelijk en geïntegreerd overzicht te geven van de momenteel beschikbare informatie over paramedische zorg. Het brancherapport heeft betrekking op de volgende aandachtsgebieden:

- omschrijving van de betrokken beroepen,
- regulering (wettelijk kader), financiering en kosten,
- aanbod van zorg,
- vraag naar zorg,
- kwaliteitsbeleid en onderzoek naar doelmatigheid van zorg en
- ontwikkelingen en knelpunten in de zorg.

Het rapport heeft betrekking op de gehele sector van paramedische zorg: de extramurale en intramurale zorg verleend door de tien paramedische beroepsgroepen - diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefen therapie-Cesar, oefen therapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Het overzicht heeft betrekking op momenteel beschikbare informatie; er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Gezien de hoeveelheid en samenstelling van beschikbare informatie op dit moment ligt in het brancherapport de nadruk op de extramurale gezondheidszorg.

1.2 Opbouw van het rapport

Het rapport valt globaal gezien uiteen in twee delen. Het eerste deel wordt gevormd door de hoofdstukken 1 en 2. Hoofdstuk 1 is een algemene inleiding waarin de onderwerpen die in het rapport aan de orde komen in het kort worden gepresenteerd. Hoofdstuk 2 geeft een samenvatting en integratie van de informatie van de verschillende beroepsgroepen tezamen. Dit biedt een totaaloverzicht over de gehele paramedische sector.

De hoofdstukken 3 tot en met 12 vormen het tweede deel van het rapport. Elk van deze hoofdstukken bevat informatie over de afzonderlijke paramedische beroepsgroepen. De volgende tien paramedische beroepen komen achtereenvolgens aan de orde: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten.

De overzichten over de afzonderlijke beroepen zijn zodanig geschreven dat zij zelfstandig leesbaar zijn. Dit heeft tot gevolg dat er tussen de hoofdstukken sprake is van enige overlap. Dit betreft bijvoorbeeld de informatie over de regulering van de paramedische zorg (Wet BIG) en het kwaliteitsbeleid. Er is toch voor deze opzet gekozen om per beroep over een duidelijk en volledig overzicht te beschikken.

1.3 Werkwijze

Het brancherapport heeft betrekking op momenteel beschikbare bronnen van informatie. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. De bronnen die zijn gebruikt voor het verkrijgen van informatie op het gebied van de paramedische zorg zijn zowel van algemene aard als van meer specifieke - beroepsgerichte - aard.

Bij het literatuuronderzoek zijn in eerste instantie de aan ons bekende bronnen geraadpleegd. Naar aanleiding van de literatuurlijsten in deze primaire bronnen zijn nieuwe bronnen toegevoegd. Vervolgens is over mogelijke aanvullende informatie overleg gepleegd met het Ministerie van VWS, de Ziekenfondsraad, COTG, Nationaal Ziekenhuisinstituut, VEKTIS en de paramedische beroepsverenigingen. Op het moment dat uit de diverse contacten bleek dat men nog slechts naar ons reeds bekende informatie verwees, is geconcludeerd dat er op dit moment geen additionele bronnen meer beschikbaar zijn.

De hoofdstukken over de tien paramedische beroepen zijn elk afzonderlijk aan de betreffende beroepsvereniging ter beoordeling voorgelegd. Op die punten waar informatie onjuist of onvolledig in de tekst bleek weergegeven, zijn de hoofdstukken aangepast.

1.4 Onderwerpen en bronnen

In de tien hoofdstukken waarin de overzichten over de afzonderlijke paramedische beroepen worden gegeven komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde. Bij elk onderwerp is vermeld welke bronnen zijn gebruikt.

Ten eerste wordt een **korte omschrijving van het beroep** gepresenteerd. Er wordt in de meeste gevallen uitgegaan van de formele omschrijving van de beroepsuitoefening zoals deze wordt gehanteerd in het Beroepsbesluit (krachtens de Wet op de Paramedische Beroepen) en het beroepsprofiel. In een enkel geval - zoals bijvoorbeeld de fysiotherapie - is er geen beroepsprofiel en wordt gebruik gemaakt van de beroepsomschrijving. Vervolgens komen de taken van de beroepsbeoefenaren aan bod; hierbij is eveneens, indien mogelijk, gebruik gemaakt van het beroepsprofiel. Tenslotte worden de zorgprodukten (vormen van zorg) genoemd. In veel gevallen bestaan er geen formele produktomschrijvingen. De zorgprodukten zijn dan afgeleid van de beschikbare informatie omtrent de beroepsuitoefening. Voorbeelden van produktomschrijvingen zijn preventieve dan wel curatieve zorg en individuele dan wel groepsbehandeling.

Het tweede onderwerp betreft **regulering en financiering**. Regulering van de zorg is veelal beschreven in de beroepsprofielen. Het wettelijk kader wordt voor elk beroep geschetst. Tot op heden zijn alle genoemde paramedische beroepen geregeld via de Wet op de Paramedische Beroepen. Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen deze wettelijke regelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. In hoofdstuk 2 wordt uitgebreid aandacht besteed aan de Wet BIG en de gevolgen voor de afzonderlijke beroepen. Actuele informatie omtrent de stand van zaken bij de invoering van de Wet BIG is verkregen via het Ministerie van VWS (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a). Vervolgens staat de financiering van de zorg centraal. De paragraaf regulering en financiering wordt afgesloten met een weergave van de kosten van de zorg met betrekking tot ziekenfondsverzekerden. Deze informatie is slechts beschikbaar voor die vormen van zorg die onder de Ziekenfondswet vallen. Dit betreft fysiotherapie, logopedie, oefen therapie-Cesar en oefen therapie-Mensendieck. Financiering en kosten van de zorg worden voor de beroepen die onder de Ziekenfondswet vallen beschreven aan de hand van informatie van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en de Ziekenfondsraad. Daarnaast is informatie gebruikt van VEKTIS.

In de derde paragraaf van elk hoofdstuk wordt het **aanbod van de zorg** besproken. De omvang van de beroepsgroep is weergegeven door middel van het aantal beroepsbeoefenaren en het werkveld waarin de paramedici werkzaam zijn. Indien mogelijk worden het aantal praktijken en de praktijkvorm gepresenteerd. De kenmerken van de beroepsgroep betreffen leeftijd en geslacht en het aantal uren dat de zorgverlener werkzaam is per week, eventueel uitgesplitst naar functie. Tenslotte is een weergave gepresenteerd van de spreiding van beroepsbeoefenaren, waarbij het aantal inwoners per full-time equivalent beroepsbeoefenaar per provincie in kaart is gebracht. Het aanbod van zorg is voor elke paramedische beroepsgroep geschreven op basis van informatie in de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995) en Hingstman en Harmsen (1994).

Het vierde aandachtsgebied betreft de **vraag naar zorg**. Indien bekend wordt het totale volume van de zorg gepresenteerd. Dit geeft het totaal aantal verrichtingen (c.q. zittingen) weer over een bepaalde periode. Deze gegevens zijn slechts bekend voor die beroepen die onder de Ziekenfondswet vallen (fysiotherapie, logopedie, oefen therapie-Cesar en oefen therapie-Mensendieck). De beschrijving van het gebruik van zorg valt uiteen in de volgende aspecten: het aantal personen uit de bevolking dat gebruik maakt van de zorg en de omvang van de behandeling in termen van het aantal zittingen. De informatie over de verwijzing bevat een overzicht van de verwijzers en zo mogelijk de verwijscijfers; indien van toepassing worden de aanmelders vermeld. Alvorens in te gaan op diagnose en behandeling worden de kenmerken van patiënten (geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, woonvorm en opleiding) beschreven. De diagnose wordt beschreven aan de hand van de verwijsindicatie en de diagnostische bevindingen van de paramedicus. De paramedische behandeling wordt gepresenteerd middels de behandeldoelen en interventies.

De informatie omtrent de vraag naar zorg is grotendeels afkomstig uit de onderzoeksprojecten naar de functie en plaats van diverse beroepsgroepen uitgevoerd door het NIVEL. Tevens is gebruik gemaakt van informatie van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Foets & Sixma, 1991), het CBS (Swinkels, 1995), het NZi (1993; 1995a; 1995b) en de Ziekenfondsraad (1994; 1995). De functie

en plaats onderzoeken betreffen ergotherapie (Driessen & Dekker, 1994), logopedie (Raaijmakers & Dekker, 1995), oefentherapie-Cesar (Zuijderduin & Dekker, 1994a), oefentherapie-Mensendieck (Zuijderduin & Dekker, 1994a) en podotherapie (Zuijderduin & Dekker, 1994b). Informatie over de vraag naar fysiotherapeutische zorg is afkomstig uit het project BEEF (Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie; Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Dekker & Van Baar, 1995) en het project FON (Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk; Wiegerink & Oostendorp, 1994; Nederlands Paramedisch Instituut, 1995). Het onderzoek naar de functie en plaats van de diëtetiek zal medio 1996 worden afgerond. De eerste gegevens over de diëtetiek zijn echter al verwerkt (Paas & Friele, aangeboden). Betreffende de overige beroepen - mondhygiëne, orthoptie en radiologisch laboranten - is gebruik gemaakt van beschikbare informatie van de beroepsverenigingen.

Het volgende onderwerp is **kwaliteit en doelmatigheid van zorg**. Bij de beschrijving van het kwaliteitsbeleid is uitgegaan van het volgende referentiekader: de stand van zaken omtrent de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten, normering (het specificeren van de te verlenen zorg), verbetermethodes en -acties (ontwikkelen van acties ter verbetering van de zorg) en behoud en borging (zorg voor behoud van kwaliteit). De informatie met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête die is afgenomen bij de tien paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995).

Doelmatigheid van zorg wordt besproken vanuit het aantal en soort onderzoeksprojecten dat is uitgevoerd per beroepsgroep. Dit geeft een indicatie van de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Informatie over het verrichte onderzoek op het gebied van de paramedische zorg is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

Tenslotte worden de **ontwikkelingen en knelpunten** in de zorg geschetst. In deze paragraaf worden de bovengenoemde onderwerpen opnieuw aan de orde gesteld in het licht van de huidige ontwikkelingen in de zorg en de mogelijke problemen die deze veranderingen met zich mee kunnen brengen voor de beroepsgroepen. Deze beschrijvingen zijn gebaseerd op feitelijk beschikbare informatie, zoals beleidsnotities en jaarverslagen van de beroepsverenigingen.

1.5 Begripshantering

In deze paragraaf worden ter bevordering van de leesbaarheid enkele begrippen verhelderd die regelmatig worden gebruikt in het rapport.

Intramurale en extramurale zorg

In het rapport wordt uitgegaan van een tweedeling in de gezondheidszorg: de intramurale zorg en de extramurale zorg. Onder de intramurale gezondheidszorg wordt verstaan die zorg die wordt verleend binnen het gebouw van de betrokken instelling. Dit betekent dat zowel de klinische als de poliklinische behandelingen als intramuraal worden beschouwd. De extramurale gezondheidszorg betreft die zorg die buiten de muren van de instelling wordt verleend. Dit betekent zowel die zorg die wordt verleend in de (vrijgevestigde) praktijk van de zorgverlener als bij de patiënt thuis. Onder de

extramurale gezondheidszorg wordt ook de basisgezondheidszorg (gezondheidsdiensten, GG & GD's, kruiswerk, thuiszorg, etc.) gerekend.

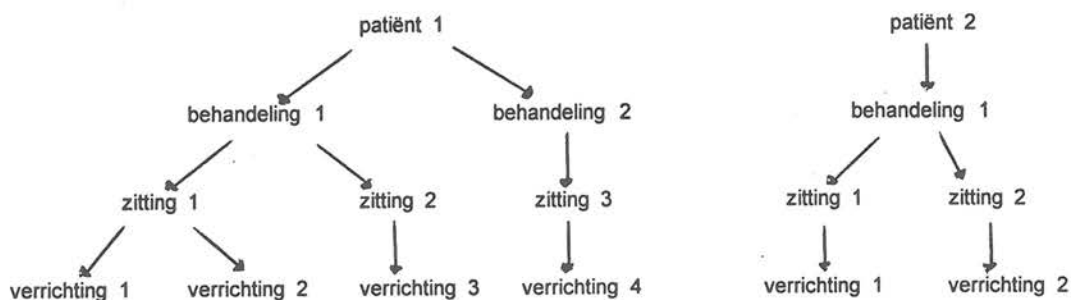
Naast deze tweedeling in de zorg wordt de categorie 'overig' onderscheiden. Dit betreft beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het onderwijs, bij de overheid of in het bedrijfsleven.

Enkele van de gebruikte bronnen in dit rapport hanteren een andere indeling dan de bovengenoemde. Indien gebruik is gemaakt van een afwijkende indeling wordt dit expliciet in de tekst vermeld.

Patiënt, behandeling, zitting en verrichting

De gegevens die in het rapport zijn vermeld zijn op verschillende niveaus verzameld: het niveau van de patiënt, het niveau van de behandeling, het niveau van de zitting en het niveau van de verrichting. Het onderstaande schema geeft de relaties tussen deze begrippen weer.

Figuur 1.1.: De relatie tussen de begrippen patiënt, behandeling, zitting en verrichting



Sommige patiënten hebben in één jaar meerdere behandelingen bij eenzelfde discipline ondergaan, waarvoor zij opnieuw zijn verwezen. Het aantal behandelde patiënten zal dan enigszins lager zijn dan het aantal behandelingen. Gewoonlijk bestaat een behandeling uit meerdere zittingen. Tijdens één zitting kunnen meerdere verrichtingen plaatsvinden. Een patiënt kan bijvoorbeeld tijdens een zitting fysiotherapie zowel massage als ultrageluidtherapie ontvangen.

Patiënt en cliënt

In het rapport wordt gesproken over patiënten, ook op die plaatsen waar sprake zou kunnen zijn van cliënten. Ter bevordering van de leesbaarheid is in de tekst het begrip 'patiënt' steeds gebruikt.

2 PARAMEDISCHE ZORG: EEN OVERZICHT

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de paramedische zorg als geheel. Het betreft een samenvatting en integratie van de belangrijkste informatie die in de hoofdstukken 3 tot en met 12 over de afzonderlijke beroepsgroepen beschreven wordt. Niet van alle beroepsgroepen is dezelfde informatie beschikbaar. Om die reden worden in dit hoofdstuk op enkele plaatsen bepaalde beroepsgroepen buiten beschouwing gelaten. Tenslotte dient te worden opgemerkt dat de beschikbare informatie niet altijd op dezelfde wijze is verzameld. Daar waar afwijkingen zijn in de methode van data-verzameling, wordt dit in de tekst genoemd of in een voetnoot bij een tabel aangegeven.

2.1 Regulering en financiering van de paramedische zorg

2.1.1 Wettelijk kader

Het wettelijk kader voor de paramedische beroepen wordt gevormd door de Wet op de Paramedische Beroepen. Dit is een kaderwet, waarin alle paramedische beroepen bij besluit zijn erkend en geregeld. In de besluiten zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, de opleidingseisen en de instelling van permanente adviesorganen. Een van de gemeenschappelijke elementen in deze besluiten is dat de beroepsbeoefenaar handelt op schriftelijke verwijzing van een praktizerend arts of tandarts. De verplichte verwijzing geldt voor de diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, orthoptist en podotherapeut. Bij radiologisch laboranten is geen sprake van een schriftelijke verwijzing. Radiologisch laboranten werken onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Hier is dus sprake van een nauwere samenwerkingsrelatie met artsen.

Op 9 november 1993 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) aangenomen. Deze wet bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren en beoogt de bevordering van de kwaliteit van de beroepsbeoefening en bescherming van de patiënt (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994). De Wet BIG is een kaderwet. Dit betekent dat zij alleen de grote lijnen aangeeft. Tal van zaken worden de komende tijd geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur (amvb). De wet zal dan ook niet direct in zijn geheel, maar per onderdeel en stapsgewijs in werking worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 van kracht worden.

In de volgende subparagraaf wordt een algemeen overzicht gegeven van de gevolgen van de wetgeving voor de paramedische beroepen. Specifieke veranderingen in het kader van de Wet BIG voor een bepaalde beroepsgroep komen in het hoofdstuk over het desbetreffende beroep nader aan de orde.

2.1.2 Wet BIG

Achtergrond

De Wet BIG is een kwaliteitswet. Haar regels hebben als gemeenschappelijke doelstelling de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en de bescherming van de patiënt tegen ondeskundig handelen van beroepsbeoefenaren (Bersee & Pluimakers, 1993). De wet richt zich vooral op de indi-

viduele gezondheidszorg, dat wil zeggen de zorg die rechtstreeks is gericht op een persoon, en regelt geen onderwerpen zoals de tarieven en arbeidsrechtelijke voorwaarden, die al dan niet voor bepaalde verrichtingen zijn opgenomen in het ziekenfondspakket.

De Wet BIG komt in plaats van alle bestaande wettelijke beroepsregelingen. Dit betekent dat de Wet op de Paramedische Beroepen wordt vervangen door de Wet BIG.

Korte schets

Met de invoering van de Wet BIG wordt niet het verrichten van alle geneeskundige handelingen voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren, maar gaat het erom dat het voeren van bepaalde titels wordt voorbehouden aan die beroepsbeoefenaren die daadwerkelijk deskundig zijn op het terrein waarop de titel betrekking heeft. Het stelsel van beroepsbescherming vervalt; wel wordt dus voor een beperkt aantal beroepen een systeem van titelbescherming ingevoerd.

De beroepen in de individuele gezondheidszorg kunnen volgens de Wet BIG op twee verschillende manieren worden geregeld. Ten eerste is er een regeling bij wet, de artikel 3-regeling. Ten tweede is er een regeling bij Algemene Maatregel van Bestuur, de artikel 34-regeling. Voor de beroepen die onder artikel 3 gaan vallen - dus bij wet worden geregeld - zijn meer wettelijke instrumenten van toepassing dan bij de beroepen die onder artikel 34 worden geregeld.

Artikel 3

Voor de paramedische beroepen geldt dat alleen de fysiotherapie bij wet wordt geregeld. Een van de belangrijkste kenmerken van deze regeling is dat voor de fysiotherapie een register wordt ingesteld door de rijksoverheid. Fysiotherapeuten kunnen zich laten inschrijven in dit register als aan de wettelijke opleidingseisen die voor dit beroep gelden is voldaan en er voor inschrijving geen weigeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als men in het register is ingeschreven heeft men het recht om de beschermde titel 'fysiotherapeut' te voeren. Voor de registratie moeten de beroepsbeoefenaren een verzoek tot inschrijving indienen.

Andere elementen uit deze regeling bij wet zijn:

- Er wordt een deskundigheidsgebied omschreven.
- De beroepsbeoefenaren staan onder toezicht van de tuchtrechter en onder het College van Medisch Toezicht.
- De beroepsbeoefenaren die daarvoor in aanmerking komen krijgen een eigen bevoegdheid om voorbehouden handelingen te verrichten. Fysiotherapeuten behoren tot de niet-zelfstandig bevoegden en mogen slechts in opdracht van zelfstandig bevoegden de voorbehouden handelingen verrichten. De opdrachtgever moet daarbij toezicht houden op de uitvoering.
- Voor specialisaties binnen de fysiotherapie kunnen wettelijk erkende titels worden aangemerkt; dit moet echter wel door de beroepsvereniging zelf geregeld worden.
- Er kunnen eisen worden gesteld aan de kwaliteit, bijvoorbeeld door de verplichting deel te nemen aan bijscholing.
- Te zijner tijd zal een stelsel van periodieke registratie gaan gelden.

Artikel 34

Beroepen die niet bij wet geregeld worden, maar waarvoor toch een wettelijke regeling noodzakelijk wordt geacht, worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur. Alle paramedische beroepen, met uitzondering van de fysiotherapie, zullen naar verwachting onder deze artikel 34-regeling gaan vallen. Ten aanzien van de beroepen die bij Algemene Maatregel van Bestuur zullen worden geregeld, wordt een minder uitgebreide regeling getroffen dan bij de beroepen die onder artikel 3 zullen gaan vallen.

Een van de belangrijkste kenmerken van de artikel 34-regeling is dat de overheid voor deze beroepen geen register zal instellen. De betreffende paramedische beroepsorganisaties hebben wel plannen om dit zelf te gaan doen. Een tweede kenmerk is dat de opleiding voor deze beroepen wettelijk wordt vastgelegd. Het derde kenmerk is dat de paramedische beroepen een wettelijk beschermde titel krijgen. Deze titel mag worden gevoerd als aan de wettelijke opleidingseisen is voldaan.

Procedure

De Wet BIG kan gezien de complexiteit ervan niet in een keer worden ingevoerd. De invoering zal stapsgewijs plaatsvinden en zal vanaf 1994 bijna vier jaar in beslag nemen. Dit betekent in de praktijk dat de wet niet voor alle beroepsgroepen op hetzelfde moment in werking zal treden. Bij het in werking treden van de Wet BIG is sprake van een overgangperiode. Voor de fysiotherapie bestond reeds een systeem van registratie. Dit betekent dat sommige beroepsbeoefenaren die strikt genomen niet voldoen aan de opleidingseisen, maar onder het oude register al de titel mochten voeren, wel in het nieuwe register kunnen worden opgenomen. Het systeem van registratie en titelbescherming zal voor fysiotherapeuten naar verwachting in juli 1996 van kracht worden.

De procedure voor de amvb's ziet er als volgt uit:

- De Raad BIG heeft in juni en in november 1994 op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport advies uitgebracht over de wenselijkheid van het opnieuw, krachtens artikel 34 van de Wet BIG, regelen van beroepen die nu ook al een wettelijke regeling hebben.
- In februari 1995 heeft het Ministerie haar standpunt ten aanzien van het advies kenbaar gemaakt.
- Het Ministerie heeft vervolgens de opvattingen van de beroepsorganisaties gepeild over de 'werkversies' van de amvb's.
- Op 1 december 1995 heeft de minister van VWS de concept-amvb's in een wettelijk vereiste voorhangprocedure gebracht; dit houdt in dat zij zijn voorgelegd aan de Eerste en Tweede Kamer en dat belanghebbenden binnen een periode van drie maanden (tot 1 maart 1996) hun opvattingen kenbaar kunnen maken.
- De reacties zullen door de minister bij het opstellen van de adviesaanvraag aan de Raad BIG worden betrokken.
- Vervolgens hoort de Raad BIG de belanghebbenden en brengt de Raad advies uit over de opleidingseisen en deskundigheidsgebieden.
- Deze adviezen worden door de minister meegenomen bij de opstelling van de definitieve versies van de amvb's, die najaar 1996 aan de ministerraad als voorstel worden voorgelegd.
- De Raad van State moet daarna de wettelijk verplichte toetsing uitvoeren.
- Een van de laatste stappen betreft de reactie van het Ministerie van VWS op de opmerkingen van de Raad van State; de definitieve tekst van de amvb's zal dan in de zomer van 1997 worden opgesteld.

- De amvb's treden dan naar verwachting op 1 december 1997 in werking (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

2.1.3 Financiering

De financiering van de paramedische zorg vertoont een divers beeld, afhankelijk van beroep en werkveld. De onderlinge verschillen zijn zodanig groot dat voor een volledige weergave van de financiering wordt verwezen naar de betreffende paragrafen in de hoofdstukken over de afzonderlijke beroepsgroepen.

De zorg van fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck valt onder de wettelijk verzekerde zorg, waarvoor door het COTG tarieven zijn vastgesteld. Er zijn aparte tarieven voor ziekenfondsverzekerden en voor niet-ziekenfondsverzekerden. Voor de fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck geldt dat de wettelijk verzekerde zorg per 1 januari 1996 is beperkt. Elke verzekerde heeft recht op vergoeding van negen zittingen per indicatie per jaar. Voor oefentherapie kan dit eventueel worden aangevuld met nog eens negen zittingen indien daarvoor vooraf schriftelijke toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar. De beperkende maatregel geldt niet voor indicaties waarvoor de noodzaak voor langdurige zorg is erkend.

De kosten van de radiologisch laborant zijn inbegrepen in de kosten voor radiologisch onderzoek of radiotherapie, waarvoor eveneens COTG-tarieven gelden. Voor orthoptische zorg geldt dat de oogarts de verrichtingen van de orthoptist declareert bij het ziekenfonds of bij de (particulier verzekerde) patiënt. Hiervoor zijn door het COTG ook tarieven opgesteld. De kosten voor orthoptische zorg worden overigens door de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars volledig vergoed.

Ergotherapie is meestal als behandeling geïntegreerd in andere verstrekkingen van klinische of poliklinische zorg. Ergotherapie in de eerste lijn/thuissituatie zal medio 1996 als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket worden opgenomen. Op dit moment worden (enkelvoudige) ergotherapie, podotherapie, diëtetiek (door vrijgevestigde diëtisten) en mondhygiëne (door vrijgevestigde mondhygiënisten) op enkele uitzonderingen na niet vergoed door de ziekenfondsen, terwijl sommige particuliere ziektekostenverzekeraars deze wel in hun pakket hebben opgenomen.

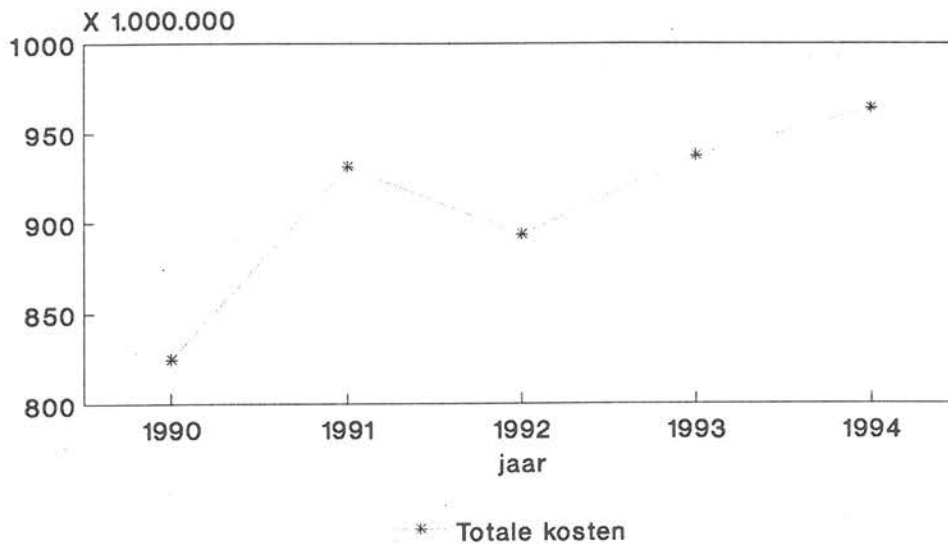
Naast vergoedingen door het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraars wordt de paramedische zorg gefinancierd vanuit de AWBZ, de overheid en het kruiswerk.

De salarissen van de in dienstverband werkzame paramedici worden gefinancierd vanuit het instellingsbudget en volgen de voor de betreffende instelling of sector geldende richtlijnen.

2.1.4 Kosten

Figuur 2.1 geeft een beeld van de ontwikkeling van de totale kosten gedeclareerd bij de ziekenfondsen met betrekking tot fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gezamenlijk. Het gaat hier om de kosten van de extramurale zorg. Hiervan komt bijna 90% voor rekening van de fysiotherapie. In 1994 zijn de kosten van fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gezamenlijk gestegen met 2,8% ten opzichte van 1993. De kosten van deze paramedische zorg maken 6% uit van de totale kosten gedeclareerd bij de ziekenfondsen in 1994 (Ziekenfondsraad, 1995).

Figuur 2.1.: Totale kosten van (extramurale) fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gezamenlijk gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1990 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

Er is eveneens informatie beschikbaar over de kosten met betrekking tot fysiotherapie, logopedie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gedeclareerd bij de particuliere ziektekostenverzekeraars (VEKTIS, 1996). Deze informatie is weergegeven in tabel 2.1. Het betreft alleen de kosten van deze paramedische zorg gedeclareerd door de privaatrechtelijk verzekerden; de kosten gedeclareerd door de publiekrechtelijk verzekerden ontbreken. De in de tabel vermelde kosten betreffen zowel de klinische (langer dan 24 uur opgenomen) als de niet-klinische zorg.

Tabel 2.1.: Totale kosten gedeclareerd bij de particuliere ziektekostenverzekeraars (alleen privaatrechtelijk verzekerden) van fysiotherapie, logopedie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck (1991 - 1994) (1 = f 1.000,-)

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Fysiotherapie en oefentherapie | 297.497 | 289.472 | 271.489 | 294.007 |
| Logopedie en foniatrie | 12.344 | 13.539 | 14.068 | 15.278 |
| Nevenverrichtingen: | | | | |
| fysiotherapie | 1.832 | 2.067 | 3.664 | 4.629 |
| logopedie | 131 | 120 | 112 | 167 |

Bron: VEKTIS, 1996.

2.2 Aanbod van paramedische zorg

2.2.1 Omvang van de beroepsgroepen

Tabel 2.2 bevat de gegevens over het (geschatte) aantal werkzame paramedici vanaf 1990. Uit de tabel blijkt dat de ergotherapeuten en de podotherapeuten de snelst groeiende beroepsgroepen zijn. Het aantal ergotherapeuten is vanaf 1990 met 30% gestegen; het aantal podotherapeuten met 70%. Fysiotherapeuten vormen veruit de grootste beroepsgroep. Hun aantal stijgt nog jaarlijks met ongeveer 2%. Het aantal diëtisten daalt de laatste jaren (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Tabel 2.2.: Het geschatte¹ aantal werkzame paramedici (1990 - 1994)

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Diëtisten | 2.273 | 2.150 | 2.337 | 2.306 | 2.201 |
| Ergotherapeuten | 1.210 | 1.313 | 1.386 | 1.509 | 1.576 |
| Fysiotherapeuten (extramuraal) | 10.808 | 11.102 | 11.400 | 11.545 | 11.701 |
| Fysiotherapeuten (intramuraal) | - | - | - | 3.800 | - |
| Logopedisten | 3.332 | 3.626 | 3.599 | 3.471 | 3.589 |
| Mondhygiënist | 1.068 | 1.135 | 1.178 | 1.278 | 1.278 |
| Oefentherapeuten-Cesar | 717 | 744 | 783 | 795 | 793 |
| Oefentherapeuten-Mensendieck | 799 | 831 | 853 | 860 | 851 |
| Orthoptisten | 243 | 258 | 268 | 269 | 268 |
| Podotherapeuten | 133 | 150 | 170 | 200 | 228 |
| Radiodiagnostisch laboranten ² | 6.394 | 6.644 | 6.898 | 7.143 | 7.445 |
| Radiotherapeutisch laboranten ² | 1.349 | 1.392 | 1.442 | 1.519 | 1.628 |

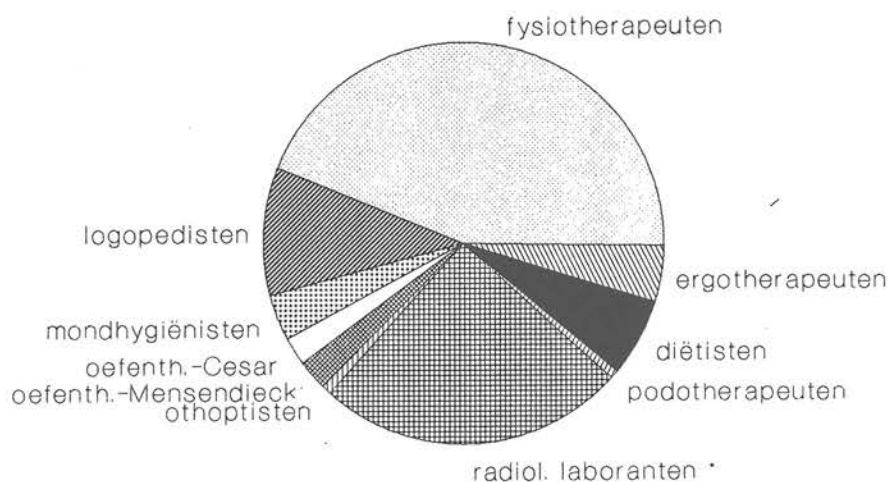
¹ Schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname.

² Het betreft hier het aantal gekwalificeerde laboranten; een schatting van het aantal werkzame laboranten ontbreekt.

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZI & OSA).

Figuur 2.2 is gebaseerd op tabel 2.2 en geeft een beeld van de verhouding tussen het aantal werkzame beroepsbeoefenaren per beroepsgroep in 1993. Omdat een schatting van het aantal werkzame radiologisch laboranten ontbreekt, is in de figuur het aantal gekwalificeerde laboranten (radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten samen) opgenomen. Omdat niet alle gekwalificeerde laboranten ook als laborant werkzaam zullen zijn, geeft de figuur waarschijnlijk een overschatting van het aandeel van deze beroepsgroep in het totaal van werkzame paramedici.

Figuur 2.2.: De verhouding tussen het aantal werkzame beroepsbeoefenaren per beroepsgroep in 1993



* betreft gekwalificeerde radiologisch laboranten

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

2.2.2 Kenmerken van de beroepsgroepen

Geslacht

Tweederde (67%) van de paramedici is van het vrouwelijk geslacht. Het percentage vrouwelijke paramedici neemt de laatste jaren af: er komen meer mannelijke paramedische beroepsbeoefenaren.

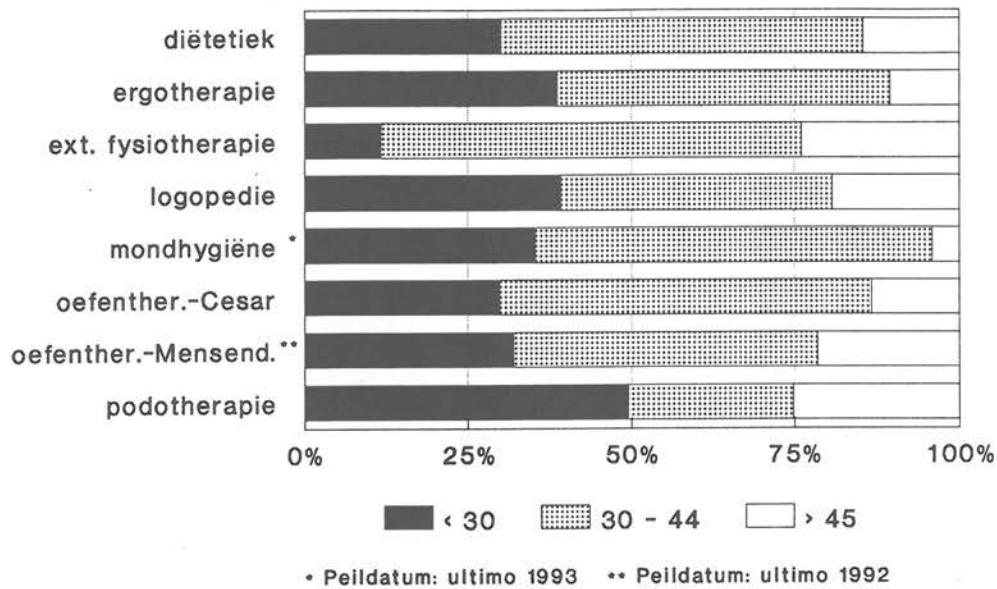
Binnen de paramedische sector zijn overigens wel verschillen in de percentages vrouwelijke en mannelijke beroepsbeoefenaren. Het aandeel mannelijke beroepsbeoefenaren is bij fysiotherapeuten het grootst (52%) en bij mondhygiënisten het laagst (ongeveer 1%) (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Leeftijd

Over het algemeen kenmerken de paramedische beroepsgroepen zich door een jonge leeftijdsopbouw. Niettemin blijkt uit figuur 2.3 dat de leeftijdsverschillen tussen de paramedische beroepsgroepen aanzienlijk zijn. Twaalf procent van de (extramuraal) werkzame fysiotherapeuten is jonger dan 30 jaar, terwijl van de (extramuraal) werkzame podotherapeuten bijna 50% jonger dan 30 jaar is. De leeftijdsverdeling van podotherapeuten is enigszins afwijkend, omdat met name de categorie podotherapeuten van 30 t/m 44 jaar relatief klein is. Een kwart van de podotherapeuten is 45 jaar of ouder. Bijna een kwart van de fysiotherapeuten is eveneens 45 jaar of ouder, terwijl dit voor slechts 4% van de werkzame mondhygiënisten geldt (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Van de werkzame orthoptisten en radiologisch laboranten zijn geen leeftijdsgegevens voorhanden.

Figuur 2.3.: Leeftijdsverdeling van de beroepsbeoefenaren per beroepsgroep



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Ter bepaling van het werkveld waarin de verschillende paramedische beroepsgroepen werkzaam zijn, beperken we ons hier tot een globale indeling in intramurale zorg, extramurale zorg en overige werkvelden (bijvoorbeeld onderwijs, overheid).

Tabel 2.3 laat zien welk deel van de verschillende paramedische beroepsgroepen intramuraal, extramuraal of in andere werkvelden werkzaam is. Uit de tabel blijkt dat diëtisten, ergotherapeuten en orthoptisten voor het grootste deel werkzaam zijn in de intramurale gezondheidszorg. Dit geldt ook voor radiologisch laboranten. Deze zijn echter niet in de tabel opgenomen vanwege het ontbreken van exacte gegevens. Fysiotherapeuten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten zijn voornamelijk werkzaam in de extramurale gezondheidszorg.

Tenslotte zijn logopedisten werkzaam in zowel de extramurale gezondheidszorg als in de intramurale zorg en overige werkvelden. Dit betreft met name het onderwijs (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Tabel 2.3.: Percentage van de verschillende beroepsgroepen werkzaam in de intramurale zorg, extramurale zorg en overige werkvelden

| | intramuraal | extramuraal | overig |
|---|-------------|-------------|--------|
| Diëtisten | 56 | 32 | 12 |
| Ergotherapeuten | 74 | 12 | 15 |
| Fysiotherapeuten ¹ | 25 | 75 | - |
| Logopedisten | 18 | 43 | 39 |
| Mondhygiënisten | 8 | 83 | 9 |
| Oefentherapeuten-Cesar ² | 10 | 95 | 6 |
| Oefentherapeuten-Mensendieck ² | 6 | 98 | 7 |
| Orthoptisten ² | 81 | 23 | 7 |
| Podotherapeuten | 7 | 89 | 4 |

¹ De verhouding tussen het aantal extramuraal en intramuraal werkzame fysiotherapeuten is bij benadering 3:1; het aantal fysiotherapeuten in overige werkvelden is onbekend.

² Het totaal percentage is hier groter dan 100%, omdat men meerdere werkplekken kan hebben.

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

2.3 Vraag naar paramedische zorg

2.3.1 Volume van zorg

Gegevens met betrekking tot het volume van zorg, dat wil zeggen het aantal behandelingen dat in Nederland per jaar wordt uitgevoerd, zijn beschikbaar voor vier paramedische beroepsgroepen: fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van het aantal klinische behandelingen¹ per 100 opnamen en het aantal poliklinische behandelingen per 1000 opnamen fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck samen in 1993 in de algemene en academische ziekenhuizen. De tabel maakt vooral het grote verschil in het volume van zorg tussen fysiotherapie en de andere beroepsgroepen duidelijk (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a; 1995b).

¹ Het NZi spreekt over behandelingen, volgens de gangbare terminologie in dit rapport betreft het hier zittingen.

Tabel 2.4.: Aantal klinische behandelingen per 100 opnamen en aantal poliklinische behandelingen per 1000 polikliniekbezoeken fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck in 1993

| | klinische behandelingen ¹ per 100 opnamen | poliklinische behandelingen ¹ per 1000 polikliniekbezoeken |
|---------------------------------|---|--|
| Algemene ziekenhuizen | | |
| fysiotherapie | 252,95 | 58,66 |
| logopedie | 4,78 | 2,88 |
| oefentherapie | 1,26 | 0,44 |
| Academische ziekenhuizen | | |
| fysiotherapie | 248,87 | 27,15 |
| logopedie | 4,56 | 3,69 |
| oefentherapie | 3,35 | 0,70 |

¹ Het NZi spreekt over behandelingen, volgens de gangbare terminologie in dit rapport betreft het hier zittingen.

Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a; 1995b.

Van dezelfde beroepsgroepen is eveneens informatie beschikbaar over het totaal aantal zittingen gedeclareerd bij de ziekenfondsen (Ziekenfondsraad, 1995). Deze informatie is in tabel 2.5 weergegeven. Het betreft het totaal aantal zittingen fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de ziekenfondsen in 1992, 1993 en 1994. Het gaat hier uitsluitend om de extramurale zorg.

De tabel laat zien dat het aantal gedeclareerde zittingen extramurale fysiotherapie (incl. uitbehandelingen) de laatste jaren iets is afgenomen. Het aantal gedeclareerde zittingen extramurale logopedie en oefentherapie-Mensendieck is ongeveer gelijk gebleven, terwijl het aantal zittingen oefentherapie-Cesar iets is toegenomen.

Tabel 2.5.: Totaal aantal zittingen extramurale fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1992 - 1994) (x 1000)

| | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| Fysiotherapie | 24.284 | 24.176 | 23.615 |
| Logopedie | 1.269 | 1.312 | 1.297 |
| Oefentherapie-Cesar | 769 | 782 | 793 |
| Oefentherapie-Mensendieck | 743 | 744 | 745 |

Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

2.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met paramedici

Van de meeste paramedische beroepsgroepen is niet bekend hoeveel personen uit de Nederlandse bevolking gebruik maken van de geboden zorg. Voor de diëtetiek, fysiotherapie en logopedie zijn deze gegevens wel bekend. Deze gegevens zijn afkomstig uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en gebaseerd op een enquête onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisartspraktijk (Foets & Sixma, 1991).

Op basis van deze enquête wordt het percentage personen uit de Nederlandse bevolking dat per jaar contact heeft met de diëtist geschat op 2,1%. Naar schatting heeft 13,3% van de Nederlandse bevolking per jaar contact met de fysiotherapeut en 1,3% met de logopedist. Met betrekking tot de fysiotherapie zijn meer recente gegevens voorhanden van het CBS; in 1994 geeft 13,7% van de bevolking aan contact te hebben gehad met de fysiotherapeut in het jaar ervoor. Dit percentage is exclusief het contact met de fysiotherapeut gedurende ziekenhuisopname (Swinkels, 1995).

Omvang van behandeling

Van enkele paramedische beroepsgroepen is bekend uit hoeveel zittingen de behandeling bestaat. Deze gegevens zijn in tabel 2.6 vermeld. Uit de tabel komt naar voren dat de behandelingen van oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck in het algemeen uit meer zittingen bestaan dan extramurale fysiotherapie-behandelingen. Podotherapie-behandelingen bestaan uit de minste zittingen; 96% van de behandelingen omvat maximaal vijf zittingen.

Opgemerkt moet worden dat de per 1 januari 1996 van kracht geworden beperkende maatregel betreffende het aantal zittingen fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck waarschijnlijk tot verschuivingen zal leiden in het aantal zittingen waaruit een behandeling fysiotherapie of oefentherapie bestaat.

Tabel 2.6.: Frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling (percentages)

| Aantal zittingen | Extramurale fysiotherapie | Oefentherapie-Cesar | Oefentherapie-Mensendieck | Podotherapie |
|------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|--------------|
| 1 - 5 | 20 | 7 | 7 | 96 |
| 6 - 10 | 31 | 20 | 26 | 3 |
| 11 - 15 | 27 | 32 | 34 | 1 |
| 16 - 20 | 9 | 19 | 19 | 0 |
| 21 - 30 | 9 | 18 | 12 | 0 |
| 31 - 50 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| ≥ 51 | 2 | 1 | 0 | 0 |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Zijlderduin & Dekker, 1994a; Zijlderduin & Dekker, 1994b.

2.3.3 Verwijzing

Zoals reeds opgemerkt is de meeste paramedische zorg alleen toegankelijk op schriftelijke verwijzing van een arts of tandarts. Het is duidelijk dat bij elke paramedische beroepsgroep andere verwijzers een rol spelen. In tabel 2.7 staan de drie meest genoemde verwijzers per beroepsgroep voor zes paramedische beroepsgroepen: diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten. Het gaat hier meestal om de belangrijkste verwijzers voor de totale beroepsgroep. Echter, binnen de beroepsgroep kunnen grote verschillen zijn in de verwijzers met wie men te maken heeft afhankelijk van het werkveld van de beroepsbeoefenaar.

Uit de tabel blijkt dat de meeste van de genoemde paramedici veel te maken hebben met de huisarts als verwijzer. Omdat diëtisten en ergotherapeuten voor het grootste deel werkzaam zijn in de intramurale gezondheidszorg, is de huisarts voor deze beroepsgroepen als geheel een minder belangrijke verwijzer. Dit geldt uiteraard ook voor de intramuraal werkzame logopedisten. Voor de paramedische bewegingsberoepen is de orthopeed mede een belangrijke verwijzer.

Wat de extramurale fysiotherapie betreft zijn gegevens voorhanden uit het registratieproject BEEF. Hieruit blijkt dat 81% van de extramurale fysiotherapie-patiënten verwezen wordt door de huisarts en 16% door een medisch-specialist, waarvan de orthooped de belangrijkste is (Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995).

Tabel 2.7.: De drie meest genoemde verwijzers per beroepsgroep

| | Meest genoemde verwijzers |
|--|---|
| Diëtetiek | 1. internist 2. cardioloog 3. huisarts |
| Ergotherapie | 1. revalidatie-arts 2. verpleeghuisarts 3. huisarts |
| Logopedie - intramuraal | 1. verpleeghuisarts 2. KNO-arts 3. neuroloog |
| - vrijevestigd | 1. huisarts 2. KNO-arts 3. jeugdarts |
| - basisonderwijs/BAGD/GGD ¹ | 1. jeugdarts 2. huisarts 3. tandarts/-specialist |
| Oefentherapie-Cesar | 1. huisarts 2. orthooped 3. neuroloog |
| Oefentherapie-Mensendieck | 1. huisarts 2. neuroloog 3. orthooped |
| Podotherapie | 1. huisarts 2. orthooped 3. schoolarts |

¹ Tweeënvijftig procent van deze logopedisten heeft geen contact met verwijzers.

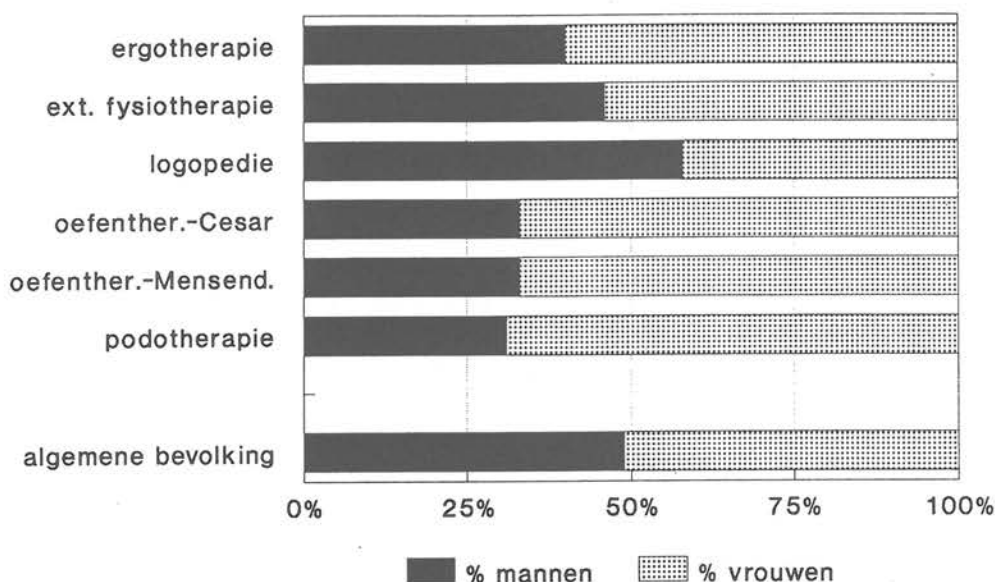
Bron: Driessen & Dekker, 1994; Paas & Friele (aangeboden); Raaijmakers & Dekker, 1995; Zijderduin & Dekker, 1994a; Zijderduin & Dekker, 1994b.

2.3.4 Kenmerken van patiënten

Geslacht

Figuur 2.4 laat de man/vrouw-verhouding bij de patiënten van verschillende paramedici zien. In het algemeen zijn meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten onder behandeling van de diverse paramedici. Bij logopedie is het andersom; het percentage mannelijke patiënten is groter.

Figuur 2.4.: Verhouding tussen het percentage mannelijke en vrouwelijke patiënten per beroepsgroep



Noot. Bij mondhygiënisten is de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten 40:60. Dit zijn gegevens van patiënten onder behandeling bij de Stichting Opleiding Mondhygiënisten (Leemans & Moltzer, 1994). Gezien het feit dat de behandeling bij de opleiding afwijkt van de normale praktijk, zijn de gegevens van patiënten mogelijk niet representatief voor de totale beroepsgroep.

Bron: Driessen & Dekker, 1994; Raaijmakers & Dekker, 1995; Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Zuijderduin & Dekker, 1994a; Zuijderduin & Dekker, 1994b.

Leeftijd

Tabel 2.8 laat de leeftijdsverdeling van patiënten bij vijf beroepsgroepen en de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking zien. Logopedisten onderzoeken en behandelen met name kinderen jonger dan 15 jaar. Oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck hebben eveneens een relatief jonge patiëntenpopulatie; bijna 90% van de patiënten is jonger dan 55 jaar. Bij extramurale fysiotherapie vertoont de leeftijdsverdeling van patiënten een grotere spreiding; fysiotherapeuten behandelen relatief veel oudere patiënten. Dit geldt in nog sterkere mate voor podotherapeuten.

Tabel 2.8.: Leeftijdsverdeling van patiënten per beroepsgroep

| | Fysio- therapie | Logo- pedie | Oefentherapie- Cesar | Oefentherapie- Mensendieck | Podoterapie | Ned. bevolking |
|---------|--------------------|----------------|-------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------|
| 0 - 14 | 3 | 70 | 13 | 11 | 9 | 18 |
| 15 - 24 | 11 | 6 | 21 | 19 | 8 | 15 |
| 25 - 34 | 19 | 3 | 24 | 24 | 13 | 17 |
| 35 - 44 | 21 | 3 | 19 | 20 | 17 | 16 |
| 45 - 54 | 18 | 2 | 10 | 13 | 16 | 12 |
| 55 - 64 | 13 | 4 | 5 | 6 | 16 | 9 |
| 65 - 74 | 10 | 5 | 4 | 4 | 15 | 7 |
| ≥ 75 | 7 | 7 | 3 | 3 | 7 | 6 |

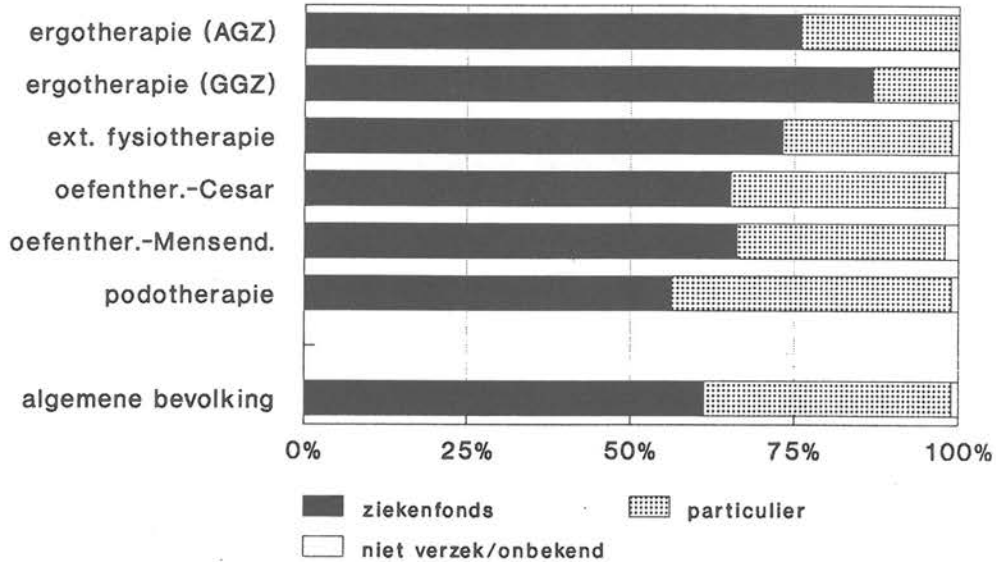
Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995; Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Zuijderduin & Dekker, 1994a; Zuijderduin & Dekker, 1994b.

Verzekeringsvorm

Van enkele beroepsgroepen is informatie beschikbaar over de verzekeringsvorm van hun patiënten. Deze informatie is in figuur 2.5 weergegeven.

Uit deze figuur blijkt dat het aandeel van ziekenfondsverzekerden onder de ergotherapie- en extramurale fysiotherapie-patiënten relatief groot is. De verzekeringsvorm van oefentherapie-patiënten is een afspiegeling van de verzekeringsvorm van de Nederlandse bevolking. Onder de patiënten van podotherapeuten treft men relatief veel particulier verzekerden aan.

Figuur 2.5.: Verzekeringsvorm van patiënten per beroepsgroep



Noot. Bij mondhygiënisten is de verhouding tussen ziekenfonds en particulier verzekerden 49:51. Dit zijn gegevens van patiënten onder behandeling bij de Stichting Opleiding Mondhygiënisten (Leemans & Moltzer, 1994). Gezien het feit dat de behandeling bij de opleiding afwijkt van de normale praktijk, zijn de gegevens van patiënten mogelijk niet representatief voor de totale beroepsgroep.

Bron: Driessen & Dekker, 1994; Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Zijderduin & Dekker, 1994a; Zijderduin & Dekker, 1994b.

2.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

De medische diagnose, zoals door de verwijzer omschreven, is voor zes paramedische beroepsgroepen ingedeeld volgens de ICD-10, de ICPC of de DSM-III-R (World Health Organization, 1990; Lamberts & Wood, 1987; American Psychiatric Association, 1987). Omdat de diversiteit aan diagnoses groot is, zijn de diagnoses gegroepeerd in hoofdstukken van de ICD-10, ICPC en DSM-III-R.

In tabel 2.9 zijn de drie meest voorkomende groepen van medische diagnoses per beroepsgroep weergegeven. Uit de tabel blijkt dat ziekten van het bewegingsapparaat (of botspierstelsel en bindweefsel) veel voorkomen bij patiënten van ergotherapeuten (algemene gezondheidszorg), fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck. Bij patiënten van ergotherapeuten in de algemene gezondheidszorg komen ziekten van het hart-vaatstelsel, vooral beroertes, veel voor. Deze patiënten komen ook voor behandeling bij de logopedist. De grootste groep patiënten van de logopedist is gediagnostiseerd met psychische en gedragsstoornissen; het betreft hier met name

taal- en spraakontwikkelingsstoornissen. De categorie 'niet elders geassocieerd' heeft in de logopedie betrekking op stemstoornissen en in de oefentherapie onder andere betrekking op houdingsstoornissen (Dekker, 1996).

Tabel 2.9.: De drie meest voorkomende groepen van medische diagnoses per beroepsgroep

| | Ziekte (van) | % |
|---|------------------------------------|----|
| Ergotherapie - algemene gezondheidszorg ¹ | hart-vaatstelsel | 26 |
| | botspierstelsel en bindweefsel | 19 |
| | zenuwstelsel | 17 |
| - geestelijke gezondheidszorg ² | schizofrenie | 29 |
| | depressie | 19 |
| | persoonlijkheidsstoornissen | 18 |
| Extramurale fysiotherapie ³ | bewegingsapparaat | 89 |
| | zenuwstelsel | 8 |
| | ademalingsorganen | 2 |
| Logopedie ¹ | psychische en gedragsstoornissen | 39 |
| | symptomen niet elders geassocieerd | 25 |
| | hart-vaatstelsel | 11 |
| Oefentherapie-Cesar/-Mensendieck ¹ | botspierstelsel en bindweefsel | 76 |
| | symptomen niet elders geassocieerd | 27 |
| | zenuwstelsel | 3 |
| Podotherapie ^{1,4} | huid en subcutis | 38 |
| | letsels | 10 |
| | gevolgen van uitwendige oorzaken | 2 |

¹ Ingedeeld in hoofdstukken van de ICD-10.

² Ingedeeld in hoofdstukken van de DSM-III-R.

³ Ingedeeld in hoofdstukken van de ICPC.

⁴ Geen medische diagnose bekend bij 54% van de patiënten.

Bron: Dekker, 1996.

Van de overige beroepsgroepen ontbreken empirische gegevens over de door de verwijzer gestelde medische diagnose. Wat de radiotherapeutisch laboranten betreft kan worden gesteld dat zij vrijwel uitsluitend patiënten met een kwaadaardige aandoening behandelen.

Diagnostische bevindingen van enkele paramedische beroepsgroepen

Van zes paramedische beroepsgroepen is bekend dat zij hun behandeling niet alleen baseren op de medische diagnose of verwijfsindicatie, maar eveneens zelf aanvullend diagnostisch onderzoek verrichten. Het gaat hierbij om ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en podotherapeuten. Het diagnostisch onderzoek van deze paramedici heeft betrekking op de functionele gevolgen van de pathologie. Voor de ordening van deze functionele gevolgen kan gebruik worden gemaakt van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps/Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH; World Health Organization, 1980; Heerkens, Brandsma, Lakerveld-Heyl et al., 1991).

Een **stoornis** wordt gedefinieerd als "afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie". Van een **beperking** spreekt men bij "een vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot voor de mens normale activiteit (of vaardigheid)". Een **handicap** wordt gedefinieerd als "een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (...) begrenst of verhindert" (TNO, 1981).

De relatie tussen de diagnostische bevindingen van de paramedicus, de geselecteerde behandeldoelen en de toegepaste interventies worden in figuur 2.6 weergegeven.

De figuur laat zien dat de paramedicus functionele gevolgen van pathologie bij de patiënten kan vaststellen op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps. Een selectie van de vastgestelde stoornissen, beperkingen en handicaps wordt door de paramedicus als behandeldoelen aangemerkt. Afhankelijk van de geselecteerde behandeldoelen wordt gekozen voor het toepassen van bepaalde interventies of behandelvormen.

In de ergotherapie wordt een iets uitgebreider model gehanteerd. Naast behandeldoelen spelen bij ergotherapie ook behandelprogramma's een rol, wanneer het gaat om de keuze van de therapie. Een behandelprogramma kan worden beschouwd als een 'meta-doel'; het geeft aan op welke wijze het specifieke behandeldoel bij de behandeling betrokken wordt. Als mogelijke behandelprogramma's in de ergotherapie kunnen worden genoemd: preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, en onderhoud en behoud van de gezondheid.

Figuur 2.6.: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de paramedicus

| Diagnostische bevindingen | Behandeldoelen | Interventies/behandelvormen |
|---|--|---|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen, beperkingen en handicaps | Selectie van stoornissen, beperkingen en handicaps waarop de behandeling primair wordt gericht | Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen, beperkingen en handicaps |

Bron: Dekker, 1996.

2.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

In tabel 2.10 staan de meest geselecteerde behandeldoelen van zes beroepsgroepen. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en podotherapeuten kiezen hun behandeldoelen voornamelijk op het niveau van stoornissen. Logopedisten richten zich met name op het verminderen van stoornissen én beperkingen, terwijl ergotherapeuten hun behandeldoelen op alle niveaus selecteren.

Uit tabel 2.10 blijkt dat het behandelen van pijn een frequent gekozen behandeldoel is in de extramuraal fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en in de podotherapie. Fysiotherapeuten richten zich daarnaast frequent op het verbeteren van de bewegingsuitslag van gewrichten. Oefentherapeuten stellen zich met name het corrigeren van stoornissen in de lichaamshouding tot doel, terwijl podotherapeuten zich frequent richten op het corrigeren van standsafwijkingen van de voet. In de ergotherapie zijn de geselecteerde behandeldoelen sterk afhankelijk van het werkveld. Ergotherapeuten werkzaam in de algemene gezondheidszorg richten hun behandeling frequent

op motorische stoornissen en beperkingen in de persoonlijke verzorging. Ergotherapeuten werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg selecteren vooral beperkingen in basisvaardigheden en intrapersoonlijke stoornissen als behandeldoelen. Logopedisten richten hun behandeling vaak op het verminderen van taalontwikkelingsstoornissen en het verbeteren van communicatief gedrag, meestal het zich kunnen uiten.

Tabel 2.10.: De drie meest gekozen behandeldoelen - op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps - per beroepsgroep

| | | Behandeldoelen betrekking hebbende op: | | | | | |
|--|---|---|----------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| | | Stoornissen: | % ¹ | Beperkingen in: | % ¹ | Handicaps in: | % ¹ |
| Podothérapie | 1 | Pijn | 83 | | | | |
| | 2 | Standafwijking voet | 46 | | | | |
| | 3 | Vermoeidheid | 19 | | | | |
| Fysiothérapie | 1 | Pijn | 66 | Normaal tempo in het beroep | 27 | | |
| | 2 | Verminderde bewegingsuitslag van gewrichten | 46 | Lopen | 18 | | |
| | 3 | Afwijkende spiertonus | 41 | Tillen | 9 | | |
| Oefentherapie-Cesar, -Mensendieck | 1 | Stoornis in de lichaams-houding | 82 | Sensomotorische basis-vaardigheden | 13 | | |
| | 2 | Pijn | 78 | Voortbewegen | 11 | | |
| | 3 | Verminderde spierkracht | 52 | Uithoudingsvermogen | 10 | | |
| Ergotherapie - algemene gezondheidszorg | 1 | Motorische stoornis | 48 | Persoonlijke verzorging | 48 | Mobiliteit | 26 |
| | 2 | Sensorische stoornis | 15 | Verplaatsen en voortbewegen | 41 | Rol van zelfverzorger | 24 |
| | 3 | Cognitieve stoornis | 14 | Huishouden | 35 | Beroepsrol | 19 |
| - geestelijke gezondheidszorg | 1 | Intrapersoonlijke stoornis | 55 | Basisvaardigheden | 72 | Beroepsrol | 48 |
| | 2 | Cognitieve stoornis | 34 | Tijdsbesteding | 51 | Sociale rol | 46 |
| | 3 | Motorische stoornis | 6 | Relationele vaardigheden | 25 | Rol van zelfverzorger | 19 |
| Logopedie | 1 | Taalontwikkelingsstoornis | 37 | Het zich uiten | 38 | Beroepsrol (inclusief | |
| | 2 | Articulatiestoornis | 33 | Begrijpen van uitingen | 20 | dagelijkse bezigheden) | 12 |
| | 3 | Afwijkend mondgedrag en stoornissen in de sensomotoriek | 27 | Communicatieve interactie | 17 | Sociale rol buiten gezin | 11 |
| | | | | | | Sociale rol binnen gezin | 7 |

¹ De percentages betreffen het aantal patiënten bij wie een behandeldoel gekozen is, ten opzichte van het totaal aantal patiënten.

De percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat per patiënt meer dan één behandeldoel kon worden aangegeven.

Bron: Dekker, 1996.

Interventies

De paramedische bewegingsberoepen beschikken over een groot aantal behandelvormen of interventies. Deze kunnen worden ingedeeld in de volgende categorieën: het oefenen en sturen van functies en vaardigheden (onder andere bewegingstherapie en trainen van dagelijkse activiteiten), het begeleiden en adviseren van de patiënt, het voorzien in hulpmiddelen, manuele technieken (onder andere massage), fysieke therapie (onder andere toedienen van elektrische prikkels) en instrumentele technieken (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994).

2.4 Kwaliteit en doelmatigheid van paramedische zorg

2.4.1 Kwaliteitsbeleid

In deze subparagraaf wordt een globaal beeld gegeven van de wijze waarop de verschillende paramedische beroepsgroepen gestalte geven aan hun kwaliteitsbeleid.

Hierbij is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsverenigingen invulling geven aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid. Voor een inventarisatie van de stand van zaken is gebruik gemaakt van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995).

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

Alle paramedische beroepsgroepen werken aan het verder ontwikkelen van een samenhangend kwaliteitsbeleid; de verwachting is dat eind 1996 alle beroepsgroepen een samenhangend kwaliteitsbeleid op schrift hebben gesteld.

De afgelopen vijf jaar hebben de beroepsgroepen veel tijd gestoken in allerlei voorwaardenscheppende activiteiten. Ter voorbereiding op een systeem van kwaliteitsbewaking is door de paramedische beroepsgroepen gewerkt aan diverse uniforme classificatie- en registratiesystemen, zoals bijvoorbeeld uniforme classificaties voor aandoeningen, therapeutische interventies en hulpmiddelen en uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers en voor de rapportage aan verwijzers. Doorgaans heeft men dergelijke instrumenten wel ontwikkeld, maar nog niet geïmplementeerd.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroepen kunnen worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Op het gebied van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** beschikken alle beroepsgroepen over een of meerdere documenten: beroepscode, gedragsregels of ethische code. De beroepsverenigingen van fysiotherapeuten hebben bovendien een modelovereenkomst fysiotherapeut-patiënt ontwikkeld. Dergelijke overeenkomsten zijn bij enkele andere beroepsgroepen eveneens in ontwikkeling.

Wat het **methodisch-technisch handelen** betreft zijn door alle beroepsverenigingen criteria vastgelegd in een beroepsprofiel en een deskundighedsomschrijving. De meeste beroepsgroepen beschikken eveneens over profielschetsen. Een profielschets geeft een omschrijving van de deskundigheid met betrekking tot speciale doelgroepen of behandelmethoden. Hoewel op lokaal of instellingsniveau vaak gewerkt wordt aan de hand van standaarden, richtlijnen of protocollen, bestaan er nog nauwelijks protocollen voor het paramedisch handelen op landelijk niveau, dat wil zeggen protocollen die voor de gehele beroepsgroep gelden. Wel zijn enkele beroepsgroepen gestart met het ontwikkelen van dergelijke landelijke protocollen.

Met betrekking tot de **organisatie van de beroepsuitoefening** hebben de meeste beroepsverenigingen richtlijnen of criteria opgesteld waaraan de praktijkrichting moet voldoen. Criteria of richtlijnen voor de praktijkvoering of de overdracht zijn door veel minder beroepsverenigingen ontwikkeld. Voor radiologisch laboranten geldt dat zij te

maken hebben met lokale, nationale en internationale regels met betrekking tot veiligheid, hygiëne en stralenbescherming van patiënt en laborant.

Verbetermethodes/-acties

De meeste beroepsverenigingen zijn via overleg betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding. Enkele beroepsgroepen hebben tevens een module kwaliteitszorg opgenomen in de curricula van de opleidingen.

De meeste beroepsgroepen beschikken over een overzicht van na- en bijscholingscursussen. Minder beroepsverenigingen bieden een scholingsaanbod voor herintreders. Criteria voor herintreders zijn bij enkele beroepsgroepen in ontwikkeling.

Op het gebied van intercollegiale toetsing zijn acht van de tien beroepsgroepen actief. De meeste van hen bevinden zich nog in de fase van methodiekontwikkeling of in de experimentele fase. Tenslotte geldt voor veel paramedici in dienstverband dat hun werk wordt getoetst door het hoofd van de afdeling of de werkgever.

Behoud en borging

Alle artikel 34-beroepsgroepen hebben plannen gemaakt voor het aanleggen van een beroepsregister en periodieke herregistratie. Criteria voor herregistratie zijn bij de meeste beroepsgroepen in ontwikkeling.

Op dit moment beschikken slechts enkele beroepsgroepen over een klachtregeling en een commissie die belast is met de uitvoering van het klachtreglement. Andere paramedische beroepsgroepen buigen zich eveneens over het opstellen van een klachtreglement.

2.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de paramedische zorg zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van de zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast?), 4. onderzoek ter evaluatie van de effectiviteit van deze interventies (wat is het effect van deze behandelingen?), 5. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 6. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 2.11 geeft een overzicht van het aantal onderzoeken per aandachtsgebied dat sinds 1985 binnen elke beroepsgroep is uitgevoerd. Uit de tabel komt naar voren dat er grote verschillen zijn in het aantal uitgevoerde onderzoeken per beroepsgroep. Veruit het meeste onderzoek is verricht binnen de fysiotherapie. Veel onderzoek binnen de fysiotherapie is gericht op het ontwikkelen van interventies en meetinstrumenten. Het merendeel van dit onderzoek is beschrijvend van aard; sinds enkele jaren vinden op beperkte schaal effectstudies plaats in de vorm van randomized clinical trials.

Een middencategorie, wat het aantal uitgevoerde onderzoeken betreft, vormen de diëtetiek, ergotherapie en logopedie. Het meeste onderzoek binnen deze beroepsgroepen heeft betrekking op interventies. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van meetinstrumenten, terwijl onderzoek naar de patiënten en verwijzers bij deze beroepsgroepen nagenoeg ontbreekt.

Bij de zes overige beroepsgroepen zijn de laatste tien jaren maximaal 30 onderzoeksprojecten uitgevoerd. Bij radiologisch laboranten is relatief veel onderzoek verricht op het gebied van de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Tabel 2.11.: Aantal onderzoeken per beroepsgroep per aandachtsgebied (1985 - 1995)

| | Taken en functies | Patiënten en verwijzers | Interventies | Effectiviteit | Kwaliteit | Meetinstrumenten | Overig | Totaal |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|--------------|---------------|-----------|------------------|--------|--------|
| Diëtisten | 12 | 3 | 32 | 14 | 18 | 9 | 28 | 116 |
| Ergotherapeuten | 16 | - | 34 | 5 | 9 | 9 | 3 | 76 |
| Fysiotherapeuten | 32 | 21 | 130 | 85 | 31 | 81 | 33 | 413 |
| Logopedisten | 11 | 3 | 30 | 12 | 8 | 15 | 12 | 91 |
| Mondhygiënist | 11 | 3 | 3 | 1 | 7 | - | 2 | 27 |
| Oefentherapeuten-Cesar | 1 | - | 4 | - | 3 | 1 | - | 9 |
| Oefentherapeuten-Mensendieck | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | - | 12 |
| Orthoptisten | 1 | 3 | 2 | - | 3 | - | - | 9 |
| Podotherapeuten | 5 | - | 4 | 1 | 3 | 1 | - | 14 |
| Radiologisch laboranten | 4 | 2 | 6 | 1 | 16 | 1 | 1 | 30 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

2.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de paramedische zorg

In deze paragraaf komen enkele ontwikkelingen en knelpunten ten aanzien van de regulering en financiering, het aanbod van zorg, de vraag naar zorg en de kwaliteit en doelmatigheid van de paramedische zorg aan bod.

Regulering en financiering

Een belangrijke ontwikkeling voor de paramedische beroepsgroepen is de invoering van de Wet BIG. Voor de paramedische beroepen die onder de artikel 34-regeling zullen gaan vallen zijn concept-amvb's opgesteld. De paramedische beroepsgroepen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen aan de minister van VWS kenbaar te maken. Voor een verdere bespreking van de stappen die dienen te worden gezet met betrekking tot de invoering van de Wet BIG wordt hier verwezen naar subparagraaf 2.1.2.

Het is duidelijk dat de Wet BIG voor de paramedische beroepsgroepen aanzienlijke veranderingen met zich meebrengt. Omdat de rijksoverheid geen register zal instellen voor de zogenaamde artikel 34-beroepen, wordt door de betreffende beroepsverenigingen zelf gewerkt aan plannen voor het instellen van een kwaliteitsregister. Daarnaast wordt door de meeste paramedische beroepsgroepen gewerkt aan een systeem voor klachtregistratie en -behandeling.

Een andere wettelijke regeling die van invloed is op de paramedische zorg is de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Deze wet heeft met name consequenties voor de ergotherapie; ergotherapeuten zijn in adviseursfuncties in dienst getreden bij gemeenten.

In de fysiotherapie en de oefentherapie-Cesar en -Mensendieck is per 1 januari 1996 de 'beperkende maatregel' van kracht geworden. Deze maatregel houdt in dat de wettelijk vastgestelde vergoedingen voor fysiotherapie en oefentherapie worden beperkt. Fysiotherapie en oefentherapie worden nog vergoed tot een maximum van negen zittingen. Voor de oefentherapie geldt dat dit aantal in sommige gevallen kan worden aangevuld met nog eens negen zittingen, indien men hiervoor schriftelijke toestemming heeft verkregen van de verzekeraar. Een uitzondering op deze beperkende maatregel vormen die aandoeningen waarvoor langdurige fysiotherapie en oefentherapie is geïndiceerd en erkend. In welke mate deze maatregel consequenties zal hebben voor het aanbod van en de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie is ondermeer afhankelijk van het aantal mensen dat zich voor deze zorg aanvullend zal verzekeren. Concrete uitspraken over de consequenties van de beperkende maatregel kunnen eerst na formele evaluatie worden gedaan.

Ook bij andere paramedische beroepsgroepen, zoals de diëtetiek en de logopedie, spelen bezuinigingen een rol.

Met betrekking tot de financiering van zorg vindt een herordening plaats in drie compartimenten:

- 1 de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's, zoals de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg (AWBZ);
- 2 de kortdurende en curatieve zorg, zoals de ziekenhuiszorg en de huisarts (Ziekenfondswet);
- 3 de zorg die niet onder het wettelijk verzekerd pakket valt en waarvoor men zich vrijwillig kan bijverzekeren.

Het is nog niet duidelijk welke consequenties deze herordening en de daaraan gekoppelde overhevelingen zullen hebben voor de verschillende paramedische beroepsgroepen.

Aanbod van paramedische zorg

De arbeidsmarktpositie van diëtisten, fysiotherapeuten en logopedisten verslechtert momenteel; bij deze beroepsgroepen is sprake van een stijgende werkloosheid. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft in 1994 een beroepskrachtenvoorziening logopedie uitgebracht. Ondanks het advies om de instroom van studenten verder te beperken is de opleidingscapaciteit gelijk gebleven.

Uit de beroepskrachtenplanning die door de Vereniging Bewegingsleer Cesar in 1995 is uitgevoerd komt naar voren dat er op dit moment voldoende werkgelegenheid is voor oefentherapeuten-Cesar, maar dat de bezuinigingsmaatregelen van de overheid de werkgelegenheid mogelijk zal terugdringen (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1995). Ook voor oefentherapeuten-Mensendieck is de arbeidsmarktpositie nog redelijk gunstig; volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid lag de vraag in 1992 iets hoger dan het aanbod aan oefentherapeuten-Mensendieck (NRV, 1993).

Podotherapie en ergotherapie zijn de snelst groeiende beroepsgroepen. In het rapport 'Behoefteteraming ergotherapeuten 1993' werd nog gewezen op een mogelijk toekomstig tekort aan ergotherapeuten (Harmsen, Hingstman & Driessen, 1993). Inmiddels is een derde opleiding ergotherapie van start gegaan. Voor de radiologisch laboranten en de mondhygiënisten lijkt de arbeidsmarktpositie eveneens gunstig. Voor beide beroepen heeft men besloten tot het starten van een extra opleiding. Er zijn vrijwel geen werkzoekende mondhygiënisten, terwijl er een groot aantal vacatures is (NVM, 1995).

Gegevens over de arbeidsmarktsituatie van orthoptisten ontbreken.

Vraag naar paramedische zorg

De beperkende maatregelen voor de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck zullen mogelijk verschuivingen opleveren in het gebruik van zorg bij deze disciplines. De wijze waarop deze maatregelen in de praktijk zullen uitwerken zal echter na formele evaluatie pas kunnen worden vastgesteld.

Voor de ergotherapie geldt dat de invoering van de verstrekking extramurale ergotherapie invloed zal hebben op het gebruik van zorg, zoals geboden door de ergotherapeut. Ook in dit geval zal formele evaluatie moeten plaatsvinden.

Informatie omtrent de vraag naar logopedische zorg zal op den duur worden uitgebreid naar aanleiding van gegevens die worden verzameld middels het LISK-project.

Tenslotte hebben de ontwikkelingen in de tandheelkundige zorg en de huidige technologische ontwikkelingen invloed op de vraag naar zorg die wordt geboden door respectievelijk mondhygiënist en radiologisch laboranten.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats.

Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot informatievoorziening paramedische zorg' zal laten uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

2.6 Beschikbaarheid van informatie

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk reeds werd vermeld, is niet van alle beroepsgroepen dezelfde informatie voorhanden. In deze paragraaf wordt, vooruitlopend op de Pilot Informatievoorziening paramedische zorg, globaal aangegeven welke informatie beschikbaar is of ontbreekt.

Een omschrijving van het beroep en de beroepsuitoefening bestaat voor alle paramedische beroepen. Deze staan vermeld in het beroepsbesluit of in het beroepsprofiel of de beroepsomschrijving. De taken van de beroepsbeoefenaar zijn veelal eveneens beschreven in het beroepsprofiel of de beroepsomschrijving. De meeste beroepsgroepen beschikken echter niet over formele beschrijvingen van de zorgprodukten.

Van alle paramedische beroepen kan het huidige wettelijk kader (Wet op de Paramedische Beroepen) en het toekomstige wettelijk kader (Wet BIG) worden geschetst. De invulling van de nieuwe wettelijke regeling (met name de amvb's) zal de komende jaren verder gestalte krijgen. Informatie over de financiering van de zorg is met name be-

schikbaar voor die paramedische zorg die onder de Ziekenfondswet valt. Het betreft fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck. Van deze beroepsgroepen zijn eveneens gegevens bekend over de totale kosten gedeclareerd bij de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, waarbij een uitsplitsing naar de kosten van de zorg per afzonderlijke beroepsgroep niet altijd mogelijk is. De bij de ziekenfondsen gedeclareerde kosten betreffen alleen de kosten van de extramurale zorg. De financiering en kosten van intramurale paramedische zorg zijn minder inzichtelijk. Verder geldt dat een grote diversiteit bestaat in de mate waarin en de wijze waarop de financiering van de verschillende paramedische beroepsgroepen is gereguleerd.

Er is vrij veel informatie over het aanbod van paramedische zorg. In de meeste gevallen geldt echter dat het aantal werkzame paramedici wordt geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname van de georganiseerde paramedici. Een meer gefundeerde inventarisatie van het aanbod van zorg is slechts voor enkele beroepsgroepen aanwezig. Naast de gegevens over de gekwalificeerde paramedici zijn gegevens over de opleiding en de arbeidsmarktpositie bekend².

De grootste lacunes in de informatievoorziening bevinden zich op het gebied van de vraag of het gebruik van paramedische zorg. Over het volume van zorg zijn alleen gegevens bekend van de eerder genoemde beroepsgroepen, te weten fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck. Overigens is het niet altijd mogelijk om een uitsplitsing van het volume van de zorg per beroepsgroep te maken. Informatie over het aantal personen uit de bevolking dat gebruik maakt van paramedische zorg is alleen beschikbaar voor diëtetiek, fysiotherapie en logopedie. Voor diëtetiek en logopedie geldt dat de gegevens al enigszins verouderd zijn. Wat de fysiotherapie betreft worden continu gegevens verzameld over het aantal personen dat gebruik maakt van de zorg, maar in dit geval ontbreekt informatie over het gebruik van fysiotherapeutische zorg bij ziekenhuisopname.

Bij zes paramedische beroepsgroepen is een (eenmalig) representatief registratie- en enquête-onderzoek uitgevoerd. Het betreft diëtetiek, ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie. Wat de fysiotherapie betreft zijn enkele registratie-onderzoeken uitgevoerd, die uitsluitend de extramurale zorg betreffen. Vanwege deze onderzoeken is relatief veel bekend over de vraag naar de zorg van de zeven genoemde beroepsgroepen (verwijzers, aanmelders, kenmerken van patiënten, medische en paramedische diagnose, behandeldoelen, interventies en omvang van de behandeling). Over de vraag naar de zorg van mondhygiënist, orthoptisten en radiologisch laboranten zijn geen representatieve gegevens beschikbaar.

Van alle paramedische beroepsgroepen is informatie aanwezig over de stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid. Het betreft notities en rapporten die door of in opdracht van de beroepsverenigingen zelf zijn geproduceerd en de rapportage van de evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Met betrekking tot de doelmatigheid van de paramedische zorg heeft onlangs een inventarisatie plaatsgevonden van de onderzoeksprojecten die op het gebied van alle paramedische beroepen zijn uitgevoerd.

Opgemerkt kan worden dat de informatie over de paramedische zorg die op dit moment beschikbaar is met name betrekking heeft op de extramurale zorg; de intramurale paramedische zorg is nog weinig in kaart gebracht. Hetzelfde geldt voor sommige beroepsgroepen, zoals mondhygiëne, orthoptie en radiologisch laboranten. Ten-

² Deze gegevens zijn niet in dit rapport opgenomen, maar zijn terug te vinden in de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

slotte kan worden gesteld dat veel van de nu beschikbare informatie incidenteel is verzameld, waardoor deze informatie op termijn aan waarde verliest.

3 DIËTETIEK

3.1 Inleiding

3.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Diëtisten verstrekken adviezen omtrent voeding en diëten. De werkzaamheden van de diëtist zijn erop gericht met behulp van een al dan niet aangepaste voeding mede zorg te dragen voor het herstel en/of optimaliseren van de gezondheidstoestand van de patiënt. Onder de uitoefening van het beroep diëtist wordt in het beroepsproefiel verstaan het beroepsmatig:

- op verwijzing van een de praktijk uitoefenend geneeskundige of tandarts tot een geneeskundig doel samenstellen van een op de patiënt afgestemd dieet of het verstrekken van adviezen met betrekking tot een dieet;
- vertalen van langs wetenschappelijke weg of op een andere manier systematisch verkregen gegevens op het gebied van de voeding in praktische richtlijnen of adviezen naar individuen en groepen in de samenleving (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 1993).

De diëtetiek steunt daarbij op twee aspecten met betrekking tot de voedselconsumptie: kennis van de samenstelling van voedingsmiddelen in macro- en microstoffen en het op de hoogte zijn van het spijsverteringsproces en de functies van de voedingsstoffen in het menselijk lichaam.

Taken van de diëtist

Diëtetiek beweegt zich op het raakvlak van de theorie en de praktijk van voedingsgewoonten. De diëtist is in staat om de wetenschappelijke benadering van voedingsbehoeften, uitgedrukt in nutriënten, te vertalen in termen van voedingsmiddelen, rekening houdend met psychosociale factoren, bereidingsmogelijkheden, sensorische factoren, praktische hoeveelheden per leeftijdsgroep en beperkingen bij ziekte.

In de werkwijze van diëtisten zijn, na de verwijzing, de volgende fasen te onderscheiden: de diëtistische anamnese, de diagnosestelling, het opstellen van een behandelplan, de uitvoeringsfase en de evaluatiefase.

De diëtist neemt een **anamnese** af om relevante gegevens te verzamelen over de sociale situatie, biologische gegevens, klachten, dieetgeschiedenis, gebruikte voeding en psychische belasting van het volgen van een eerder gebruikt dieet.

De diëtist stelt vervolgens op basis van een analyse van deze gegevens een diëtistische diagnose en registreert de conclusie uit de **diagnosestelling**.

Vervolgens wordt een **behandelplan** opgesteld. Daartoe bepaalt de diëtist, eventueel in overleg met de patiënt het doel, de inhoud en opbouw van de diëtistische methoden die bij de behandeling zullen worden toegepast, en informeert de patiënt en de verwijzer omtrent het behandelplan.

Bij de **uitvoering van het behandelplan** zal de diëtist o.a. de patiënt instructies en adviezen geven omtrent de uitvoering van het dieet- of voedingsadvies, en de wijze waarop de patiënt de dieet- en voedingsadviezen opvolgt bewaken. Ook zal de diëtist de patiënt informeren over de samenhang tussen het klachtenpatroon en het gegeven dieet- of voedingsadvies.

De behandeling wordt afgesloten middels een **evaluatiefase**. Bij de evaluatie volgt de diëtist de probleem-georiënteerde werkwijze. Bij de patiënt of cliënt wordt geïnformeerd

naar het effect van de behandeling en de diëtist informeert de verwijzend arts of tandarts en andere betrokkenen omtrent het effect van de behandeling (Beroepsprofiel Diëtist, 1993).

Omdat bovengenoemde activiteiten deel uit kunnen maken van een behandeling waarbij sprake is van een multidisciplinaire aanpak zijn overleg en samenwerking belangrijke onderdelen van het werk van de diëtist.

Vormen van diëtetische zorg c.q. zorgprodukten

Formele produktomschrijvingen zijn niet bekend, hoewel daar op lokaal niveau (in enkele ziekenhuizen) een begin mee is gemaakt. Uit de werkzaamheden van de diëtist kunnen de volgende zorgprodukten afgeleid worden. Ten aanzien van de zorgverlening zijn de belangrijkste zorgprodukten van de diëtist het samenstellen van dieetvoorschriften, het geven van dieet- en voedingsadviezen, het verlenen van ondersteuning en begeleiding bij het opvolgen van de dieet- en voedingsadviezen en het geven van mondelinge en/of schriftelijke voorlichting. Tevens verricht de diëtist diagnostisch onderzoek dat is gericht op de bepaling van de voedingstoestand van de patiënt en op het vaststellen en localiseren van voedingsgerelateerde ziektebeelden.

Ten aanzien van preventieve zorg wordt informatie, voorlichting en advies omtrent voeding gegeven, gericht op voorkoming van ziekten. Deze voorlichting kan zowel individueel worden gegeven als groepsgewijs aan doelgroepen.

Van consultatie is sprake wanneer de diëtist overige hulpverleners van advies dient omtrent dieetvoorschriften en voeding(smogelijkheden) van de patiënt (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

3.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het wettelijk kader voor de diëtist is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Diëtistenbesluit van 7 september 1972 (Stb. 487); voor het laatst gewijzigd bij besluit van 12 juni 1978 (Stb. 362). In dit besluit zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, examenregelingen en de instelling van een permanent adviesorgaan: de Adviescommissie Diëtisten. Een van de belangrijkste artikelen uit het Diëtistenbesluit bepaalt dat de werkzaamheden worden verricht in opdracht van een praktizerend geneeskundige of tandarts, waarbij de diëtist verplicht is de opdrachtgever op de hoogte te houden van de toestand van de patiënt. De opdracht wordt schriftelijk verstrekt; omtrent de terugrapportage zijn geen bijzonderheden opgenomen.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van diëtist geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Voor de diëtist geldt dat het deskundigheidsgebied het oude terrein van de Wet op de Paramedische Beroepen zal omvatten, uitgebreid met advisering en (voedings- en dieet)voorlichting aan (individuele) personen. In de amvb staan de opleidingseisen genoemd, waaronder het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage.

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

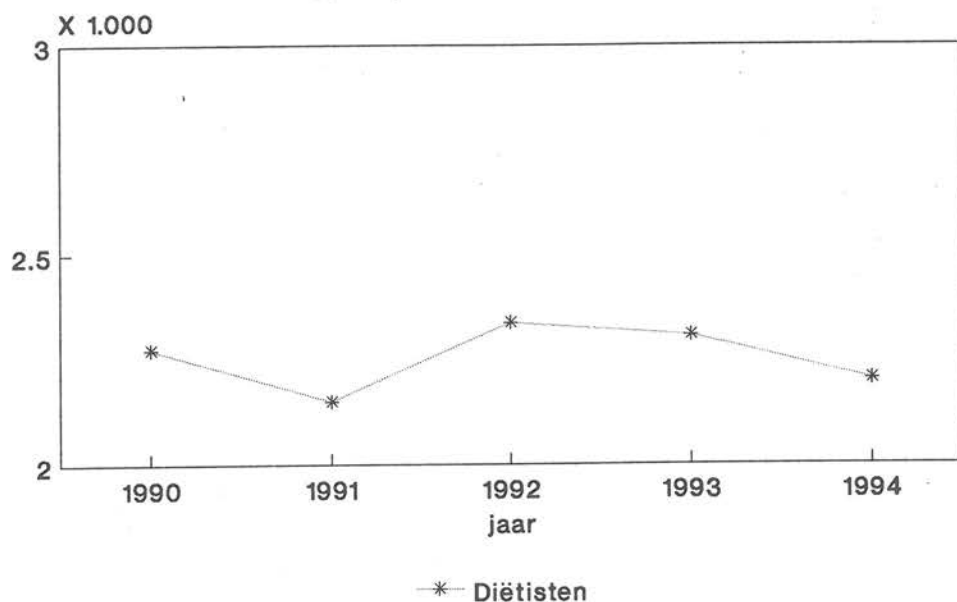
Financiering

De financiering van de diëtistische zorg is op verschillende wijzen geregeld. Buiten de groep vrijevestigde diëtisten kan worden vastgesteld dat de financiering van de door diëtisten te vervullen arbeidsplaatsen afhankelijk is van de sector waarin men werkt. Bij de kruisverenigingen wordt diëtetiek indirect gefinancierd via de AWBZ. Het betreft hier een minimaal pakket. Aanvullende benodigde diëtistische zorg wordt gefinancierd via de contributie van de leden van de kruisvereniging. Indien een patiënt in aanmerking wil komen voor diëtistische hulp via het kruiswerk, dan moet deze patiënt lid zijn van de kruisvereniging. Intramuraal werkende diëtisten volgen wat hun salaris betreft de CAO voor het ziekenhuiswezen. Het aantal diëtisten dat een ziekenhuis in dienst kan nemen hangt af van het aantal bedden van de instelling, volgens de normen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Deze norm bedroeg één diëtist op 200 bedden, waarbij de instelling voor poliklinische activiteiten geen vergoeding ontving. Het is de ziekenhuizen nu echter vrij om van deze norm af te wijken. Dit heeft tot gevolg dat de zorg in de poliklinieken vaak wordt teruggebracht tot een minimum. Hetzelfde geldt voor de aanstelling van diëtisten in verpleeghuizen. Binnen de genoemde instellingen wordt de zorg vanuit het instellingsbudget gefinancierd en maakt de diëtistische hulp dus deel uit van een totaal pakket van verstrekkingen. Diëtisten werkzaam in de overige sectoren, zoals bij ministeries en particuliere organisaties, worden betaald uit de budgetten van die betreffende instellingen en volgen de daar geldende salarisschalen. Voor vrijevestigde diëtisten hanteert de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) adviestarieven en norminkomens. De vrijevestigde diëtist wordt betaald door de patiënt zelf. De kosten voor de patiënt worden in een enkel geval vergoed door een particuliere verzekering. De meerkosten van een dieet komen slechts in beperkte mate in aanmerking voor een vergoeding. Sinds 1 januari 1994 worden de meerkosten die het volgen van een dieet met zich meebrengt niet langer vergoed krachtens de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Slechts een beperkt aantal dieetpreparaten wordt nu nog vergoed via de zorgverzekeraar vanuit de AWBZ en alleen bij de in de regeling omschreven indicaties (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 1994). Per 1 januari 1996 worden dieetpreparaten niet meer via de AWBZ vergoed. Vergoeding vindt dan plaats via de Ziekenfondswet en voor particulier verzekerden via hun standaardpakket-polis.

3.2 Aanbod van diëtistische zorg**3.2.1 Omvang van de beroepsgroep****Aantal diëtisten**

Het aantal gekwalificeerde diëtisten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 5.586 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal werkzame leden van de NVD bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.986. Het aantal werkzame diëtisten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 2.201. In figuur 3.1 is de ontwikkeling van het aantal werkzame diëtisten vanaf 1990 weergegeven.

Figuur 3.1.: Ontwikkeling van het aantal werkzame diëtisten vanaf 1990

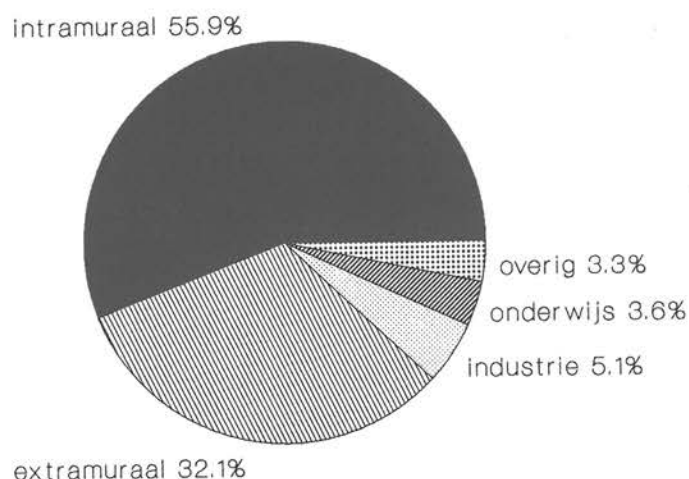


Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Werkveld

Diëtisten zijn werkzaam in verschillende werkvelden. Per 31 december 1994 werkt 56% van de diëtisten intramuraal. Dit betreft ziekenhuizen (klinisch zowel als poliklinisch) en verpleeghuizen. Tweeëndertig procent van de diëtisten werkt extramuraal. Extramuraalwerkende diëtisten hebben een eigen praktijk of zijn verbonden aan thuiszorg en kruiswerkorganisaties. Diëtisten zijn tevens werkzaam in het onderwijs (4%) en in het bedrijfsleven (5%). Drie procent van de diëtisten is werkzaam bij andere instellingen, zoals bijvoorbeeld bureaus voor voorlichting en preventie, overheidsinstanties en (voedings)onderzoeksinstituten.

Figuur 3.2.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van diëtisten (leden NVD) per 31 december 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZI & OSA, 1995).

3.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep diëtisten bestaat vrijwel uitsluitend uit vrouwen. Het aandeel mannelijke beroepsbeoefenaren ligt tussen de 1 en 2%.

Leeftijd

Tabel 3.1 laat de leeftijdsverdeling van de groep diëtisten zien. Hieruit blijkt dat de groep diëtisten wordt gekenmerkt door een jonge leeftijdsopbouw: 74% is jonger dan 40 jaar. Slechts 5% is ouder dan 55 jaar.

Tabel 3.1.: Leeftijdsverdeling van diëtisten, per 31 december 1994

| Leeftijd | Diëtisten | |
|---------------|------------|--------------|
| | abs | % |
| < 26 | 60 | 6,6 |
| 26-29 | 231 | 25,4 |
| 30-34 | 208 | 22,8 |
| 35-39 | 170 | 18,7 |
| 40-44 | 111 | 12,2 |
| 45-49 | 59 | 6,5 |
| 50-54 | 26 | 2,9 |
| 55-59 | 27 | 3,0 |
| 60-65 | 11 | 1,2 |
| > 65 | 8 | 0,9 |
| Totaal | 911 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZI & OSA, 1995).

Uren per week

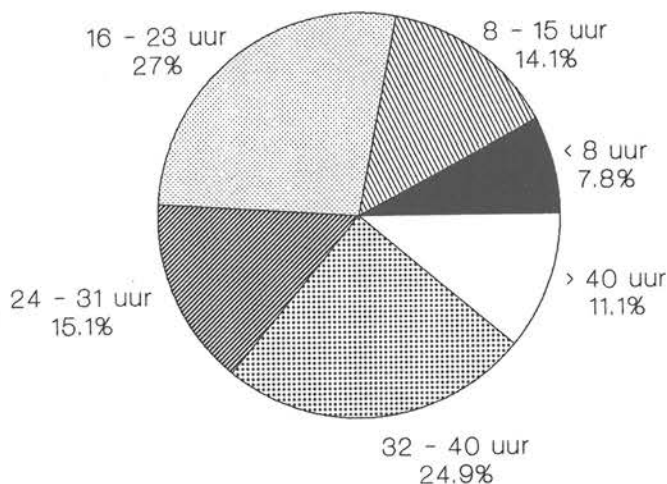
Uit tabel 3.2 en figuur 3.3 blijkt dat diëtisten gemiddeld 24 uur per week werken. Zesendertig procent van de diëtisten werkt full-time (32 uur of meer). Bijna 22% werkt een of twee dagen per week (minder dan 16 uur).

Tabel 3.2.: Gemiddelde omvang van de werkweek van diëtisten, per 31 december 1994

| Aantal uren per week ¹ | Diëtisten | |
|-----------------------------------|-----------|-------|
| | abs | % |
| < 8 | 41 | 7,8 |
| 8 -15 | 74 | 14,1 |
| 16-23 | 141 | 27,0 |
| 24-31 | 79 | 15,1 |
| 32-40 | 130 | 24,9 |
| > 40 | 58 | 11,1 |
| Totaal | 523 | 100,0 |
| Gemiddeld aantal uren per week | | 23,9 |

¹ Het betreft het aandeel uren binnen de instelling/praktijk waar men het grootste aantal uren werkzaam is. Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Figuur 3.3.: Omvang van de werkweek van diëtisten per 31 december 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & Osa, 1995).

3.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

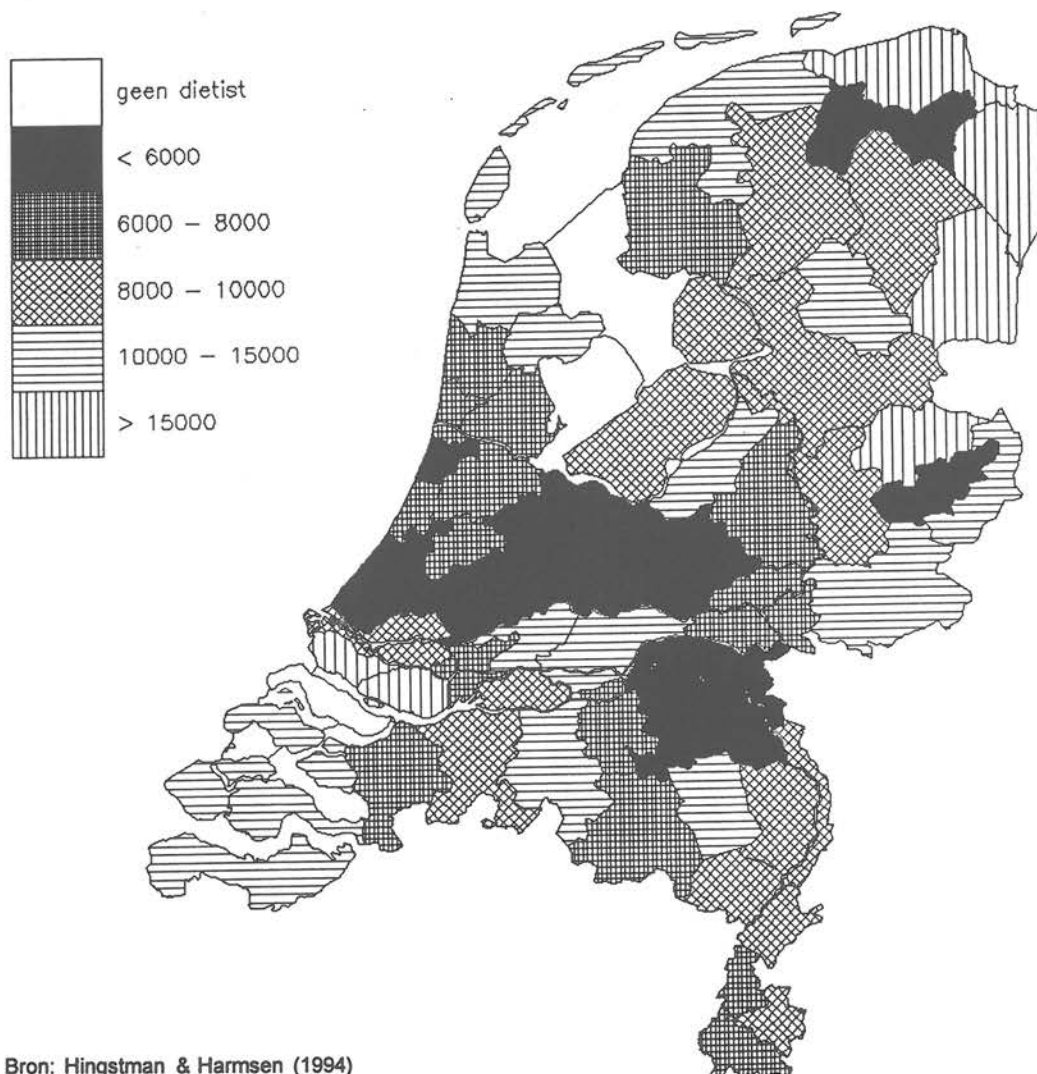
Uit tabel 3.3 blijkt dat in 1993 het aantal inwoners per diëtist in Nederland 7.273 bedroeg. Daarbij zijn grote verschillen tussen de provincies zichtbaar. In Zeeland en Drenthe waren er meer dan 11.000 inwoners per diëtist, terwijl dit aantal in Groningen en Utrecht onder de 6.000 inwoners per diëtist ligt.

Tabel 3.3.: Aantal inwoners per werkzame diëtist (leden NVD) naar provincie, per 1 januari 1993

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal werkzame diëtisten | Aantal inwoners per werkzame diëtist |
|---------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Groningen | 555.397 | 94 | 5.908 |
| Friesland | 603.998 | 62 | 9.742 |
| Drenthe | 448.256 | 39 | 11.494 |
| Overijssel | 1.039.083 | 114 | 9.115 |
| Flevoland | 243.441 | 28 | 8.694 |
| Gelderland | 1.839.883 | 278 | 6.618 |
| Utrecht | 1.047.035 | 192 | 5.453 |
| Noord-Holland | 2.440.165 | 360 | 6.778 |
| Zuid-Holland | 3.295.522 | 463 | 7.118 |
| Zeeland | 361.195 | 31 | 11.651 |
| Noord-Brabant | 2.243.546 | 294 | 7.631 |
| Limburg | 1.119.942 | 140 | 8.000 |
| Nederland | 15.237.463 | 2.095 | 7.273 |

Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

Figuur 3.4.: Aantal inwoners per diëtist (leden NVD) naar WGR-regio in 1993



Bron: Hingstman & Harmsen (1994)

3.3 Vraag naar diëtistische zorg

3.3.1 Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de diëtistische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

3.3.2 Gebruik van zorg

De Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk heeft informatie opgeleverd over het gebruik van diëtistische zorg. De gegevens zijn verkregen door middel van een enquête onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisarts. De enquêtes zijn afgenomen in de periode tussen juni 1987 en maart 1988.

Van de geënquêteerden blijkt 2,2% contact te hebben gehad met een diëtist in het jaar voorafgaande aan de enquête. Na correctie komt dit neer op 2,1% van de Nederlandse bevolking (Foets & Sixma, 1991).

3.3.3 Verwijzing

Diëtisten mogen alleen patiënten voor wie zij een schriftelijke verwijzing hebben ontvangen behandelen. In de praktijk blijkt dat ook anderen dan artsen en tandartsen (de officiële verwijzers) patiënten naar de diëtist sturen. We spreken in dat geval van aanmelders.

Informatie over de verwijzers en aanmelders van patiënten van de diëtist is verkregen uit het onderzoek naar de functie en plaats van diëtetik in de Nederlandse gezondheidszorg (Paas & Friele, aangeboden). In het kader van dit onderzoek is in 1994 een schriftelijke enquête afgenomen bij 921 diëtisten. De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig van een subgroep van de geënquêteerde diëtisten, diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg (N=531). Hiervan waren er 223 werkzaam in ziekenhuizen, 60 werkzaam in kruiswerk-/thuiszorgorganisaties, 131 werkzaam in verpleeghuizen en 73 vrijgevestigd. De resterende 44 diëtisten waren werkzaam in overige gezondheidszorginstellingen.

Verwijzers

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de verwijzers van patiënten voor diëtetik. In de tabel staat het percentage diëtisten dat aangeeft te maken te hebben gehad met de betreffende verwijzer in het half jaar voorafgaande aan de enquête.

Tabel 3.4.: Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze verwijzer noemt¹

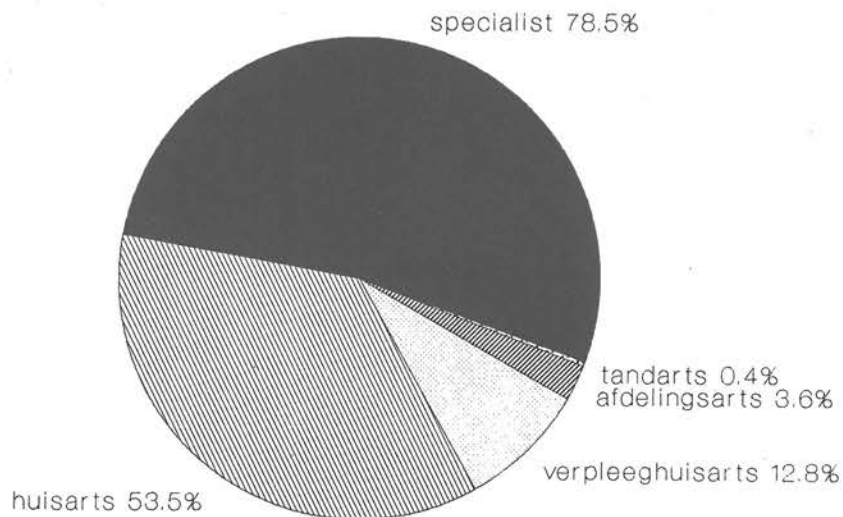
| Verwijzer | Totaal (N=531) | Ziekenhuis (N=223) | Kruiswerk (N=60) | Verpleeghuis (N=131) | Vrijgevestigd (N=73) |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Specialist | 78,5 | 97,8 | 91,7 | 64,9 | 53,4 |
| internist | 69,7 | 88,8 | 81,7 | 59,5 | 39,7 |
| cardioloog | 54,6 | 68,2 | 71,7 | 55,7 | 23,3 |
| kinderarts | 47,5 | 62,3 | 68,3 | 42,7 | 13,7 |
| alg.chirurg | 42,9 | 72,2 | 38,3 | 25,2 | 9,6 |
| gynaecoloog | 35,4 | 63,2 | 26,7 | 19,8 | 5,5 |
| neuroloog | 33,5 | 64,6 | 15,0 | 16,8 | 1,4 |
| dermatoloog | 32,8 | 49,3 | 45,0 | 23,7 | 5,5 |
| longarts | 31,6 | 59,2 | 20,0 | 13,7 | 2,7 |
| orthopeed | 26,4 | 42,6 | 30,0 | 16,8 | 4,1 |
| reumatoloog | 21,8 | 32,3 | 25,0 | 17,6 | 6,8 |
| psychiater | 21,5 | 39,0 | 11,7 | 7,6 | 6,8 |
| uroloog | 18,5 | 39,9 | 3,3 | 4,6 | 1,4 |
| allergoloog | 16,9 | 13,0 | 33,3 | 23,7 | 11,0 |
| KNO-arts | 14,7 | 29,6 | 6,7 | 4,6 | 1,4 |
| kaakchirurg | 14,3 | 32,3 | 0,0 | 0,8 | 1,4 |
| revalidatie-arts | 9,6 | 13,9 | 15,0 | 5,3 | 1,4 |
| anesthesist | 4,1 | 9,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| geriater | 2,1 | 4,9 | 9,0 | 0,0 | 0,0 |
| Huisarts | 53,5 | 11,2 | 95,0 | 76,3 | 94,5 |
| Verpleeghuisarts | 12,8 | 4,0 | 1,7 | 38,9 | 0,0 |
| Afdelingsarts | 3,6 | 4,9 | 0,0 | 0,8 | 1,4 |
| Tandarts | 0,4 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

¹ De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.
Bron: Paas & Friele (aangeboden).

Medisch specialisten blijken de belangrijkste verwijzers voor diëtisten. Dit geldt met name voor diëtisten werkzaam in ziekenhuizen en kruiswerk-/thuiszorgorganisaties. De specialisten die het meest frequent als verwijzer worden genoemd zijn de internist, de cardioloog, de kinderarts en de algemeen chirurg. Voor diëtisten werkzaam in verpleeghuizen en voor vrijgevestigde diëtisten is de huisarts de belangrijkste verwijzer. Dit geldt ook voor de diëtist werkzaam in de thuiszorg.

Figuur 3.5 is gebaseerd op tabel 3.4. De figuur geeft een beeld van het relatieve aandeel van medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen, afdelingsartsen en tandartsen in de verwijzingen gebaseerd op een gemiddelde schatting van de totale groep diëtisten.

Figuur 3.5.: Relatief aandeel van verwijzers voor diëtetiek



Bron: Paas & Friele (aangeboden).

Aanmelders

Diëtisten behandelen eveneens veel patiënten die door andere zorgverleners worden aangemeld. In tabel 3.5 staat het percentage diëtisten dat aangeeft te maken te hebben gehad met de betreffende aanmelder in het half jaar voorafgaand aan de enquête. De belangrijkste aanmelders, naast de officiële verwijzers, zijn de verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt met name voor diëtisten werkzaam in verpleeghuizen. Ook de consultatiebureau-arts wordt relatief vaak als aanmelder genoemd, vooral door diëtisten werkzaam in kruiswerk-/thuiszorgorganisaties en diëtisten werkzaam in verpleeghuizen.

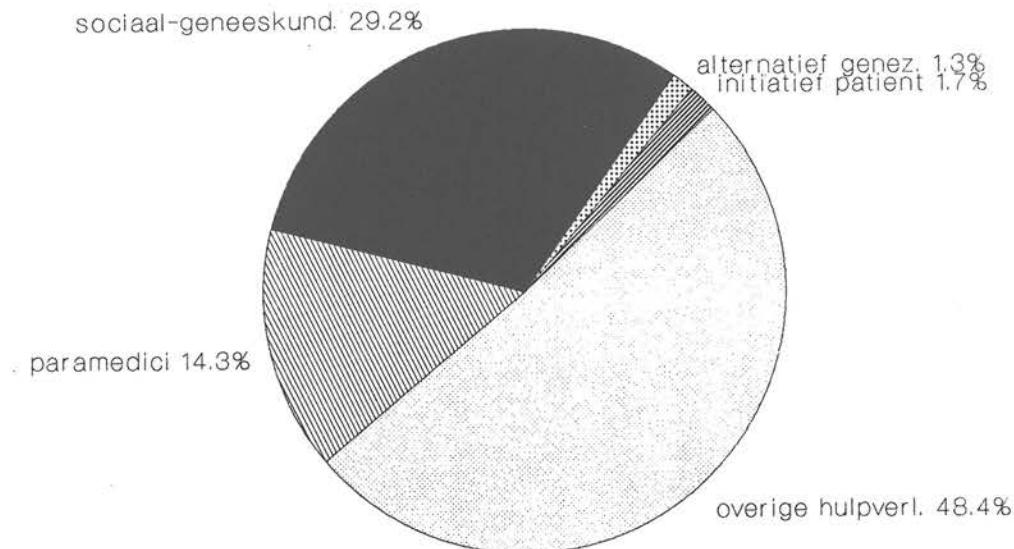
Tabel 3.5.: Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze aanmelder noemt¹

| Aanmelder | Totaal (N=531) | Ziekenhuis (N=223) | Kruiswerk (N=60) | Verpleeghuis (N=131) | Vrijgevestigd (N=73) |
|------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sociaal-geneeskundigen | 29,2 | 4,0 | 83,3 | 56,5 | 71,2 |
| consultatiebureau-arts | 24,1 | 0,9 | 83,3 | 54,2 | 6,8 |
| schoolarts | 15,8 | 0,0 | 53,3 | 35,1 | 8,2 |
| bedrijfsarts | 13,0 | 2,2 | 28,3 | 23,7 | 20,5 |
| verzekeringsarts | 2,6 | 0,9 | 6,7 | 1,5 | 8,2 |
| Paramedici | 14,3 | 6,7 | 8,3 | 21,4 | 28,8 |
| fysiotherapeut | 11,1 | 3,1 | 8,3 | 16,0 | 27,4 |
| logopedist | 5,6 | 5,4 | 0,0 | 10,7 | 0,0 |
| ergotherapeut | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 5,3 | 1,4 |
| Overige hulpverleners | 48,4 | 50,7 | 45,0 | 54,2 | 20,5 |
| verpleg./verzorging | 39,7 | 39,5 | 38,3 | 53,4 | 1,4 |
| psycholoog | 12,4 | 18,8 | 8,3 | 6,1 | 12,3 |
| ondersteunend pers. | 0,9 | 0,4 | 1,7 | 0,8 | 1,4 |
| anderen | 3,2 | 1,3 | 1,7 | 3,1 | 9,6 |
| Initiatief patiënt | 1,7 | 0,0 | 1,7 | 2,3 | 5,5 |
| Alternatief genezers | 1,3 | 0,0 | 1,7 | 1,5 | 4,1 |

¹ De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere aanmelders konden worden genoemd.
Bron: Paas & Friele (aangeboden).

Figuur 3.6 is gebaseerd op tabel 3.5. De figuur geeft een beeld van het relatieve aandeel van sociaal-geneeskundigen, paramedici, overige hulpverleners, de patiënten zelf en alternatieve genezers in de aanmelding van patiënten gebaseerd op een gemiddelde schatting van de totale groep diëtisten.

Figuur 3.6.: Relatief aandeel van aanmelders voor diëtetiek



Bron: Paas & Friele (aanboden).

3.3.4 Kenmerken van patiënten

Op dit moment is geen informatie voorhanden over de kenmerken van patiënten die bij de diëtist onder behandeling zijn. Deze informatie kan worden verkregen uit het registratie-onderzoek dat in het kader van het project naar de functie en plaats van de diëtiek in de Nederlandse gezondheidszorg op dit moment door het NIVEL wordt uitgevoerd. De resultaten zullen medio 1996 beschikbaar zijn.

3.3.5 Diagnose

Het registratie-onderzoek zal eveneens informatie opleveren over de verwijsindicatie/medische diagnose van diëtiek-patiënten en de bevindingen van de diëtist op basis van het eigen diagnostisch onderzoek.

3.3.6 Behandeling

Het registratie-onderzoek zal tevens informatie opleveren over de behandeling van patiënten door de diëtist.

3.4 Kwaliteit en doelmatigheid van diëtistische zorg

3.4.1 Kwaliteitsbeleid bij diëtistische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft een werkgroep Kwaliteit ingesteld met de opdracht een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Het voorstel voor het kwaliteitsbeleid zal begin 1996 afgerond worden. De werkgroep inventariseert welke beleidsinstrumenten inmiddels voorhanden zijn en wat nog moet worden gedaan. Over prioriteiten valt op dit moment nog weinig te zeggen.

De diëtiek beschikt nog niet over uniforme classificatiesystemen voor het classificeren van aandoeningen en therapeutische verrichtingen. Wel zijn uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers ontwikkeld.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

De eisen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn geëxpliciteerd in een beroepsprofiel, gedragsregels en een beroepscode. Er wordt daarnaast gewerkt aan een modelregeling diëtist-patiënt.

Op het gebied van **methodisch/technisch handelen** zijn algemene standaarden ontwikkeld voor dieetbehandeling (Edelbroek-Van Schaik & De Bruin, 1990; Hollands, 1990). Deze standaarden zijn een nadere uitwerking en concretisering van de taken die in het beroepsprofiel zijn vastgelegd. De standaarden vormen een algemeen raamwerk. Richtlijnen voor de inhoud van specifieke behandelingen zijn vastgelegd in protocollen. Er zijn landelijke protocollen ontwikkeld voor de behandeling van bijvoorbeeld adipositas, darmaandoeningen, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hypertensie, koemelkeiwit allergie en patiënten met nierziekten. In toenemende mate worden op regionaal of instellingsniveau protocollen ontwikkeld (Paas & Friele, 1995).

Wat de **organisatie van de beroepsuitoefening** betreft, is de NVD bezig om de kwaliteitsnormen voor een afdeling diëtetiek die binnen het Proefproject Accreditatie Ziekenhuizen (PACE) zijn ontwikkeld geschikt te maken voor implementatie in de gehele beroepsgroep. In de normen wordt gesteld wat geregeld moet zijn ten aanzien van onder andere beleid, organisatie, procesbeheersing, deskundigheidsbevordering en opleiding.

Verbetermethodes/-acties

De NVD is via overleg betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding. Men heeft bovendien criteria ontwikkeld waaraan na- en bijscholing moeten voldoen. Een overzicht van het aanbod op het gebied van na- en bijscholing wordt regelmatig gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten.

Er is in het kader van het Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg een methode voor intercollegiale toetsing voor diëtisten ontwikkeld en op experimentele wijze uitgetest (Evers, 1995a; 1995b). Aan verdere implementatie wordt gewerkt.

Behoud en borging

De NVD werkt evenals de andere paramedische beroepsgroepen aan plannen tot het instellen van een beroepsregister; plannen voor periodieke herregistratie zijn hieraan gekoppeld.

Er is een interne klachtenregeling in ontwikkeling; het tuchtrecht is niet van toepassing op diëtisten. Voor de vrijgevestigde diëtist is een landelijke klachtencommissie ingesteld.

3.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van diëtistische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de diëtetiek zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van diëtistische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a.

normering, protocollering en toetsing), en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 3.6 geeft een overzicht van het Nederlands onderzoek dat op het gebied van de diëtetiek is uitgevoerd. Er zijn 36 interventie-studies uitgevoerd. Een derde hiervan heeft betrekking op advies en voorlichting over voeding, met name voorlichting over voeding op de werkplek (bedrijfsrestaurants) en een evaluatie van een landelijke en Europese voedingscampagne. Meer specifieke voorlichtingsprogramma's zijn uitgewerkt voor diabetes patiënten, migranten en ziekenhuispatiënten. Effectiviteitsstudies (14) zijn uitgevoerd zowel met betrekking tot de gezonde populatie als met betrekking tot verschillende patiëntenpopulaties (onder anderen patiënten met een verhoogd cholesterolgehalte, diabetes patiënten, hypertensie patiënten).

De kwaliteit van de dieetbehandeling staat in 18 onderzoeksprojecten centraal. Er is een aantal projecten uitgevoerd betreffende de ontwikkeling en evaluatie van kwaliteitsinstrumenten en er zijn algemene protocollen met betrekking tot dieetbehandeling ontwikkeld. Daarnaast zijn protocollen ontwikkeld en geëvalueerd voor de behandeling van specifieke aandoeningen en is een kwaliteitsbeleid ontwikkeld.

Op het gebied van taken en functies zijn 12 onderzoeksprojecten uitgevoerd: een aantal globaal beschrijvende studies (zoals de ontwikkeling van een opleidings- en beroepsprofiel), een functie en plaats onderzoek, een inventarisatie van de beroepsuitoefening, een enquête in het werkveld en enkele meer specifieke projecten, zoals manpowerplanning voor het kruiswerk en wachtlijst problematiek.

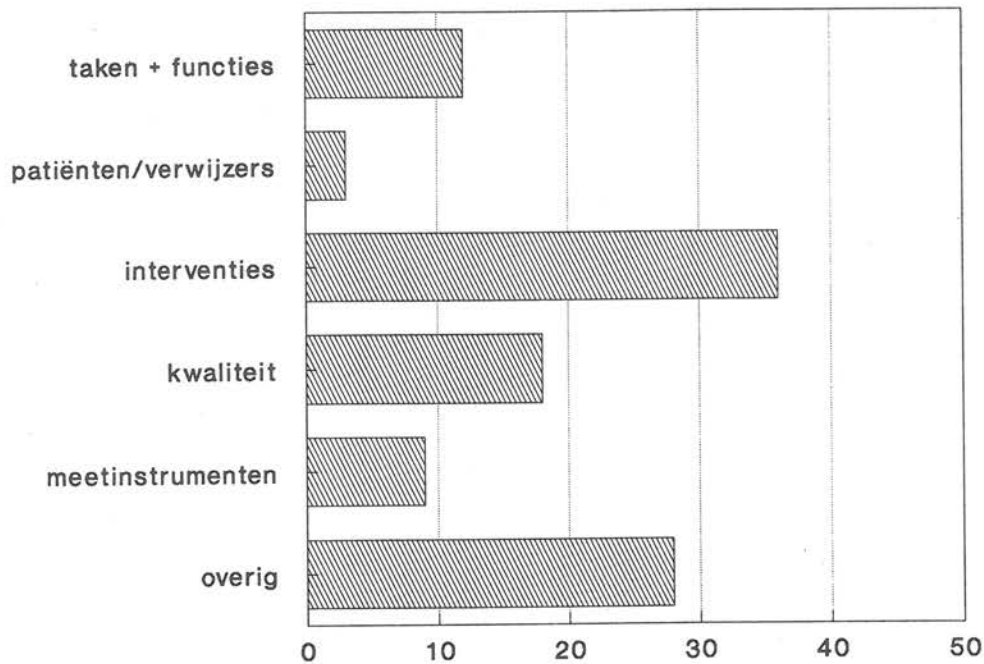
Tabel 3.6.: Aantal onderzoeken in de diëtetiek per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 12 |
| Patiënten en verwijzers | 3 |
| Interventies | 36 |
| algemeen | 6 |
| preventie, advies en voorlichting | 12 |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethoden | 4 |
| effectiviteit | 14 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 18 |
| Meetinstrumenten | 9 |
| Overig | 28 |
| Totaal | 106 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 3.7 is gebaseerd op tabel 3.6 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 3.7.: Aantal uitgevoerde onderzoeken in de diëtetiek per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

3.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de diëtetiek

Regulering en financiering

De NVD besteedt momenteel - evenals de andere paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

Het bestuur van de NVD stelt op dit moment de financiering van diëtistische zorg ter discussie. De vereniging geeft aan dat de vraag naar diëtistische zorg stijgt, terwijl - als gevolg van bezuinigingen - minder patiënten terecht kunnen bij de diëtist in de intramurale gezondheidszorg. Hierdoor en door de tendens meer patiënten in de thuiszorgsituatie te behandelen neemt de druk op de thuiszorgorganisaties toe. De noodzakelijke diëtistische zorg wordt verschoven naar compartiment 3. Gezien deze ontwikkelingen acht de NVD het wenselijk de diëtetiek als enkelvoudige verstrekking op te nemen in compartiment 2 van het zorgverzekeringsstelsel.

Aanbod van diëtistische zorg

Inzake de arbeidsmarktpositie van diëtisten lijkt momenteel het aanbod de vraag te overtreffen: er is sprake van circa 15 tot 20% werkloosheid onder diëtisten. Vooral het percentage afgestudeerden dat na afstuderen langer dan één maand werkloos is (de intrede werkloosheid) laat bij de diëtisten een sterke stijging zien over de afgelopen jaren (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Vraag naar diëtistische zorg

Momenteel wordt door het NIVEL een onderzoek naar de functie en plaats van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg uitgevoerd. Naar verwachting zal dit project medio 1996 worden afgerond. Dit onderzoeksproject zal informatie opleveren omtrent het gebruik van diëtistische zorg in Nederland: welke plaats heeft de diëtist binnen de gezondheidszorg, wat zijn de taken van de diëtist en welke interventies worden toegepast, welke patiënten gaan naar de diëtist, etcetera.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. In opdracht van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren.

Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

De NVD heeft een werkgroep Kwaliteit ingesteld. Een van de belangrijkste inspanningen van deze werkgroep is het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid. Een van de belangrijkste inspanningen van de NVD zal de opzet van een uniforme registratie betreffen, zodat de verrichtingen van de diëtist kunnen worden vastgelegd. Dit is tot op heden niet gelukt in verband met het ontbreken van een goede classificatie van aandoeningen en therapeutische verrichtingen. Het opstellen van een goede classificatie heeft dan ook hoge prioriteit bij de beroepsvereniging.

4 ERGOTHERAPIE

4.1 Inleiding

4.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Ergotherapie is gericht op mensen die niet goed meer kunnen functioneren in woon-, leef- en werkomgeving met als doel dit functioneren te verbeteren. Het is een therapievorm die zich richt op revalidering, reactivering en resocialisering. Volgens het Ergotherapeutenbesluit wordt onder het beroep ergotherapeut verstaan, het beroepsmatig en met een geneeskundig doel:

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

Het beroep wordt uitgeoefend ingevolge een verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige (Ergotherapeutenbesluit, 1981).

Taken van de ergotherapeut

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

De werkwijze van de ergotherapeut bestaat uit drie fasen: de exploratieve fase, de therapiefase en de evaluatiefase (Beroepsprofiel ergotherapeut, 1992).

In de exploratieve fase wordt het probleem gedefinieerd, worden de therapiedoelen vastgesteld en wordt een therapieplan gemaakt. Hiertoe wordt op systematische wijze informatie verzameld over de functies en vaardigheden van de patiënt (motorisch, sensorisch, cognitief, intra- en interpersoonlijk), over zijn handelen in activiteitengebieden (zelfredzaamheid, produktiviteit, ontspanning) en over zijn functioneren in zijn leef-, woon- en werkomstandigheden (samenleving). Op basis van deze informatie worden de therapiedoelen bepaald en wel zodanig dat de veranderingen te toetsen zijn voor zowel de ergotherapeut als de hulpvrager. Bij het opstellen van het therapieplan wordt een hiërarchie in de therapiedoelen aangebracht.

De fase die volgt op de exploratieve fase is de therapiefase. De therapiefase kan gericht zijn op bijvoorbeeld (het oefenen van) zelfverzorgingsactiviteiten, huishoudelijke activiteiten, arbeidsactiviteiten, handvaardigheidsactiviteiten, communicatie, etc. In de therapiefase kunnen zowel functies en vaardigheden geoefend en getraind worden, terwijl de patiënt ook kan worden geleerd gebruik te maken van aanpassingen (zowel aan bijvoorbeeld gebruiksvoorwerpen en vervoermiddelen als in de bebouwde omgeving), orthesen, rolstoelen en dergelijke. Het geven van informatie, instructie, inzicht en advies is onderdeel van de therapie.

De behandeling wordt afgesloten met de evaluatiefase. In de evaluatiefase wordt het behaalde resultaat vastgesteld in relatie tot de gestelde doelen. De evaluatie kan ge-

richt zijn op het afronden van de behandeling of op het vervolgen van de behandeling en eventuele bijstelling van het therapieplan. De evaluatieprocedures zullen zowel met de hulpvrager en de direct betrokkenen plaatsvinden, alsook met het behandelteam en, indien noodzakelijk, met de betrokken instanties.

Vormen van ergotherapeutische zorg c.q. zorgprodukten

Uit bovengenoemde taken en functies van de ergotherapeut zijn de zorgvormen c.q. produkten af te leiden. Een omschrijving van zorgprodukten is een prioriteit in het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE).

De meest frequent voorkomende vorm van ergotherapie is individuele behandeling en advies, vaak als onderdeel van het behandelprogramma in de instelling. Advisering, voorlichting en consultatie worden ook gegeven zonder dat behandeling plaatsvindt (bijvoorbeeld omtrent woningaanpassingen). Groepsbehandeling komt minder frequent voor.

In de extramurale ergotherapie worden incidenteel produktomschrijvingen gemaakt, zoals bij de Stichting Kruiswerk Amsterdam (Molkenboer, Boomgaard & Marijen, 1994). Deze omschrijvingen hebben geen landelijk draagvlak. Ter illustratie vermelden we deze - in globale termen omschreven - produktomschrijvingen:

- groepsvoorlichting en -training (leren omgaan met rugklachten);
- individuele informatie, voorlichting en advies (bijvoorbeeld omtrent aanpassingen en orthesen);
- eenmalig consult (omtrent aanpassingen, reactivering of ADL-ondersteuning);
- verzorging/verpleging (bijvoorbeeld decubituspreventie/verzorging, reactivering of ADL-ondersteuning);
- behandeling (bijvoorbeeld zelfredzaamheid, huishouden, arbeid etc.);
- screening (neuropsychologische functies).

In de ergotherapie wordt de term 'behandelprogramma' gebruikt om het doel van de therapie aan te duiden: bijvoorbeeld preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, onderhoud en behoud van gezondheid. Deze programma's zijn als het ware meta-doelen voor het uitgangspunt van de therapie (Driessen & Dekker, 1994).

4.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van ergotherapeut is in 1981 opgenomen in de Wet op de Paramedische Beroepen en wettelijk erkend (Ergotherapeutenbesluit, Stb. 569). De bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep van ergotherapeut wordt verleend aan degene die met gunstig gevolg het betreffende examen aflegt, geheimhouding belooft en zich heeft laten registreren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze bevoegdheid geeft het recht de titel ergotherapeut te voeren. Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: ergotherapeuten behandelen 'ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige'.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van ergotherapeut geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Voor de ergotherapeut geldt dat het deskundigheidsgebied het oude terrein van de Wet op de Paramedische Beroepen zal omvatten, uitgebreid met advisering, voorlichting en instructie aan (individuele) personen. Er zullen tevens opleidingseisen worden gesteld

aan de hbo-opleiding tot ergotherapeut. In de amvb staan onder andere genoemd het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

De invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) per 1 april 1994 heeft invloed gehad op de ergotherapie. Veel ergotherapeuten zijn in dienst van gemeenten getreden als adviseur in het kader van deze wettelijke regeling. Ook werd vanuit verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en vrijgevestigde praktijken door afdelingen ergotherapie een praktijk voor advisering in het kader van de WVG gestart. Er wordt inmiddels een post-HBO cursus verzorgd waarin de ergotherapeut als adviseur inzake de Wet WVG centraal staat (NVE, 1994).

Financiering

Ergotherapie wordt - op een aantal uitzonderingen na - vergoed als de behandeling geïntegreerd is in andere verstrekkingen, in het kader van een geïntegreerd behandelplan. De integratie kan gerealiseerd zijn in klinische zorg of niet-klinische zorg (dagbehandeling). Als enkelvoudige verstrekking kan ergotherapie intramuraal in revalidatiecentra vergoed worden. Verder is er een groeiend aantal projecten - met name in verpleeghuizen - waarin enkelvoudige ergotherapie in het kader van consultatie en substitutie geleverd wordt. Enkele verzekeraars zijn inmiddels bereid ergotherapie te vergoeden. Financiering vindt tenslotte ook plaats uit eigen middelen van het kruiswerk (Driessen & Dekker, 1994). Behandeling door de ergotherapeut in de thuissituatie vindt slechts incidenteel plaats. De doelmatigheid van de zorg zal echter bevorderd kunnen worden als de ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket wordt opgenomen. Om dit mogelijk te maken wordt medio 1996 de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' ingevoerd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995b).

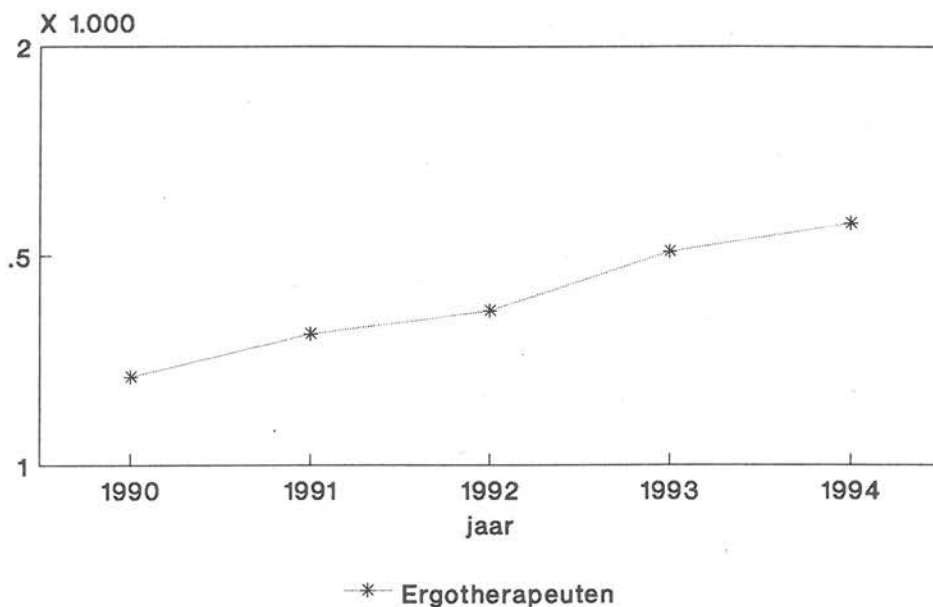
4.2 Aanbod van ergotherapeutische zorg

4.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal ergotherapeuten

Het aantal gekwalificeerde ergotherapeuten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedraagt per 31 december 1994 in totaal 2.413 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal werkzame leden van de NVE is sinds 1990 toegenomen van 847 tot 1.103 in 1994. Het aantal werkzame ergotherapeuten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt per 31 december 1994 1.576. In figuur 4.1 is de ontwikkeling van het aantal werkzame ergotherapeuten vanaf 1990 weergegeven.

Figuur 4.1.: Ontwikkeling van het aantal werkzame ergotherapeuten (1990-1994)



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Werkveld

Ergotherapeuten zijn werkzaam in verschillende werkvelden, zoals blijkt uit tabel 4.1. Het aandeel ergotherapeuten werkzaam in de intramurale gezondheidszorg bedraagt 74% van het totaal. Intramuraal werken ergotherapeuten in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en zwakzinnigeninstituten. Bijna 12% van alle ergotherapeuten werkt extramuraal. Dit betreft vrijgevestigde ergotherapeuten en ergotherapeuten werkzaam op dagverblijven, activiteitencentra en centra voor blinden en slechtzienden. Ergotherapeuten werkzaam in het onderwijs (5%) zijn verbonden aan mytyl/tytyl scholen of scholen voor speciaal onderwijs en de opleidingen ergotherapie. De categorie overig bevat 10% van alle ergotherapeuten.

Tabel 4.1.: Relatieve verdeling van het aantal werkzame ergotherapeuten¹ naar werkplekken, per 31 december 1994

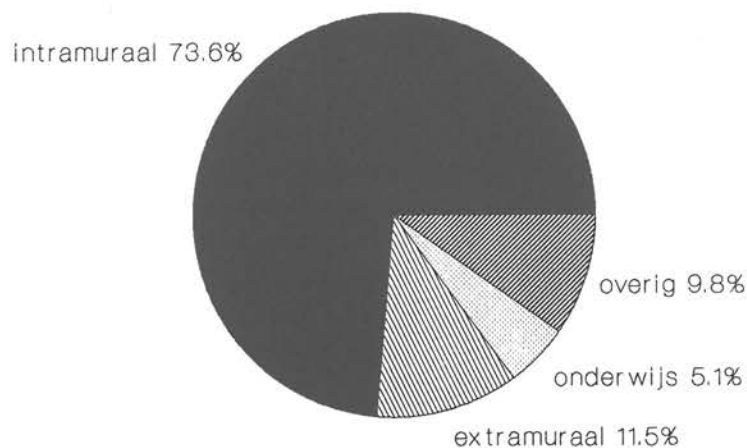
| Sector | Werkplekken % |
|--|---------------|
| Intramuraal | |
| - verpleeghuizen | 30,2 |
| - revalidatiecentra | 21,2 |
| - ziekenhuizen | 16,0 |
| - psychiatrische instellingen | 3,4 |
| - zwakzinnigeninstituten | 2,9 |
| Extramuraal | |
| - vrijgevestigd | 3,3 |
| - dagverblijf/activiteitencentrum | 3,0 |
| - centrum voor blinden/slechtzienden | 1,1 |
| - overig | 4,2 |
| Onderwijs | |
| - mytyl/tytyschool of speciaal onderwijs | 2,8 |
| - docent opleiding ergotherapie | 2,3 |
| Overig | 9,7 |
| Totaal | 100,0 |

¹ Leden NVE.

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

In figuur 4.2 is de verdeling van het belangrijkste werkveld van de ergotherapeut weergegeven.

Figuur 4.2.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van ergotherapeuten (op basis van het meeste aantal uren werkzaam), per 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

4.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

Het beroep van ergotherapeut wordt grotendeels door vrouwen uitgeoefend. Van het totaal aantal ergotherapeuten is circa 92% vrouw.

Leeftijd

In tabel 4.2 is de leeftijdsverdeling van de werkzame ergotherapeuten weergegeven. De beroepsgroep ergotherapeuten heeft een relatief jonge leeftijdsopbouw. Van de totale groep werkzame ergotherapeuten is 75% jonger dan 40 jaar. Slechts 1% is ouder dan 55 jaar.

Tabel 4.2.: Leeftijdsverdeling van werkzame ergotherapeuten¹ per 31 december 1994

| Leeftijd | abs | % |
|----------|-------|-------|
| < 25 | 168 | 15,2 |
| 25-29 | 259 | 23,5 |
| 30-34 | 241 | 21,8 |
| 35-39 | 160 | 14,5 |
| 40-44 | 161 | 14,6 |
| 45-49 | 71 | 6,4 |
| 50-54 | 31 | 2,8 |
| 55-59 | 5 | 0,5 |
| 59-64 | 3 | 0,3 |
| > 64 | 4 | 0,4 |
| Totaal | 1.103 | 100,0 |

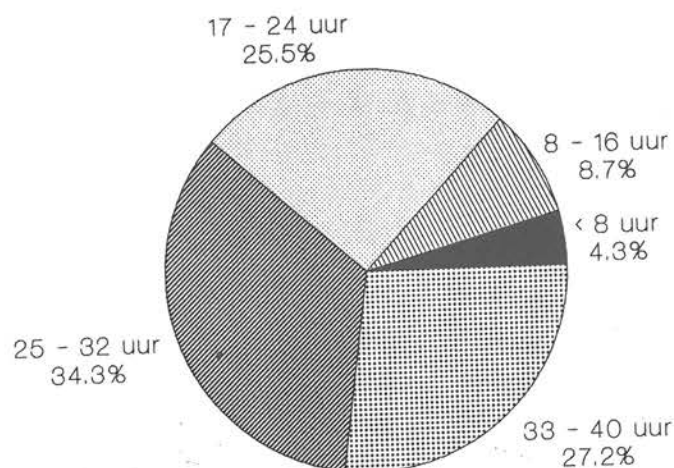
¹ Leden NVE.

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Uren per week naar functie

De gemiddelde omvang van de werkweek van werkzame ergotherapeuten is gebaseerd op het ledenbestand van de NVE. Negentien procent van de werkzame ergotherapeuten werkt gemiddeld minder dan 20 uur (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Een nadere uitsplitsing in uren per week is weergegeven in figuur 4.3.

Figuur 4.3.: Relatieve verdeling van het aantal uren dat ergotherapeuten per week werken, per 1 januari 1992



Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

Uit het onderzoek van Driessen en Dekker (1994) blijkt dat de gemiddelde duur van de werkweek 29 uur bedraagt. Het grootste deel van de ergotherapeuten (34%) is tussen de 25 en 32 uur per week werkzaam. Er blijken grote verschillen te zijn tussen het gemiddeld aantal uren per week naar werkveld. In tabel 4.3 is te zien dat de gemiddelde werkweek in revalidatiecentra 33 uur bedraagt, terwijl de werkweek in de zwakzinnigzorg 19 uur bedraagt.

Tabel 4.3.: Gemiddeld aantal werkuren per ergotherapeut naar werkveld per 1 januari 1992

| Werkveld | Uren per week |
|---------------------------------------|---------------|
| Verpleeghuizen ¹ | 27,3 |
| Revalidatiecentra | 33,3 |
| Ziekenhuizen | 28,9 |
| Psychiatrische instellingen | 29,2 |
| Eerste lijn | 30,8 |
| Zwakzinnigzorg | 19,1 |
| Scholen | 23,7 |
| Centrum voor blinden en slechtzienden | 27,3 |
| Overig | 31,8 |
| Totaal (gemiddeld) | 29,0 |

¹ Hieronder vallen ook de psychogeriatrische afdelingen.
Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

Van de werkzame leden van de NVE werkt 18,5% minder dan 20 uur per week; de rest werkt 20 uur per week of meer (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

4.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

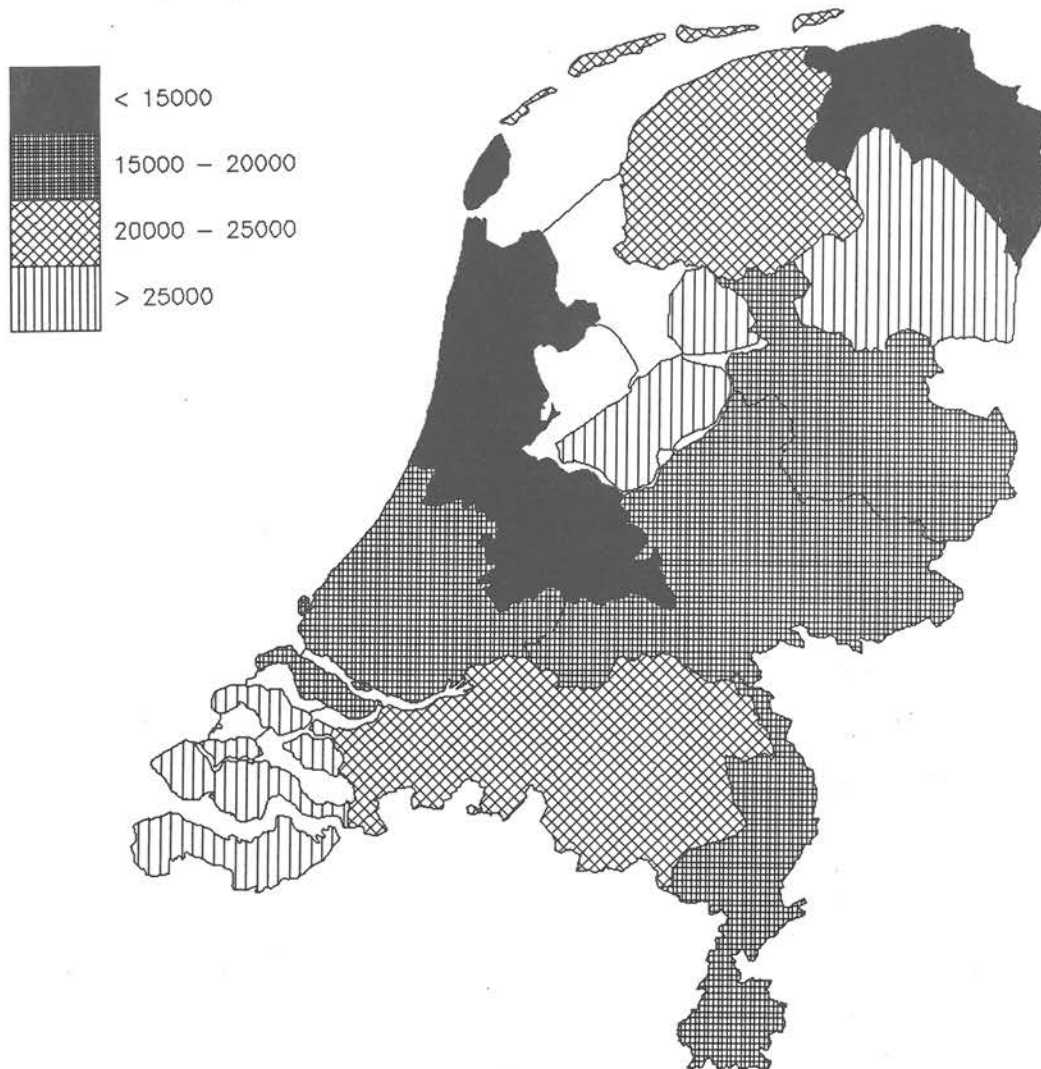
Er zijn geen gegevens omtrent het totaal aantal werkzame ergotherapeuten per provincie. Voor gegevens over spreiding kan alleen gebruik worden gemaakt van het ledenbestand van de NVE. Dit betekent dat het aantal inwoners per ergotherapeut per provincie niet de werkelijke waarde weergeeft. Het gaat dus voornamelijk om verschillen tussen de provincies. In tabel 4.4 is te zien dat Drenthe, Flevoland, Zeeland en Friesland het hoogste aantal inwoners per ergotherapeut hebben. Noord-Holland is de provincie met het laagste aantal inwoners per ergotherapeut.

Tabel 4.4.: Aantal inwoners per werkzame ergotherapeut¹ naar provincie, per 1 januari 1993

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal ergotherapeuten | Aantal inwoners per ergotherapeut |
|---------------|-----------------|------------------------|-----------------------------------|
| Groningen | 555.397 | 43 | 12.916 |
| Friesland | 603.998 | 27 | 22.370 |
| Drenthe | 448.526 | 13 | 34.481 |
| Overijssel | 1.039.083 | 53 | 19.605 |
| Flevoland | 243.441 | 5 | 48.688 |
| Gelderland | 1.839.883 | 118 | 15.592 |
| Utrecht | 1.047.035 | 73 | 14.343 |
| Noord-Holland | 2.440.165 | 239 | 10.210 |
| Zuid-Holland | 3.295.525 | 179 | 18.411 |
| Zeeland | 361.195 | 13 | 27.784 |
| Noord-Brabant | 2.243.546 | 106 | 21.166 |
| Limburg | 1.119.942 | 57 | 19.648 |
| Nederland | 15.237.463 | 926 | 16.455 |

¹ Leden NVE; van 32 ergotherapeuten is het werkadres onbekend.
Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

Figuur 4.4.: Aantal inwoners per werkzame ergotherapeut (leden NVE) per provincie per 1 januari 1993



Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

4.3 Vraag naar ergotherapeutische zorg

De gegevens over het gebruik van ergotherapeutische zorg zijn voornamelijk afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Driessen & Dekker, 1994). In het kader van dit onderzoek heeft een registratie plaatsgevonden van behandelingen bij patiënten van 15 jaar en ouder die werden verwezen voor ergotherapie. De registratie vond plaats van januari 1992 tot maart 1993 door 143 ergotherapeuten werkzaam bij 49 ergotherapie-afdelingen. De gegevens zijn afkomstig van ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen (N=944 somatische patiënten) en van ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen (N=107 psychiatrische patiënten).

In het kader van het functie en plaats-onderzoek is in 1991 tevens een enquête afgenomen onder 264 ergotherapeuten werkzaam in Nederland (78% leden van de NVE en 22% niet-leden).

4.3.1 Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de ergotherapeutische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

4.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met ergotherapeut

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van ergotherapeutische zorg.

Omvang van behandeling

Informatie over de omvang van de behandeling is afkomstig uit het project van de Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK), waarin ergotherapie als onderdeel van het zorgpakket van het kruiswerk in Amsterdam is uitgetoetst. Ten behoeve van de evaluatie van dit experiment is in 1993 een evaluatie-onderzoek uitgevoerd (Driessen, Dekker & Abrahamse, 1994). Deze gegevens hebben dus betrekking op **extramuraal** ergotherapie en zeggen niets over de omvang van de behandeling in de (meer voorkomende) intramuraal ergotherapie.

Tabel 4.5 geeft een frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling. Ruim driekwart van de ergotherapie-behandelingen uitgevoerd door het SAK bestaat uit ten hoogste vijf zittingen. Behandelingen bestaande uit meer dan tien zittingen komen sporadisch voor. Het gemiddeld aantal zittingen per behandeling is 4,2.

Tabel 4.5.: Aantal zittingen per ergotherapie-behandeling in het kruiswerk (N=419)

| Aantal zittingen | Percentage behandelingen |
|------------------|--------------------------|
| 1 | 14,1 |
| 2 | 18,9 |
| 3 | 18,4 |
| 4 | 19,6 |
| 5 | 10,7 |
| 6 t/m 10 | 17,1 |
| > 10 | 6,2 |

Bron: Driessen, Dekker & Abrahamse (1994).

Periode van behandeling

De gemiddelde periode van de behandelingen van **somatische** patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen) is 10 weken (standaarddeviatie 9 weken) met een minimumlengte van een week en een maximumlengte van 55 weken.

In het algemeen wordt de omvang, duur of periode van behandeling niet door de verwijzer voorgeschreven.

4.3.3 Verwijzing

Verwijzers

Uit het registratie-onderzoek van het functie en plaatsproject blijkt dat ergotherapeuten te maken hebben met verschillende verwijzers afhankelijk van hun werkkring. Bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen wordt 68,1% van de patiënten verwezen door de verpleeghuisarts en 16,9% door de huisarts. Bij ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra wordt het overgrote deel van de patiënten (85,8%) verwezen door de revalidatie-arts. De ergotherapeuten werkzaam in algemene ziekenhuizen krijgen hun patiënten verwezen door de revalidatie-arts (54,6% van de patiënten), de neuroloog (17,6%) en de reumatoloog (7,8%). Bij ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen wordt 56,2% van de patiënten verwezen door de psychiater en wordt ongeveer 40% niet verwezen, maar aangemeld door bijvoorbeeld een verpleegkundige of groepsleider.

Tabel 4.6 is gebaseerd op het enquête-onderzoek onder 264 ergotherapeuten. Ruim de helft van de ergotherapeuten noemt de revalidatie-arts als verwijzer van patiënten in het afgelopen half jaar; ruim een derde noemt eveneens de verpleeghuisarts en de huisarts als verwijzers. Ruim 15% van de ergotherapeuten geeft bovendien aan dat niet altijd sprake is van een verwijzer, omdat ergotherapie onderdeel uitmaakt van een groeps- of afdelingsprogramma.

Tabel 4.6.: Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt (N=264)

| Verwijzer | Percentage ¹ |
|---|-------------------------|
| Revalidatie-arts | 53,0 |
| Verpleeghuisarts | 36,4 |
| Huisarts | 36,0 |
| Neuroloog | 14,0 |
| Reumatoloog | 12,5 |
| (Plastisch) chirurg | 11,4 |
| Orthopeed | 9,1 |
| Kinderarts | 8,0 |
| Psychiater | 7,6 |
| Schoolarts | 3,4 |
| Overig eerste lijn | 2,5 |
| Overig tweede lijn | 0,5 |
| Niet van toepassing (ergotherapie is onderdeel van groeps-/afdelingsprogramma) | 15,2 |

¹ De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.
Bron: Driessen & Dekker, 1994.

Aanmelders

In de enquête is ook gevraagd naar de personen die de patiënten bij de ergotherapeut aanmelden. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor een ergotherapeutische behandeling.

Het grootste deel van de ergotherapeuten noemt aanmelders die werkzaam zijn in de tweede lijn. Belangrijke aanmelders uit de tweede lijn zijn met name de fysiotherapeut (genoemd door 30% van de ergotherapeuten) en de verpleging (23%). Bijna de helft van de ergotherapeuten noemt eveneens aanmelders uit de eerste lijn. De meest genoemde aanmelders uit de eerste lijn zijn de (wijk-)verpleging (24%) en de huisarts (13%). Daarnaast is expliciet gevraagd naar de psycholoog en orthopedagoog als aan-

melders; deze worden door respectievelijk 16% en 10% van de ergotherapeuten vermeld.

Tabel 4.7.: Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze aanmelder noemt (N=264)

| Aanmelder | Percentage ¹ |
|------------------------|-------------------------|
| psycholoog | 15,5 |
| orthopedagoog | 10,2 |
| aanmelders eerste lijn | 47,0 |
| aanmelders tweede lijn | 61,4 |

¹ De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere aanmelders konden worden genoemd. Bron: Driessen & Dekker, 1994.

4.3.4 Kenmerken van patiënten

In tabel 4.8 staan de kenmerken van ergotherapie-patiënten vermeld. Daarbij is een uitsplitsing gemaakt in somatische patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen) en psychiatrische patiënten (patiënten onder behandeling bij ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen).

Uit deze tabel komt naar voren dat meer vrouwen dan mannen onder behandeling zijn van een ergotherapeut. De leeftijd van de patiënten verschilt sterk, afhankelijk van de instelling waar de ergotherapeut werkzaam is; patiënten die behandeld worden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen zijn veel ouder dan patiënten van ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen. Omdat het registratieonderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van 15 jaar en ouder, geven de gegevens over de leeftijd van patiënten niet een volledig beeld. Ook kinderen behoren tot de patiëntengroep van ergotherapeuten. De meeste patiënten zijn ziekenfondsverzekerd. Dit geldt in nog sterkere mate voor de psychiatrische patiënten. Ruim de helft van alle patiënten verblijft ten tijde van de behandeling in een instelling. Er zijn aanzienlijke verschillen in de beroepsstatus van somatische en psychiatrische ergotherapie-patiënten. Van de somatische patiënten is 43% gepensioneerd, 20% is huisvrouw/-man en 18% heeft een baan. Daarnaast is 13% arbeidsongeschikt. Het percentage arbeidsongeschikten is bij de psychiatrische patiënten veel hoger (47%). Daarnaast is 14% werkloos en 11% nog schoolgaand of studierend. De percentages huisvrouwen en mensen met een betaalde baan zijn bij deze groep dus lager.

Tabel 4.8.: Kenmerken van patiënten onder ergotherapeutische behandeling

| | Somatische patiënten (N=944) | Psychiatrische patiënten (N=107) |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| Geslacht (%) | | |
| man | 40,3 | 40,2 |
| vrouw | 59,7 | 59,8 |
| Leeftijd (%) | | |
| 15 - 24 | 4,7 | 17,8 |
| 25 - 34 | 7,7 | 28,0 |
| 35 - 44 | 9,8 | 26,2 |
| 45 - 54 | 11,5 | 17,8 |
| 55 - 64 | 14,8 | 4,7 |
| 65 - 74 | 20,7 | 4,7 |
| ≥ 75 | 30,9 | 0,9 |
| Verzekeringsvorm (%) | | |
| ziekenfonds | 76,1 | 86,9 |
| particulier | 23,7 | 13,1 |
| niet verzekerd | 0,2 | - |
| Woonvorm¹ (%) | | |
| thuis | 43,8 | 47,7 |
| idem met spec. voorzieningen | 2,1 | - |
| verzorgingstehuis | 6,4 | - |
| verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg | 24,1 | 16,8 |
| revalidatiecentrum, ziekenhuis | 21,8 | 1,9 |
| beschermde woonvorm | 0,3 | 31,8 |
| anders | 1,4 | 1,9 |
| Beroepsstatus (%) | | |
| scholier/student | 1,8 | 11,3 |
| huisvrouw/-man | 19,9 | 9,4 |
| werkend (baan) | 18,3 | 12,3 |
| werkloos | 0,4 | 14,2 |
| gepensioneerd | 43,4 | 3,8 |
| arbeidsongeschikt | 12,8 | 47,2 |
| anders | 3,3 | 1,9 |

¹ Woonvorm tijdens behandelperiode.
Bron: Driessen & Dekker, 1994.

4.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

Bij patiënten die behandeld worden in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen is de medische diagnose geclassificeerd volgens de ICD-10-CM (WHO, 1990). Bij de psychiatrische patiënten is de psychiatrische diagnose geclassificeerd volgens de DSM-3-R (American Psychiatric Association, 1987).

De meest voorkomende diagnoses bij somatische patiënten behoren tot de categorie ziekten van het hart- en vaatstelsel (32% van de patiënten). Bij ruim 20% van de somatische patiënten is een diagnose behorend tot de categorie ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel vastgesteld.

De meest voorkomende psychiatrische diagnoses van patiënten onder ergotherapeutische behandeling zijn schizofrenie (36% van de patiënten) en depressieve stoornissen (23%).

Tabel 4.9.: Medische of psychiatrische diagnose van patiënten onder ergotherapeutische behandeling

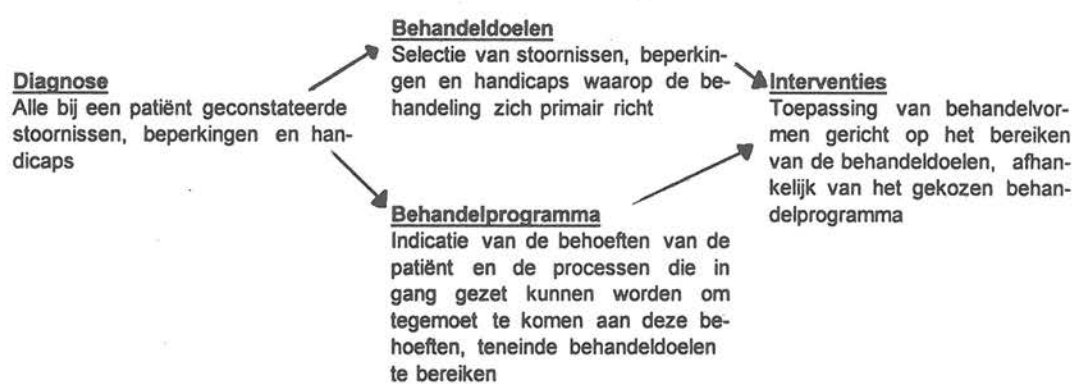
| | Percentage patiënten |
|--|----------------------|
| Medische diagnose (N=944) | |
| ziekten van hart- en vaatstelsel (9 ¹) | 31,7 |
| ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (13) | 21,4 |
| ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (7) | 16,7 |
| ongevalsletsels en vergiftigingen (19,20) | 16,5 |
| andere (1,2,3,4,5,6,8,10,12,17,18) | 10,3 |
| geen diagnose | 3,4 |
| Totaal | 100,0 |
| Psychiatrische diagnose (N=107) | |
| schizofrenie | 36,4 |
| depressieve stoornissen | 23,4 |
| psychotische stoornissen | 10,3 |
| persoonlijkheidsstoornissen | 8,4 |
| andere | 18,7 |
| geen diagnose | 2,8 |
| Totaal | 100,0 |

¹ Nummers verwijzen naar de hoofdstukken in de ICD-10-CM.
Bron: Driessen & Dekker, 1994.

Diagnostische bevindingen van de ergotherapeut

Ergotherapeuten baseren hun behandelplan niet uitsluitend op de medische diagnose of verwijzindicatie, maar verrichten zelf eveneens diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de ergotherapeut, de geselecteerde behandeldoelen en behandelprogramma's en de toegepaste interventies zijn in figuur 4.5 weergegeven.

Figuur 4.5.: De relatie tussen diagnostische bevindingen, behandeldoelen, behandelprogramma's en interventies.



Bron: Driessen & Dekker, 1994.

De diagnostische bevindingen van de ergotherapeut zijn geregistreerd op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps. Tabel 4.10 geeft een overzicht van de ge-diagnostiseerde items.

Uit de tabel blijkt dat ergotherapeuten zowel stoornissen, beperkingen als handicaps diagnostiseren. De meest voorkomende diagnostische bevindingen bij somatische patiënten (gediagnostiseerd bij meer dan 70% van de patiënten) zijn motorische stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen, beperkingen in de persoonlijke verzorging, beperkingen in het huishouden en handicap in mobiliteit. Bij psychiatrische patiënten zijn de meest voorkomende diagnostische bevindingen (gediagnostiseerd bij meer dan 70% van de patiënten): intrapersoonlijke stoornissen, beperkingen in basisvaardigheden, beperkingen in uithoudingsvermogen, beperkingen in tijdsbesteding, relatiebeperkingen, handicap in sociale rol, handicap in beroepsrol en handicap in gezins/familierol.

Tabel 4.10.: Stoornissen, beperkingen en handicaps bij ergotherapie-patiënten

| | Percentage somatische patiënten (N=944) | Percentage psychiatrische patiënten (N=107) |
|--------------------------|--|--|
| Stoornissen | | |
| motorisch | 94,1 | 24,3 |
| sensorisch | 68,3 | 18,7 |
| cognitief | 35,3 | 67,3 |
| intrapersoonlijk | 34,3 | 98,1 |
| andere stoornissen | 0,4 | 0,0 |
| Beperkingen | | |
| basisvaardigheden | 84,2 | 98,1 |
| communicatie | 47,2 | 43,0 |
| uithoudingsvermogen | 65,4 | 77,6 |
| verplaatsen/voortbewegen | 78,4 | 19,6 |
| persoonlijke verzorging | 73,6 | 33,6 |
| huishouden | 74,3 | 60,7 |
| vaardigheidsbeperkingen | 52,0 | 29,0 |
| tijdsbesteding | 63,5 | 81,3 |
| relatie | 27,9 | 86,0 |
| Handicaps | | |
| rol van zelfverzorger | 61,0 | 59,8 |
| mobiliteit | 75,5 | 34,6 |
| sociale rol | 49,0 | 92,5 |
| beroepsrol | 66,6 | 83,2 |
| gezins/familierol | 38,9 | 78,5 |

Bron: Driessen & Dekker, 1994.

4.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

De behandeldoelen zijn eveneens op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps geregistreerd. Het gaat daarbij om een verbetering in het functioneren met betrekking tot deze stoornissen, beperkingen en handicaps. In tabel 4.11 staan de gekozen behandeldoelen vermeld.

Bij somatische patiënten worden motorische stoornissen, beperkingen in verplaatsen en voortbewegen en beperkingen in de persoonlijke verzorging het meest frequent als behandeldoelen gekozen. Bij psychiatrische patiënten worden intrapersoonlijke stoornissen, beperkingen in uithoudingsvermogen, beperkingen in tijdsbesteding, relatiebeperkingen, handicap in sociale rol, handicap in beroepsrol en handicap in gezins/familierol het meest frequent als behandeldoelen gekozen.

nissen, beperkingen in tijdsbesteding en handicaps in de sociale rol en beroepsrol het meest frequent als behandeldoelen gekozen.

Tabel 4.11.: Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps, in de ergotherapeutische zorg

| | Percentage ¹ somatische patiënten (N=944) | Percentage ¹ psychiatrische patiënten (N=107) |
|--------------------------|---|---|
| Stoornissen | | |
| motorisch | 48,3 | 5,6 |
| sensorisch | 15,4 | 1,9 |
| cognitief | 14,0 | 34,6 |
| intrapersoonlijk | 5,5 | 55,1 |
| andere stoornissen | 2,0 | 4,7 |
| Beperkingen | | |
| basisvaardigheden | 31,8 | 72,0 |
| communicatie | 8,2 | 4,7 |
| uithoudingsvermogen | 14,4 | 20,6 |
| verplaatsen/voortbewegen | 41,2 | 1,9 |
| persoonlijke verzorging | 48,4 | 12,1 |
| huishouden | 35,2 | 15,0 |
| vaardigheidsbeperkingen | 12,3 | 7,5 |
| tijdsbesteding | 20,3 | 51,4 |
| relatie | 0,6 | 25,2 |
| Handicaps | | |
| rol van zelfverzorger | 24,3 | 18,7 |
| mobiliteit | 26,0 | 2,8 |
| sociale rol | 5,9 | 45,8 |
| beroepsrol | 19,3 | 47,7 |
| gezins/familierol | 4,7 | 9,3 |

¹ De som van de percentages is groter dan 100, omdat per patiënt meerdere behandeldoelen konden worden genoemd.

Bron: Driessen & Dekker, 1994.

Interventies

Ergotherapeuten kunnen verschillende interventies toepassen teneinde hun behandeldoelen te bereiken. In tabel 4.12 staan de interventies vermeld die worden toegepast door ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen. De tabel geeft aan bij welk deel van de patiënten een interventie is toegepast en welk aandeel een interventie heeft in het totaal van de toegepaste interventies.

Bij de helft van de patiënten worden activiteiten met betrekking tot zelfverzorging uitgevoerd en worden adviezen gegeven over hulpmiddelen. Deze interventies vormen elk ongeveer 14% van het totaal van toegepaste interventies. Andere interventies die relatief vaak (bij meer dan 30% van de patiënten) worden toegepast zijn: activiteiten met betrekking tot huishouden en verplaatsen/vervoer en advies of instructie over zitten en staan.

Tabel 4.12.: Ergotherapeutische interventies, het percentage somatische patiënten waarbij de interventie is toegepast en het aandeel dat de interventie heeft in het totaal van toegepaste interventies bij somatische patiënten

| Interventie | Percentage ¹ patiënten (N=944) | Percentage van alle interventies (N=3252) |
|--------------------------|---|---|
| Activiteiten | | |
| Zelfverzorging | 50,0 | 14,5 |
| Huishouden | 39,7 | 11,5 |
| Tijdsbesteding | 20,3 | 5,9 |
| Handvaardigheid | 12,5 | 3,6 |
| Verplaatsen/vervoer | 36,2 | 10,5 |
| Spel | 25,8 | 7,5 |
| Arbeid | 11,5 | 3,4 |
| Communicatie | 5,8 | 1,7 |
| Advies/instructie | | |
| Zitten/staan | 35,5 | 10,3 |
| Hulpmiddelen | 48,8 | 14,2 |
| (Woning)aanpassingen | 25,6 | 7,4 |
| Groepsbehandeling | | |
| Taakgericht | 2,6 | 0,7 |
| Persoonsgericht | 3,6 | 1,1 |
| Spalken | 11,9 | 3,5 |
| Overige | 14,2 | 4,2 |

¹ Omdat meerdere interventies per patiënt werden toegepast, is de som van deze percentages groter dan 100.

Bron: Driessen & Dekker, 1994.

Behandelprogramma's

In de ergotherapie spelen naast behandeldoelen ook behandelprogramma's een rol wanneer het gaat om de keuze van de therapie. Het bepaalt de richting van de therapie. Een behandelprogramma kan worden beschouwd als een soort 'meta-doel'; met de keuze voor een behandelprogramma geeft de ergotherapeut aan op welke wijze het specifieke behandeldoel bij de behandeling betrokken wordt. In het registratie-onderzoek werden de volgende behandelprogramma's onderscheiden: preventie, ontwikkelen van vaardigheden, herstel van vaardigheden, aanpassen van de omgeving, onderhoud en behoud van de gezondheid. Bij elk behandeldoel kan een ander behandelprogramma worden geselecteerd.

In het onderzoek van Driessen & Dekker (1994) blijkt een relatie te bestaan tussen de gekozen behandelprogramma's en de toegepaste interventies. De behandelprogramma's ontwikkelen van vaardigheden en herstel van vaardigheden worden veelal gekozen bij de interventies met betrekking tot activiteiten. Deze programma's worden niet gekozen bij de interventies met betrekking tot advies en/of instructie. De behandelprogramma's preventie en aanpassen van de omgeving worden gekozen bij de interventies met betrekking tot advies en/of instructie en veelal niet bij de interventies met betrekking tot de activiteiten.

4.4 Kwaliteit en doelmatigheid van ergotherapeutische zorg

4.4.1 Kwaliteitsbeleid bij ergotherapeutische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft een commissie Kwaliteitsontwikkeling en -bewaking (KOB) ingesteld. Deze commissie heeft de stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid binnen de ergotherapie in beeld gebracht. Dit heeft geleid tot een prioriteitenlijst voor het kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsbeleid, dat op dit moment in samenwerking met het CBO wordt vormgegeven, zal de nadruk liggen op normering en toetsing (zie onder Normering en Verbetermethodes/-acties) (NVE, 1994).

Ten behoeve van uniforme verslaglegging beschikt de ergotherapie over een classificatie van stoornissen en beperkingen gebaseerd op de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps en over een classificatie van hulpmiddelen (Heerkens, 1993). Tevens is er een ontwerpstandaard voor de Classificatie van Verichtingen door de Paramedische Bewegingsgroepen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994).

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

De NVE heeft normen en eisen ontwikkeld ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar**; deze zijn vastgelegd in een beroepsprofiel en een gedragscode. Wat de normen voor het **methodisch/technisch handelen** betreft beschikt men naast het beroepsprofiel over een deskundigheidsomschrijving en profielschetsen. Bovendien is een werkgroep Standaarden in het leven geroepen; deze werkgroep heeft tot doel om na te gaan op welke wijze standaarden in de ergotherapie kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Criteria voor de **organisatie van de beroepsuitoefening** zijn geformuleerd betreffende de praktijkinrichting en de praktijkvoering.

Verbetermethodes/acties

De NVE is via overleg betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding.

Er is bovendien in samenwerking met de Hogescholen een onderwijsmodule 'kwaliteit' ontwikkeld. Criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen zijn in ontwikkeling.

Door het CBO is een methode voor intercollegiale toetsing in de ergotherapie ontwikkeld (Bik, 1994). De implementatie van intercollegiale toetsing is een van de prioriteiten van de NVE voor 1995 (NVE, 1994).

Behoud en borging

Het NVE beraadt zich evenals de andere "artikel 34"-paramedische beroepsgroepen op het aanleggen van een beroepsregister. Plannen voor periodieke herregistratie zijn hieraan gekoppeld. Op dit moment wordt gewerkt aan criteria voor herregistratie.

Een klachtenreglement is eveneens in ontwikkeling. Omdat de meeste ergotherapeuten werkzaam zijn in instellingen, vallen zij onder het klachtenreglement van de instelling.

4.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van ergotherapeutische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de ergotherapie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van ergotherapeutische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 4.13 geeft een overzicht van het onderzoek dat op het gebied van de ergotherapie is uitgevoerd. De meeste onderzoeken hebben betrekking op interventies (39). Het betrof met name het ontwikkelen en evalueren van (nieuwe) behandelmethode en hulpmiddelen. Van de effectiviteitsonderzoeken hebben de meeste betrekking op de effectiviteit van strategie-training bij patiënten met hersenletsel. De meeste algemene studies betreffen de (multidisciplinaire) behandeling van kinderen. Op het gebied van taken en functies zijn 16 onderzoeksprojecten uitgevoerd, waarvan de meeste betrekking hebben op de functies en mogelijkheden van de ergotherapeut in de eerste lijn. Van de 9 onderzoeken op het gebied van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg hebben drie projecten betrekking op de ontwikkeling, ondersteuning en evaluatie van het kwaliteitsbeleid.

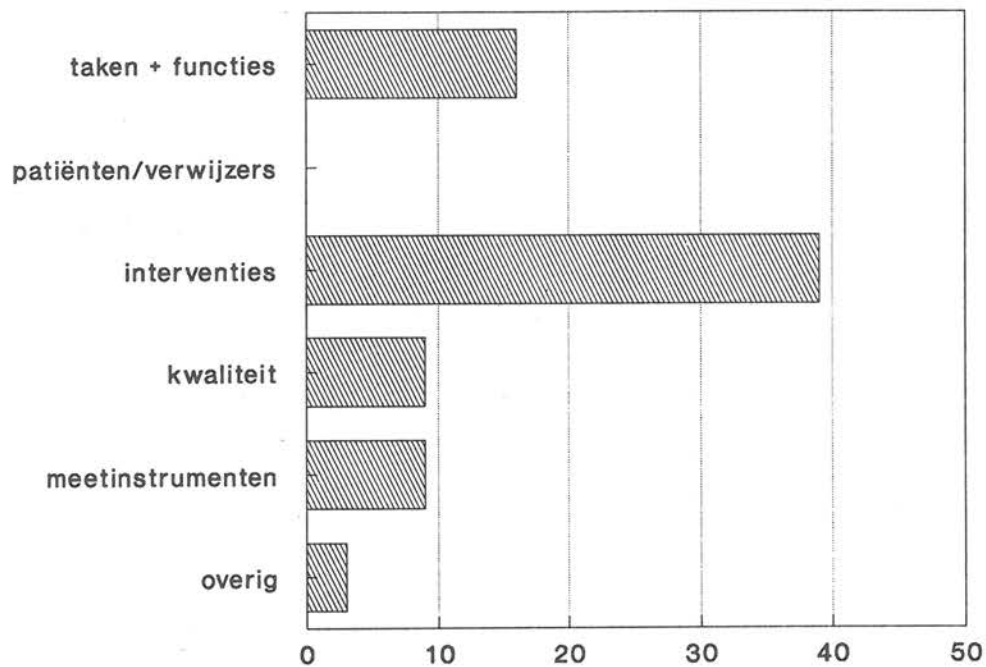
Tabel 4.13.: Aantal onderzoeken in de ergotherapie per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 16 |
| Patiënten en verwijzers | - |
| Interventies | 39 |
| algemeen | 5 |
| preventie, advies en voorlichting | 4 |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethode | 16 |
| effectiviteit | 5 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | 9 |
| Kwaliteit | 9 |
| Meetinstrumenten | 9 |
| Overig | 3 |
| Totaal | 76 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995

Figuur 4.6 is gebaseerd op tabel 4.13 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 4.6.: Aantal uitgevoerde onderzoeken in de ergotherapie per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

4.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de ergotherapie

Regulering en financiering

De NVE besteedt evenals de overige paramedische beroepen aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG zijn binnen de NVE enkele ontwikkelingen gaande; met name de ontwikkeling van een kwaliteitsregister, waarin alleen gediplomeerde beroepsbeoefenaren kunnen worden opgenomen, heeft prioriteit op dit vlak. Naast een kwaliteitsregister wordt ook gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten.

De invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten heeft in het werkveld geleid tot een verschuiving van werkzame ergotherapeuten naar de gemeente. Ergotherapeuten vervullen bij de gemeenten adviseursfuncties met betrekking tot de WVG.

De eerstelijnsgezondheidszorg blijft zich ontwikkelen. In het kader hiervan continueren veel verpleeghuizen hun substitutieprojecten en de consultfunctie van de ergotherapie. Medio 1996 wordt de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' ingevoerd, zodat behandeling in de eerstelijns/thuissituatie op grotere schaal mogelijk wordt gemaakt. Voorlopig betreft dit een subsidieregeling, in afwachting van definitieve financiering. Structureel zal f 12 miljoen per jaar worden besteed aan deze verstrekking. De NVE acht het van groot belang dat deze subsidieregeling wordt geëvalueerd. Zodoende kan worden bewerkstelligd dat de indicatiestelling extramurale ergotherapie op doelmatige wijze kan worden ingezet in het definitieve financieringstraject.

Momenteel wordt door het NIVEL een project uitgevoerd waarin de extramurale ergotherapie wordt geïnventariseerd. Dit onderzoeksproject zal informatie opleveren omtrent de omvang van de activiteiten die worden uitgevoerd in de extramurale ergotherapie, vanuit welke setting deze activiteiten plaatsvinden en via welke geldstromen deze activiteiten betaald worden. Tevens wordt inzicht verkregen in de sociaal-demografische kenmerken en medische diagnoses van patiënten in de extramurale ergotherapie, de verwijzers van deze patiënten, de aard en de duur van de behandelingen en de afstemming tussen ergotherapie en andere thuiszorg disciplines.

Aanbod van ergotherapeutische zorg

Met betrekking tot de paramedische beroepen blijkt dat de ergotherapeuten een van de sterkst groeiende beroepsgroepen zijn. Het aantal ergotherapeuten is in de periode 1990-1994 met bijna 30% toegenomen.

In het rapport 'Behoefteraming ergotherapeuten 1993' werd gewezen op een mogelijk tekort aan ergotherapeuten (Harmsen, Hingstman & Driessen, 1993): de vraag is groter dan het aanbod. Ergotherapeuten vinden vrij snel na het voltooien van de studie een baan. Inmiddels is in Rotterdam aan de Hogeschool van Rotterdam en Omstreken, faculteit Welzijn, Arbeid en Gezondheidszorg een nieuwe opleiding ergotherapie van start gegaan; dit brengt het totaal aantal opleidingen ergotherapie in Nederland op drie.

Het NIVEL is inmiddels, in opdracht van de NVE, gestart met een registratie van ergotherapeuten. Deze registratie zal tweejaarlijks plaatsvinden en specifieke gegevens opleveren betreffende de werkplek van de ergotherapeuten, het aantal uren werkzaam, de arbeidsmarktpositie en dergelijke. Tevens zullen jaarlijks de afgestudeerden uit het voorgaande jaar worden gevolgd. De eerste registratiegegevens worden medio 1996 verwacht.

Vraag naar ergotherapeutische zorg

De Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK) heeft in 1991 ergotherapie geïntroduceerd als onderdeel van het zorgpakket. Er is inmiddels een evaluatie uitgevoerd van patiënten die in 1993 bij het SAK door de ergotherapeut behandeld zijn (Driessen, Dekker & Abrahamse, 1994). De invoering van de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' zal tot een verschuiving leiden in de groep patiënten die gebruik maken van ergotherapie, met name de plaats waar men ergotherapie ontvangt zal veranderen. Het project 'inventarisatie extramurale ergotherapie' zal hieromtrent aanvullende gegevens opleveren.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en wordt geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

Het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapeutische beroepsuitoefening is momenteel een belangrijke doelstelling van de NVE. Er wordt onder meer concreet gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleidsplan. Tevens wordt het ontwikkelen en implementeren van protocollen en intercollegiale toetsing in de praktijk gestimuleerd.

5 FYSIOTHERAPIE

5.1 Inleiding

5.1.1 Korte omschrijving van het beroep

De Beroepsomschrijving fysiotherapeut stelt dat 'fysiotherapie omvat het met behulp van behandelmethoden als massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotechnische middelen, gericht beïnvloeden van een in zijn functioneren belemmerde medemens, op basis van een positieve intermenselijke relatie. Hierbij is het lichamelijke facet van het belemmerd zijn het primaire aangrijpingspunt' (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie, 1990).

De fysiotherapeutische behandeling is gericht op het bewegend functioneren van de mens met als doel het voorkomen, opheffen, verminderen en/of compenseren van ziekten, stoornissen en beperkingen van het bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen. De fysiotherapie richt zich onder andere op de bestrijding van pijn, op het verbeteren van mobiliteit en van spierfunctie, op het verbeteren van het ontspanningsgevoel en van de houdings- en bewegingscoördinatie, en op training van het algemeen en lokaal uithoudingsvermogen. Verder richt de fysiotherapie zich op verbetering van de centrale en perifere circulatie, en op verbetering en handhaving van het evenwicht tussen para- en orthosympatisch zenuwstelsel, tevens op stimulering van de functie van de huid. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot beïnvloeding van inwendige organen (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie, 1990).

Fysiotherapie kan zowel gericht zijn op het voorkómen van aandoeningen en klachten als op het genezen of leren omgaan met de aandoening of klacht. De laatste jaren is het streven de preventieve toepassingen van fysiotherapie verder te ontwikkelen.

Binnen de fysiotherapie bestaan verbijzonderingen (specialisaties) op het gebied van manuele therapie, sportfysiotherapie, kinderfysiotherapie, fysiotherapie in de geriatrie en fysiotherapie in de pre- en postnatale gezondheidszorg. Ook bestaan er verenigingen op het gebied van ontspanningstherapie, fysiotherapie bij hart- en vaatziekten en tandheelkunde en speciale werkgroepen op het gebied van thuiszorg, bedrijfsfysiotherapie, zwakzinnigenzorg en psychiatrie.

Taken van de fysiotherapeut

De werkzaamheden van de fysiotherapeut met betrekking tot de hulpverlening bestaan uit anamnese, onderzoek, behandelplan en de uitvoering daarvan en de evaluatie. De taken van de fysiotherapeut in elke fase van dit methodisch handelen zijn als volgt toe te lichten (Beroepsomschrijving fysiotherapeut, 1990).

De **anamnese** is dat deel van de behandeling waarbij gegevens over de klacht en het functioneren van de patiënt worden achterhaald. Het is hierbij de taak van de fysiotherapeut om te komen tot een voorlopige inventarisatie van problemen; de hulpvraag te verduidelijken en inzicht te krijgen in wat de patiënt verwacht.

Het **fysiotherapeutisch onderzoek** is het vervolg op de anamnese. Door middel van observatie, actief/passief bewegingsonderzoek, objectieve metingen, specifieke testen en palpatie wordt het (lichamelijk) functioneren van de patiënt onderzocht. De fysio-

therapeut heeft hierbij de taak het klachtenpatroon te beoordelen en de uitkomsten van het onderzoek aan de patiënt voor te leggen alvorens een behandelplan op te stellen. De fysiotherapeut heeft vervolgens als taak een **behandelplan** op te stellen op basis van de anamnese en het fysiotherapeutisch onderzoek. Dit plan wordt bepaald door de doelstellingen van een behandeling met de keuze voor één of meer behandelingsmethoden of technieken (o.a. bewegingstherapie, massage of fysische therapie). Het is de taak van de fysiotherapeut om bij meerdere doelstellingen prioriteiten te kiezen, om die middelen te kiezen waarvan verwacht mag worden dat ze leiden tot verwezenlijking van de doelstellingen en bovendien te komen tot afstemming van de hulpverlening met de verschillende betrokkenen.

Een **evaluatie** dient om de behandeldoelen bij te stellen, te wijzigen en als afronding van een behandeling. Tijdens de evaluatie dient de fysiotherapeut de behandelingsresultaten te toetsen aan de geformuleerde doelstellingen om de voortgang vast te stellen of om de doelstellingen te wijzigen. De fysiotherapeut beëindigt de behandeling als de gewenste doelstellingen zijn bereikt. De behandeling wordt ook beëindigd als de gewenste doelstellingen niet bereikt kunnen worden of wanneer de patiënt of de verwijzer dit wenst.

Gedurende de behandeling geeft de fysiotherapeut voorlichting over de vorderingen van de patiënt en stimuleert deze tot zelfzorg (Sluijs, 1991). Bij het beëindigen van de behandeling behoort voorlichting over leefwijzen om hernieuwde klachten te voorkomen of een bestaand niveau van functioneren te handhaven. De evaluatie en het verloop van de behandeling behoren aan de verwijzer gerapporteerd te worden (Beroepsomschrijving fysiotherapeut, 1990).

Vormen van fysiotherapeutische zorg c.q. zorgprodukten

Verreweg de meest frequente toepassingsvorm van fysiotherapeutische zorg, zowel in de intra- als extramurale gezondheidszorg, is de **individuele behandeling** van patiënten.

In de intramurale fysiotherapie kan onderscheid gemaakt worden tussen pre-klinische behandeling, klinische behandeling en postklinische behandeling c.q. na-behandeling van ontslagen patiënten. Pre-klinische of pre-operatieve behandeling is erop gericht een leereffect te creëren om de revalidatie na een operatieve ingreep te bespoedigen.

Groepsbehandeling komt als vervolg op individuele behandeling onder andere voor bij hartrevalidatie, revalidatie na een knie-operatie, carabehandeling en autogene training. Groepsbehandeling vindt tevens plaats bij zwangerschapsbegeleiding en bejaardengymnastiek. In toenemende mate vindt groepsbehandeling plaats in rugscholen (Knibbe, Knibbe, Elvers et al., 1993).

Consultatie en advisering door fysiotherapeuten (zonder behandeling) vindt op dit moment op experimentele basis plaats. Dit houdt in dat de fysiotherapeut de bevindingen van zijn/haar fysiotherapeutisch onderzoek aan de verwijzend arts meedeelt met een advies omtrent het verdere beleid en omtrent het al dan niet fysiotherapeutisch behandelen van de patiënt (Hendriks, Wagner, Dekker et al., 1994).

5.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van fysiotherapeut is geregeld in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen. In deze zogenaamde kaderwet is de fysiotherapie vastgelegd in het Fysiotherapeutenbesluit van 11 februari 1965 (Stb. 52) en bij besluit gewijzigd per 1 juli 1977 (Stb. 431). In het Fysiotherapeutenbesluit wordt ondermeer de verhouding tussen

fysiotherapeut en arts geregeld. In 1977 is de formulering opgenomen dat de fysiotherapeut behandelt 'ingevolge verwijzing door een arts'.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) per november 1993, zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van deze nieuwe wet. Binnen deze nieuwe wetgeving wordt het beroep van fysiotherapeut bij wet geregeld volgens artikel 3. Een van de belangrijkste kenmerken van deze regeling is dat er voor de beroepen die onder deze regeling vallen een register wordt ingesteld door de rijksoverheid. Fysiotherapeuten kunnen zich laten inschrijven in dit register als aan de wettelijke opleidingseisen voor het beroep is voldaan en er voor inschrijving geen weigeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Bij inschrijving in het register heeft men het recht de beschermde titel 'fysiotherapeut' te voeren. De registratie vindt niet automatisch plaats. Beroepsbeoefenaren moeten een verzoek tot inschrijving indienen. Andere elementen van deze regeling betreffen onder andere dat de beroepsbeoefenaren onder toezicht staan van de tuchtrechter en het College van Medisch Toezicht en de omschrijving van een deskundigheidsgebied per beroepsgroep.

Bij het in werking treden van de Wet BIG is er sprake van een overgangperiode: de oude wetgeving wordt vervangen door een nieuwe. Voor fysiotherapeuten bestond reeds een systeem van registratie of titelbescherming. Dit betekent dat in sommige gevallen personen die strikt genomen niet voldoen aan de opleidingseisen, maar onder het oude register al de bevoegdheid of titel mochten voeren, wel in het nieuwe register kunnen worden opgenomen.

De invoering van de wet zal naar verwachting vanaf 1994 zeker vier jaar in beslag nemen. De raad BIG heeft het ministerie inmiddels geadviseerd over deskundigheidsomschrijvingen en opleidingseisen. In 1996 zal de registratie en titelbescherming waarschijnlijk van kracht worden voor fysiotherapeuten.

Financiering van fysiotherapeutische zorg

In 1991 is de honorering van fysiotherapeuten veranderd. Tot 1 april 1991 was de honorering voor zowel ziekenfondspatiënten als particulier verzekerde patiënten gebaseerd op een vergoeding per verrichting. De toegepaste behandelvormen werden apart vergoed (met daarin voor de ziekenfondspatiënt bepaalde beperkingen). Per 1 april 1991 veranderde de honorering voor ziekenfondspatiënten van een tarief per verrichting naar een tarief per zitting. Tegelijkertijd werd het produktievolume (in aantal zittingen) bevroren. Deze veranderingen betroffen uitsluitend de ziekenfondspatiënten, niet de particulier verzekerde patiënten.

De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden zijn weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1.: De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 april 1995

| De tarieven per zitting per patiënt | Tarieven |
|---|--------------------------|
| 1. In geval de patiënt de praktijkruimte van de fysiotherapeut bezoekt: | |
| Basisbedrag reguliere zittingen | |
| a. voor de eerste 2.603 zittingen | f 32,95 |
| b. voor de 2.604e reguliere zittingen en volgende zittingen | f 27,25 |
| Onder voorwaarden* basisbedrag zitting kinderfysiotherapie/manuele therapie | |
| c. voor de eerste 2.603 zittingen | f 49,40 |
| d. voor de 2.604e zittingen en volgende zittingen | f 40,90 |
| * Het aparte tarief voor kinderfysiotherapie en manuele therapie kan alleen in rekening worden gebracht bij een gerichte verwijzing en als daarvoor een aparte overeenkomst met de desbetreffende ziektekostenverzekeraar is gesloten. In alle andere situaties geldt voor kinderfysiotherapie en manuele therapie het reguliere zittingentarief. | |
| Een zitting kinderfysiotherapie en een zitting manuele therapie worden voor het berekenen van het aantal zittingen, waarboven het verlaagde tarief in rekening moet worden gebracht, als 1,5 zitting geteld. | |
| 2. In geval de fysiotherapeut de patiënt bezoekt (uitbehandeling) mag het tarief per zitting worden verhoogd met de toeslag voor uitbehandeling: | |
| a. voor de eerste 2.603 zittingen | f 16,45 |
| b. voor de 2.604e zitting en volgende zittingen | f 13,70 |
| Een uitbehandeling wordt voor het berekenen van het zittingenaantal, waarboven het verlaagde tarief in rekening moet worden gebracht, als 1,5 reguliere zitting geteld. | |
| 3. Module automatisering per zitting ** | f 0,47 tot 01-01-1996 |
| ** De module automatisering kan alleen in rekening worden gebracht als voor de module een overeenkomst is gesloten met de desbetreffende ziektekostenverzekeraar. De hoogte van deze module is niet afhankelijk van het tarief van de desbetreffende zitting. Het tarief van de module automatisering kan tot 1 januari 1996 in rekening worden gebracht. | |

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

De tarieven voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van niet-ziektenfondsverzekerden, niet vallend onder de AWBZ, zijn weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2.: De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 10 juli 1995.

| | Tarief met ingang van 10 juli 1995 |
|---|---------------------------------------|
| 1. Voor de verrichting | |
| - massage en/of oefen therapie | f 22,50 |
| - kinderfysiotherapie | f 40,55 |
| - manuele therapie | f 40,55 |
| - laagfrequente electrostimulatie | f 16,90 |
| - laagfrequente electrotherapie dmv ionoforese | f 12,40 |
| - laagfrequente electrotherapie dmv ultrareizstroom | f 12,40 |
| - laagfrequente electrotherapie dmv diadynamische stroom | f 12,40 |
| - laagfrequente electrotherapie dmv interferentiestroom | f 12,40 |
| - overige laagfrequente electrotherapie | f 9,00 |
| - hoogfrequente electrotherapie | f 6,75 |
| - ultra-geluidstherapie | f 11,25 |
| - thermotherapie | f 11,25 |
| - lichttherapie (ultraviolet) | f 5,65 |
| - elektrisch gestuurde tractie | f 9,00 |
| - Glissonse lis tractie | f 4,50 |
| Per bezoek kan elk van de hierboven onderscheiden verrichtingen slechts eenmaal worden gedeclareerd. Echter, indien het tarief voor kinderfysiotherapie of manuele therapie in rekening wordt gebracht, kan (kunnen) daarnaast geen andere verrichting(en) in rekening worden gebracht. | |
| 2. Vermeerderd per bezoek | |
| Met een toeslag (voor de vaste begeleidingstijd) per bezoek | f 3,40 |
| Daarnaast: | |
| - in geval de fysiotherapeut voor het uitvoeren van een of meer verrichtingen de patiënt thuis bezoekt (dus niet in een inrichting), een toeslag (exclusief de vaste begeleidingstijd) per bezoek | f 16,90 |
| - in geval de fysiotherapeut voor de uitvoering van een of meer verrichtingen de patiënt in een inrichting of (bejaarden)tehuis bezoekt, een toeslag (exclusief de vaste begeleidingstijd) per bezoek | f 8,45 |

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

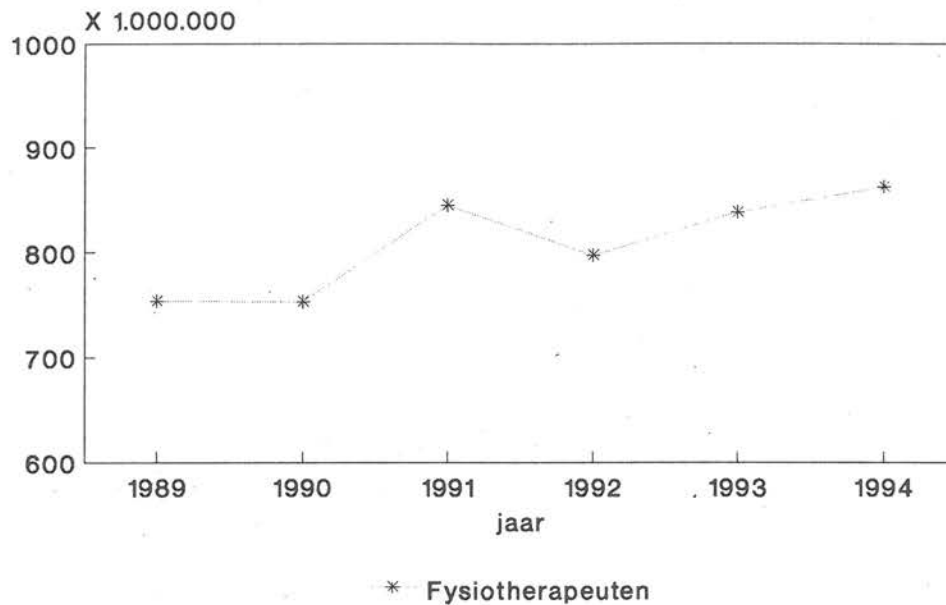
Met ingang van 1 januari 1996 zullen de aanspraken op fysiotherapie in de Ziekenfondswet en WTZ worden beperkt. De maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten voor (extramurale) fysiotherapie. Deze beperking heeft tot gevolg dat elke verzekerde, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de arts, recht heeft op maximaal 9 zittingen fysiotherapie per indicatie per jaar. Indien de verzekerde een aandoening heeft waarvoor langdurige fysiotherapie noodzakelijk is, blijkens de medische diagnose danwel de diagnose van de fysiotherapeut, dan ontstaat het recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar, indien daartoe schriftelijk toestemming is verleend door de verzekeraar. Voor deze aandoeningen is een lijst met indicaties samengesteld waarvoor langdurige fysiotherapie is aangewezen.

Kosten

De kosten voor de fysiotherapeutische hulp inzake de Ziekenfondswet bedroegen over 1994 f 863 miljoen. Fysiotherapie maakt circa 90% van de totale kosten van paramedische hulp uit. In 1990 is een sterke toename in de kosten waar te nemen, terwijl in 1992 de groei in de fysiotherapie gestopt lijkt te zijn (Ziekenfondsraad, 1995). De

beperkende maatregel met betrekking tot de aanspraken op fysiotherapie zal een kostenbesparing van f 200 miljoen teweeg moeten brengen in 1996 in de ZFW-sector (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995b). In figuur 5.1 is de ontwikkeling in kosten voor fysiotherapie weergegeven.

Figuur 5.1.: Ontwikkeling in kosten (ZFW) voor fysiotherapie vanaf 1989



Bron: Ziekenfondsraad, 1994; 1995.

De totale kosten voor fysiotherapeutische hulp met betrekking tot particulier verzekerden, met uitzondering van publiekrechtelijk verzekerden, bedroeg in 1994 f 299 miljoen (VEKTIS, 1996). In dit totaal zijn fysiotherapie en oefentherapie gezamenlijk vertegenwoordigd. Een uitsplitsing wat niet mogelijk. In tabel 5.3 is een ontwikkeling in de kosten over de periode 1991-1994 gepresenteerd. In deze tabel is te zien dat er van 1991 naar 1992 en naar 1993 een daling in de kosten was, terwijl in 1994 de kosten weer een duidelijke stijging ondergaan.

Tabel 5.3.: Ontwikkeling in kosten (privaatrechtelijk verzekerden) voor fysiotherapie over de periode 1991-1994 (1=f 1.000,-)

| | 1991 | | | 1992 | | | 1993 | | | 1994 | | |
|---------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|
| | klinisch* | niet klinisch** | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal |
| Fysiotherapie | 5.180 | 292.316 | 297.497 | 7.572 | 281.900 | 289.472 | 7.418 | 264.073 | 271.489 | 7.461 | 286.574 | 294.007 |
| Fysiotherapie als nevenverrichting*** | 748 | 1.084 | 1.832 | 782 | 1.285 | 2.067 | 891 | 2.772 | 3.664 | 1.632 | 2.997 | 4.629 |
| Totaal | 5.928 | 293.400 | 299.329 | 8.354 | 283.185 | 291.539 | 8.309 | 266.845 | 275.153 | 9.093 | 289.571 | 298.636 |

* Klinisch betreft alle behandelingen fysiotherapie bij patiënten die langer dan 24 uur zijn opgenomen in een instelling.

** Niet-klinisch betreft alle behandelingen die niet onder de categorie 'klinisch' vallen.

*** Fysiotherapie is als nevenverrichting weergegeven indien gedeclareerd door de instelling in plaats van de fysiotherapeut zelf (in dit geval is fysiotherapie onderdeel van een behandelpakket).

Bron: VEKTIS, 1996.

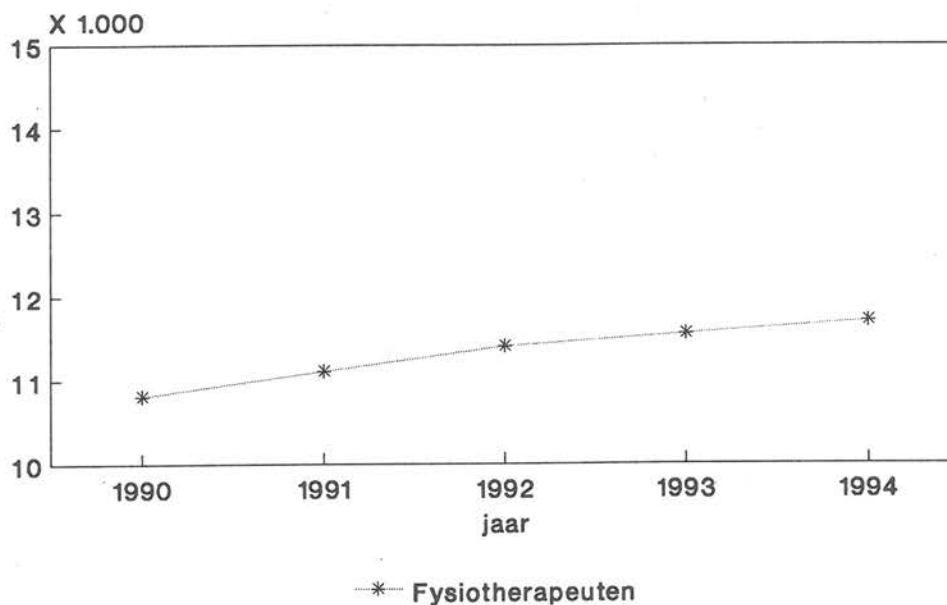
5.2 Aanbod van fysiotherapeutische zorg

5.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal fysiotherapeuten

Het aantal gekwalificeerde fysiotherapeuten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 29.772 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van 1990 (totaal 25.755). Het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten bedraagt per 31 december 1994 in totaal 11.541. Dit betreft fysiotherapeuten die niet werkzaam zijn in verpleeghuizen, revalidatiecentra en zwakzinnigeninrichtingen, danwel in deze instellingen poliklinische behandelingen verrichten. Het aantal intramuraal werkzame fysiotherapeuten is geschat (1993) op 3.865. De ontwikkeling in het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten is weergegeven in figuur 5.2.

Figuur 5.2.: Aantallen extramuraal werkzame fysiotherapeuten vanaf 1990



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Fysiotherapeuten zijn werkzaam in de extramurale en de intramurale gezondheidszorg. Het totaal aantal vrijgevestigde en in loondienst werkzame fysiotherapeuten (medewerkers) in de eerste lijn bedraagt 11.701 per 31 december 1994. Zeventig procent van hen is vrijgevestigd fysiotherapeut. Dit betreft praktijkeigenaren en maatschaphouders. De overige 30% is langdurig in dienst bij een eigenaar van een praktijk of een maatschap (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

Het totaal aantal intramuraal werkzame fysiotherapeuten is gebaseerd op een schatting, omdat exacte landelijke gegevens ontbreken. Dit totaal wordt in 1994 geschat op circa 4.000 fysiotherapeuten (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Dit betreft fysiotherapeuten werkzaam in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten.

Gezien het ontbreken van gegevens over de intramuraal werkende fysiotherapeuten zal in de rest van deze paragraaf alleen worden ingegaan op de extramuraal werkende fysiotherapeuten.

Aantal praktijken en praktijkvorm

In 1994 zijn er 4578 fysiotherapiepraktijken in Nederland. In ruim 40% procent van alle praktijken is slechts één fysiotherapeut werkzaam. In 21% van de praktijken werken twee fysiotherapeuten en in 14% van de praktijken drie. Het aantal praktijken met tien of meer fysiotherapeuten vormt 1% van alle praktijken (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995).

5.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

In tabel 5.4 is een leeftijdsverdeling van de extramuraal werkzame fysiotherapeuten naar geslacht gepresenteerd. Van het totaal aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten is 51% van het mannelijk geslacht.

Tabel 5.4.: Leeftijdsverdeling van extramuraal werkzame fysiotherapeuten naar geslacht, per 31 december 1994

| Leeftijd | Mannen | | Vrouwen | | Totaal | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| < 30 | 424 | 7,1 | 946 | 16,7 | 1.370 | 11,7 |
| 30-34 | 962 | 16,0 | 1.188 | 20,9 | 2.150 | 18,4 |
| 35-39 | 1.580 | 26,3 | 1.364 | 24,0 | 2.944 | 25,2 |
| 40-44 | 1.416 | 23,6 | 1.022 | 18,0 | 2.438 | 20,9 |
| 45-49 | 957 | 15,9 | 603 | 10,6 | 1.560 | 13,4 |
| 50-54 | 165 | 2,7 | 136 | 2,4 | 301 | 2,6 |
| 60-64 | 73 | 1,2 | 47 | 0,8 | 120 | 1,0 |
| 65-69 | 14 | 0,2 | 16 | 0,3 | 30 | 0,3 |
| > 69 | 24 | 0,4 | 17 | 0,3 | 41 | 0,4 |
| Totaal | 6.007 | 100,0 | 5.677 | 100,0 | 11.684 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Leeftijd

De extramuraal werkzame fysiotherapeuten worden gekenmerkt door een jonge leeftijdsopbouw (tabel 5.4). Van alle fysiotherapeuten is 55% jonger dan 40 jaar. Slechts een klein deel (4%) is ouder dan 55 jaar.

Er zijn verschillen zichtbaar in leeftijdsopbouw tussen mannelijke en vrouwelijke beroepsbeoefenaren. Vrouwen hebben een wat jongere leeftijdsopbouw dan mannen. Het percentage vrouwen onder de 30 jaar (17%) is aanzienlijk hoger dan bij de mannen (7%).

Uren per week naar functie

Fysiotherapeuten in de extramurale gezondheidszorg zijn werkzaam in een zelfstandige praktijk (ofwel als eigenaar van een solopraktijk ofwel als lid van een maatschap) of als medewerker in loondienst. In tabel 5.5 is de omvang van de werkweek naar functie en geslacht weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat 70% van alle fysiotherapeuten werkzaam is in een eigen praktijk of maatschap.

Uit tabel 5.5 blijkt dat 30% van alle fysiotherapeuten aangeeft meer dan 40 uur per week te werken. Fysiotherapeuten werken gemiddeld 33 uur per week. Hierbij zijn grote verschillen te zien tussen mannen en vrouwen. Mannen werken gemiddeld 40 uur per week en vrouwen 25 uur per week.

Er zijn ook verschillen in aantal uren naar functie. De praktijkeigenaren werken gemiddeld 36 uur per week, terwijl de medewerkers in loondienst een gemiddelde werkweek van 25 uur maken.

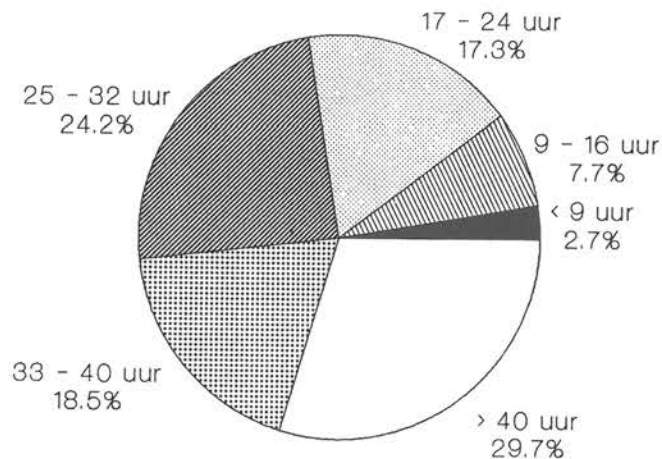
Tabel 5.5.: Omvang van de werkweek van fysiotherapeuten naar functie en geslacht, per 31 december 1994 (in percentages)

| Aantal uren per week | Eigen praktijk of maatschap | | | Medewerker in loondienst | | | Totaal | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------|--------|--------------------------|-------|--------|--------|-------|--------|
| | man | vrouw | totaal | man | vrouw | totaal | man | vrouw | totaal |
| < 9 | 1,3 | 3,0 | 2,0 | 3,2 | 4,8 | 4,3 | 1,7 | 3,8 | 2,7 |
| 9-16 | 2,3 | 10,0 | 5,4 | 4,9 | 16,9 | 13,2 | 2,8 | 12,9 | 7,7 |
| 17-24 | 3,0 | 14,5 | 7,7 | 9,7 | 54,1 | 38,9 | 4,3 | 31,0 | 17,3 |
| 25-32 | 4,7 | 51,0 | 23,5 | 48,6 | 14,2 | 25,6 | 13,3 | 35,6 | 24,2 |
| 33-40 | 23,2 | 15,7 | 20,1 | 27,6 | 8,4 | 14,7 | 24,0 | 12,6 | 18,5 |
| > 40 | 65,5 | 5,8 | 41,2 | 6,0 | 1,6 | 3,0 | 53,9 | 4,0 | 29,7 |
| Totaal % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Absoluut | 4.843 | 3.317 | 8.160 | 1.166 | 2.375 | 3.541 | 6.009 | 5.692 | 11.701 |
| Gemiddeld aantal uren | 41,7 | 27,4 | 35,9 | 31,4 | 22,2 | 25,2 | 39,7 | 25,3 | 32,7 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

De omvang van de werkweek van fysiotherapeuten is weergegeven in figuur 5.3.

Figuur 5.3.: De omvang van de werkweek van fysiotherapeuten per 31 december 1994.



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

5.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

Per 1 januari 1993 bedroeg het aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut 1.715 (tabel 5.6). Er zijn echter grote regionale verschillen. In Noord-Holland en Utrecht wordt een dichtheid geconstateerd van respectievelijk 1.417 en 1.483 inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut. In Drenthe en Flevoland worden dichtheden gemeten van 2.384 en 2.318 inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut.

Uit tabel 5.6 kan worden afgeleid dat er verschillen zijn in het aantal full-time equivalenten fysiotherapeuten per provincie. In Noord-Holland en Zuid-Holland bedraagt het aantal full-time equivalenten 1.722 en 1.824 respectievelijk. In Flevoland en Drenthe bedraagt het aantal full-time equivalenten fysiotherapeuten 188 en 105.

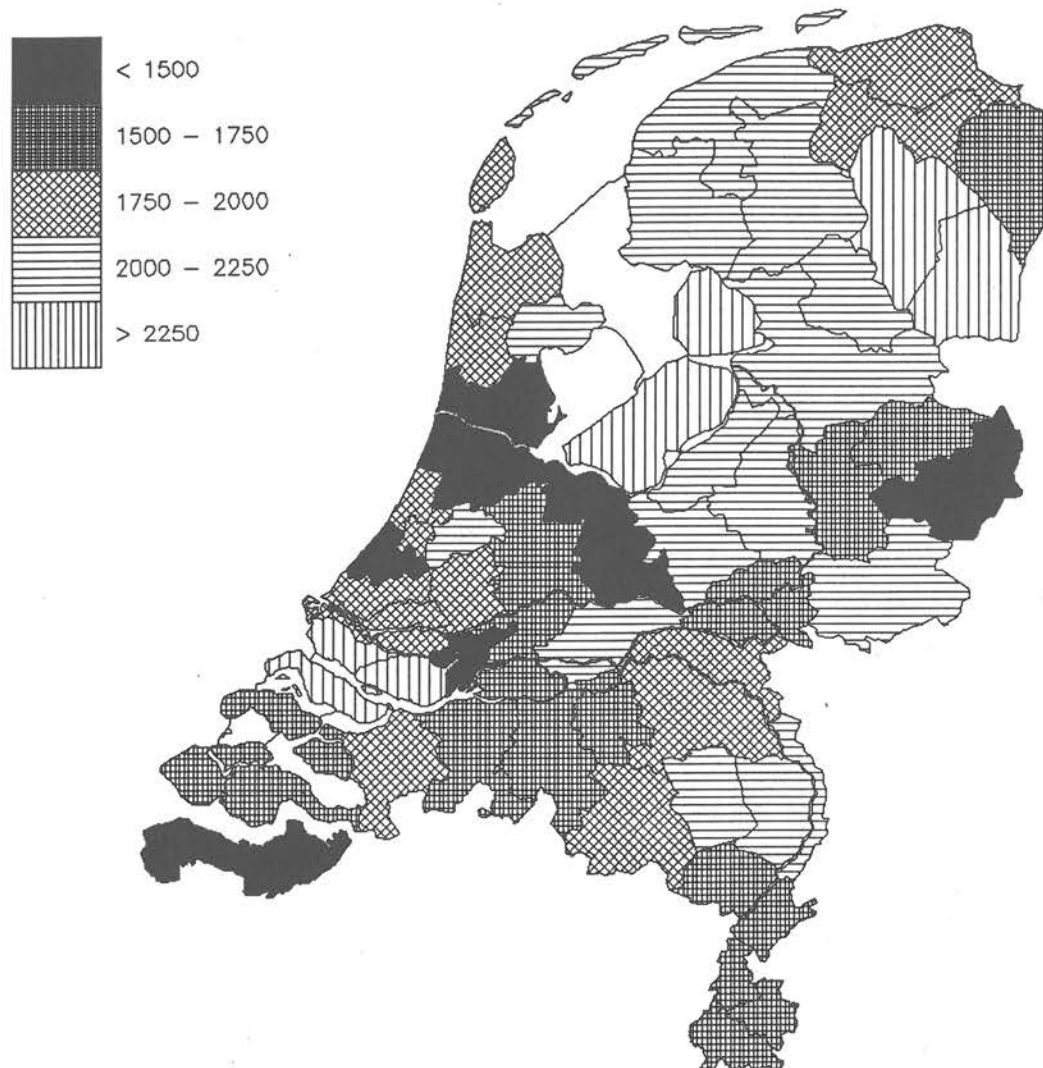
Tabel 5.6.: Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut per provincie per 1 januari 1993

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal full-time equivalenten fysiotherapeuten | Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut |
|---------------|-----------------|--|---|
| Groningen | 555.397 | 297 | 1.870 |
| Friesland | 603.998 | 289 | 2.090 |
| Drenthe | 448.256 | 188 | 2.384 |
| Overijssel | 1.039.083 | 649 | 1.601 |
| Flevoland | 243.441 | 105 | 2.318 |
| Gelderland | 1.839.883 | 979 | 1.879 |
| Utrecht | 1.047.035 | 706 | 1.483 |
| Noord-Holland | 2.440.165 | 1.722 | 1.417 |
| Zuid-Holland | 3.295.522 | 1.824 | 1.807 |
| Zeeland | 361.195 | 235 | 1.537 |
| Noord-Brabant | 2.243.546 | 1.247 | 1.799 |
| Limburg | 1.119.942 | 642 | 1.744 |
| Nederland | 15.237.463 | 8.883 | 1.715 |

Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

In figuur 5.4 is de fysiotherapeutendichtheid per WGR-subregio in beeld gebracht. In sterk verstedelijkte gebieden ligt het aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut onder de 1.500 (ofwel een hoge fysiotherapeutendichtheid). Een lage dichtheid wordt aangetroffen in de regio's Voorne-Putten, Drenthe en de Flevopolders.

Figuur 5.4.: Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut per WGR-subregio per 1 januari 1993



Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

5.3 Vraag naar fysiotherapeutische zorg

Informatie over het gebruik van zorg (5.3.2), de verwijzing (5.3.3) de kenmerken van patiënten (5.3.4), hun diagnose (5.3.5) en behandeling (5.3.6) is verkregen uit het project BEEF (Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie; Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995; Dekker & Van Baar, 1995) en het project FON (Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk; Wiegerink & Oostendorp, 1994; Nederlands Paramedisch Instituut, 1995). Beide projecten betreffen registratie-onderzoek in de extramurale fysiotherapie.

In het kader van het **BEEF-project** zijn door fysiotherapeuten gegevens geregistreerd van 17.201 behandelingen (13.709 patiënten)¹ in 32 fysiotherapie-praktijken. Deze registratie vond plaats van 1989 tot en met 1992.

Binnen het project FON zijn twee registratie-onderzoeken uitgevoerd, een met behulp van het Basis Registratieformulier Fysiotherapie (BRF) en een met behulp van het registratieformulier Profiel Patiëntenpopulatie (PPP).

Het doel van het **BRF-onderzoek** was de fysiotherapeutische zorgverlening in zo breed mogelijke zin te beschrijven ten behoeve van met name wetenschappelijke doeleinden. Dit in tegenstelling tot het BEEF-project dat was opgezet om een representatief beeld te verkrijgen van het fysiotherapeutisch handelen in de dagelijkse praktijk. In het BRF-onderzoek zijn gedurende zeven maanden (1989/ 1990) gegevens verzameld van 863 patiënten door 11 fysiotherapeuten werkzaam in vier "ontwikkelpraktijken". Deze ontwikkelpraktijken werden geselecteerd op basis van een aantal criteria (onder andere bereidheid om wetenschappelijk gerichte scholingsprogramma's te volgen), waardoor zij niet als representatief kunnen worden beschouwd voor de eerstelijnsfysiotherapie-praktijken in Nederland (Nederlands Paramedisch Instituut, 1995).

Het **PPP-onderzoek** had tot doel om inzicht te geven in de patiëntenpopulatie van de ontwikkelpraktijken, zowel voor de fysiotherapeuten zelf als voor onderzoeksdoeleinden. Hiertoe zijn door middel van het PPP-registratieformulier gedurende negen weken (1994) eenmalig gegevens verzameld van nieuw verwezen patiënten. In totaal zijn door 32 fysiotherapeuten in (inmiddels) 10 ontwikkelpraktijken gegevens verzameld van 1146 patiënten (Wiegerink & Oostendorp, 1994; Nederlands Paramedisch Instituut, 1995).

In deze paragraaf zijn alleen de BEEF-gegevens in tabellen opgenomen, omdat de fysiotherapie-praktijken die deelnamen aan het FON-onderzoek niet als representatief mogen worden beschouwd voor de extramuraal fysiotherapie in Nederland. In de tekst wordt voor zover mogelijk een vergelijking gemaakt met de resultaten van BRF en PPP.

Daar waar andere bronnen zijn gebruikt wordt dit expliciet vermeld.

5.3.1 Volume van zorg

Tabel 5.7 geeft het totale aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie (inclusief oefentherapie Cesar/Mensendieck en logopedie)² in de Nederlandse ziekenhuizen in 1992. Er is sprake van een lichte daling in het totale aantal verrichtingen, zowel klinisch als poliklinisch, ten opzichte van voorgaande jaren (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993). Dit is in figuur 5.5 te zien.

¹ Omdat een aantal patiënten meerdere keren een fysiotherapeutische behandeling (een aaneengesloten serie zittingen) onderging gedurende de registratieperiode is het aantal behandelingen groter dan het aantal patiënten. De hier gepresenteerde gegevens zijn geanalyseerd op het niveau van de behandeling (N=17.201); ten behoeve van de leesbaarheid wordt echter van patiënten* gesproken.

² Gebaseerd op de oude COTG-indeling: A1 massage/oefentherapie, A2 loopbad/vlinderbad/slangerbad, A3 laagfrequente electrostimulatie, A4 ultrageluid/laagfrequente electrotherapie/thermotherapie, A5 hoogfrequente electrotherapie/tractie glisson/lichttherapie, A6 oefentherapie Cesar/Mensendieck, A7/8 logopedie.

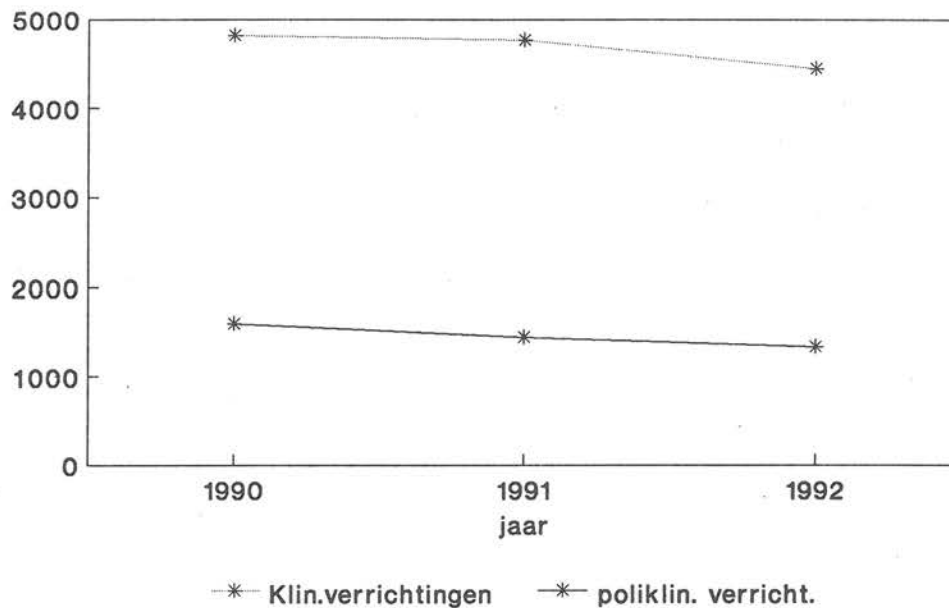
Tabel 5.7.: Aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie, inclusief logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck, in de Nederlandse ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen) in 1992 (x 1000)

| | klinische verrichtingen | poliklinische verrichtingen |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Algemene ziekenhuizen | 3.669,9 | 1.218,4 |
| Academische ziekenhuizen | 522,0 | 92,8 |
| Categorale ziekenhuizen ¹ | 254,5 | 21,8 |
| Totaal | 4.446,3 | 1.333,1 |

¹ Exclusief revalidatie-instellingen.

Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993.

Figuur 5.5.: Aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie, inclusief logopedie, oefentherapie-Cesar en Mensendieck, in de Nederlandse ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen), 1990 - 1992 (x 1000)



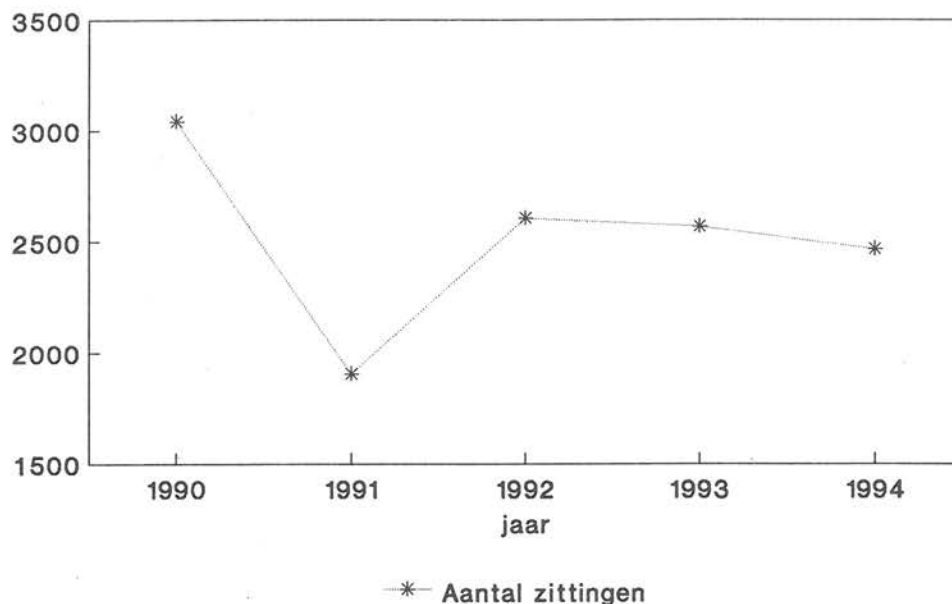
Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993.

In 1993 bedroeg het aantal klinische fysiotherapieverrichtingen³ per 100 opnamen in de **algemene** ziekenhuizen 252,95 en het aantal poliklinische fysiotherapieverrichtingen per 1000 polikliniekbezoeken 58,66 (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische** ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische fysiotherapieverrichtingen per 100 opnamen 248,87 en het aantal poliklinische verrichtingen per 1000 polikliniekbezoeken 27,15 (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

³ Gebaseerd op de vernieuwde COTG-indeling: A1 fysiotherapie, A2 loopbad/vlinderbad/slangerbad; exclusief oefentherapie Cesar/Mensendieck (A6) en logopedie (A7/8).

Het totaal aantal zittingen gedeclareerd bij de Nederlandse ziekenfondsen bedroeg in 1994 20.804.093 (Ziekenfondsraad, 1995). Per 1000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 2.172,9 zittingen. Het aantal zittingen is met 1,9% gedaald ten opzichte van 1993. Figuur 5.6 geeft de trend in het aantal zittingen fysiotherapie over de periode 1990 - 1994 weer.

Figuur 5.6.: Aantal zittingen fysiotherapie per 1000 ziekenfondsverzekerden, 1990 - 1994



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

5.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met fysiotherapeut

De continue Gezondheidsenquête van het CBS geeft inzicht in het gebruik van fysiotherapeutische zorg. De Gezondheidsenquête wordt jaarlijks afgenomen bij 8.000 à 10.000 personen uit de totale niet-institutionele bevolking van Nederland. In 1994 bezochten bijna 2,1 miljoen personen een of meerdere malen een fysiotherapeut. Hierbij zijn de contacten met de fysiotherapeut gedurende ziekenhuisopname niet meegeteld.

Tabel 5.7 geeft het percentage personen dat in een jaar een of meerdere malen contact heeft gehad met een fysiotherapeut over de periode 1981 - 1994 weer. Hierbij zijn de contacten met de fysiotherapeut gedurende ziekenhuisopname uitgesloten. Van 1981 tot 1990 steeg het percentage personen uit de bevolking dat contact had met een fysiotherapeut van 6,6% naar 14,3%. Vanaf 1991 is sprake van een stabilisatie rond 13,7%.

De gespecificeerde percentages naar geslacht laten zien dat er sprake was van een grotere toename bij vrouwen dan bij mannen. Vanaf 1991 heeft zich een lichte daling ingezet bij mannen; bij vrouwen is de laatste jaren echter weer sprake van een stijgende lijn. Tot 1990 was de toename bij ziekenfonds verzekerden groter dan de toename bij particulier verzekerden. Sindsdien heeft de situatie zich gestabiliseerd. De verander-

de leeftijdsopbouw van de bevolking blijkt slechts een relatief geringe invloed te hebben gehad op deze trends (Swinkels, 1995).

Tabel 5.8.: Contact met een fysiotherapeut¹ in één jaar naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm² (percentages)

| | Totaal | Geslacht | | Leeftijdscategorie | | | | Verzekeringsvorm | |
|------|--------|----------|-------|--------------------|-------|-------|------|------------------|-------------|
| | | man | vrouw | 0-19 | 20-44 | 45-64 | ≥65 | ziekenfonds | particulier |
| 1981 | 6,6 | 6,7 | 6,5 | 2,4 | 6,7 | 11,3 | 9,6 | 6,7 | 6,6 |
| 1982 | 6,8 | 6,5 | 7,0 | 2,2 | 7,3 | 11,4 | 9,2 | 7,2 | 5,8 |
| 1983 | 8,1 | 7,3 | 8,9 | 3,6 | 7,8 | 12,8 | 12,5 | 7,9 | 8,6 |
| 1984 | 9,7 | 8,6 | 10,7 | 3,2 | 10,1 | 14,6 | 15,6 | 10,0 | 9,0 |
| 1985 | 9,7 | 8,8 | 10,7 | 3,8 | 10,3 | 14,4 | 13,9 | 10,2 | 8,9 |
| 1986 | 10,5 | 9,4 | 11,6 | 3,9 | 11,2 | 16,1 | 14,2 | 10,7 | 10,3 |
| 1987 | 11,2 | 9,9 | 12,4 | 4,5 | 11,4 | 17,3 | 15,0 | 11,8 | 10,2 |
| 1988 | 11,8 | 10,4 | 13,3 | 3,9 | 12,8 | 16,9 | 17,2 | 13,1 | 10,1 |
| 1989 | 12,9 | 11,6 | 14,1 | 4,5 | 13,2 | 19,3 | 18,5 | 13,3 | 12,2 |
| 1990 | 14,3 | 13,5 | 15,2 | 5,2 | 15,8 | 20,5 | 18,0 | 15,8 | 12,4 |
| 1991 | 13,7 | 12,4 | 15,1 | 4,5 | 14,9 | 19,2 | 19,4 | 14,4 | 12,9 |
| 1992 | 13,5 | 12,1 | 14,9 | 4,8 | 14,5 | 19,4 | 17,5 | 14,3 | 12,6 |
| 1993 | 13,7 | 11,8 | 15,5 | 4,7 | 14,5 | 19,2 | 18,8 | 15,2 | 11,5 |
| 1994 | 13,7 | 11,1 | 16,3 | 4,8 | 13,6 | 21,1 | 18,1 | 14,4 | 12,8 |

¹ Exclusief contact tijdens ziekenhuisopname.

² Gewogen naar de opbouw van de bevolking van Nederland in het betreffende jaar (gewogen voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en urbanisatiegraad).

Bron: Swinkels, 1995 (CBS).

De Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk heeft eveneens informatie opgeleverd over de omvang van de populatie fysiotherapie-patiënten. De gegevens zijn verkregen door middel van een enquête onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisarts. De enquêtes zijn afgenomen in de periode tussen juni 1987 en maart 1988.

Het percentage respondenten dat aangeeft contact te hebben gehad met een fysiotherapeut in het jaar voorafgaande aan de enquête (13%) is iets hoger dan de percentages van 1986 en 1987 afkomstig uit de Gezondheidsenquête van het CBS. In de Nationale studie is het percentage personen dat contact heeft gehad met een fysiotherapeut gespecificeerd naar een **combinatie** van de variabelen geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (Foets & Sixma, 1991). Hieruit blijkt dat in de leeftijdscategorieën vanaf 45 jaar het percentage mannen dat contact heeft gehad met een fysiotherapeut lager ligt dan het percentage vrouwen. In de lagere leeftijdscategorieën is het percentage mannen dat contact heeft gehad met de fysiotherapeut juist iets hoger. De verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden bestaan ongeacht het geslacht of de leeftijd van de verzekerden.

Omvang van behandeling

Uit het BEEF-project blijkt dat het aantal zittingen waaruit een fysiotherapeutische behandeling bestaat gemiddeld 13 is (met een standaarddeviatie van 16)⁴. De mediaan

⁴ In ander onderzoek zijn hogere gemiddelden gevonden: bijvoorbeeld CBS 1991/1992: 21 (inclusief oefentherapie-Cesar en -Mensendieck).

van het aantal zittingen was 10; de modus 12. Tabel 5.9 geeft een frequentieverdeling weer van het aantal zittingen dat aan een behandeling kan worden toegeschreven.

Tabel 5.9.: Frequentieverdeling van het aantal zittingen per fysiotherapeutische behandeling (N= 17.201)

| Aantal zittingen | Percentage |
|------------------|------------|
| 1 - 5 | 19,8 |
| 6 - 10 | 31,3 |
| 11 - 15 | 26,6 |
| 16 - 20 | 8,8 |
| 21 - 30 | 8,7 |
| 31 - 50 | 3,1 |
| ≥ 51 | 1,7 |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

Het BRF-onderzoek alsmede het PPP-onderzoek (retrospectief verzameld; N=971) hebben eveneens informatie opgeleverd over het aantal zittingen per behandeling. Om de gegevens van BEEF met de gegevens uit deze onderzoeken te kunnen vergelijken is een andere dan de hierboven gehanteerde categorie-indeling nodig.

De BRF-gegevens komen redelijk overeen met de BEEF-resultaten: het percentage behandelingen dat uit maximaal 12 zittingen bestaat is bij BEEF 71% en bij BRF 74%. Het percentage behandelingen met maximaal zes zittingen is bij BEEF echter iets hoger. In het PPP-onderzoek is het percentage behandelingen dat uit maximaal 12 zittingen bestaat 70%.

In tabel 5.10 is het aantal zittingen per behandeling weergegeven voor verschillende categorieën van patiënten*. Het aantal zittingen per behandeling is groter bij vrouwen, ouderen, ziekenfonds verzekerden, lager opgeleiden en niet-werkzame personen. Tevens is het aantal zittingen groter indien de aandoening of de klachten al langere tijd aanwezig zijn, indien men voor de klacht eerder fysiotherapeutische behandeling onderging en indien men ook psychosociale gevolgen van de klacht ondervindt. Verwijsindicaties waarbij het aantal zittingen relatief groot is zijn gonarthrosis, acute traumata van meniscus en kniebanden, andere ziekten van het bewegingsapparaat en andere ziekten van het zenuwstelsel. Het aantal zittingen is eveneens relatief groot indien stoornissen met betrekking tot krachtsvermindering, ademhaling, de circulatie en het zenuwstelsel zijn vastgesteld en indien er beperkingen in de zelfverzorging zijn gediagnosticeerd. Overigens laten de standaarddeviaties zien dat er aanzienlijke verschillen bestaan in het aantal zittingen per behandeling binnen elke afzonderlijke categorie. Het gemiddeld aantal zittingen per behandeling is afgenomen tussen 1989 en 1992.

Tabel 5.10.: Het gemiddelde aantal zittingen per fysiotherapeutische behandeling, de mediaan en de standaarddeviatie bij verschillende patiëntkenmerken (N=17.201)

| | Gemiddelde | Mediaan | Standaarddeviatie | Aantal patiënten |
|--|------------|---------|-------------------|------------------|
| Totaal | 12,99 | 10 | 16,07 | 17201 |
| Geslacht: | | | | |
| - man | 11,97 | 10 | 13,30 | 7847 |
| - vrouw | 13,85 | 11 | 18,02 | 9354 |
| Leeftijd: | | | | |
| - 0-19 jaar | 11,24 | 8 | 18,13 | 1184 |
| - 20-39 jaar | 10,87 | 9 | 11,59 | 6078 |
| - 40-64 jaar | 13,25 | 11 | 14,38 | 7158 |
| - 65 jaar en ouder | 17,76 | 12 | 24,54 | 2759 |
| Verzekeringsvorm: | | | | |
| - ziekenfonds | 13,48 | 11 | 17,01 | 12642 |
| - particulier | 11,64 | 9 | 13,08 | 4440 |
| Opleiding: | | | | |
| - geen, lager onderwijs | 15,12 | 11 | 21,06 | 3459 |
| - LBO, MAVO | 12,97 | 11 | 15,33 | 7994 |
| - HAVO, MBO, VWO | 12,38 | 10 | 13,92 | 3881 |
| - HBO, universiteit | 10,10 | 8 | 10,59 | 1567 |
| Werkzaam: | | | | |
| - nee | 14,07 | 11 | 18,34 | 11416 |
| - ja | 10,87 | 9 | 9,86 | 5785 |
| Duur aandoening: | | | | |
| - tot 1 week | 8,61 | 7 | 7,01 | 1515 |
| - vanaf 1 week - ½ jaar | 12,14 | 10 | 10,75 | 7109 |
| - langer dan ½ jaar | 14,74 | 11 | 20,71 | 7959 |
| Duur klacht: | | | | |
| - tot 1 week | 9,48 | 8 | 8,22 | 2589 |
| - vanaf 1 week - ½ jaar | 12,61 | 11 | 12,07 | 11647 |
| - langer dan ½ jaar | 18,30 | 12 | 30,26 | 2644 |
| Eerdere fysiotherapeutische behandeling zelfde klacht: | | | | |
| - nee | 11,89 | 10 | 12,11 | 10952 |
| - ja | 14,92 | 11 | 21,16 | 6249 |
| Psychosociale aspecten van de klacht: | | | | |
| - somatisch | 12,33 | 10 | 14,45 | 11354 |
| - psychosociale gevolgen | 16,27 | 12 | 20,00 | 2583 |
| - psychosociale oorzaak | 12,80 | 10 | 17,91 | 3075 |

(vervolg)

vervolg tabel 5.10

| | Gemiddelde | Mediaan | Standaard-deviatie | Aantal patiënten |
|---------------------------------------|------------|---------|--------------------|------------------|
| Verwijsindicatie: | | | | |
| - lage rugpijn, zonder uitstraling | 10,36 | 9 | 9,09 | 2380 |
| - symptomen/klachten nek | 11,65 | 10 | 9,66 | 2164 |
| - andere ziekten bewegingsapparaat | 14,39 | 11 | 16,77 | 1742 |
| - lage rugpijn met uitstraling | 13,16 | 10 | 15,10 | 1542 |
| - symptomen/klachten rug | 11,55 | 9 | 13,74 | 1373 |
| - symptomen/klachten schouder | 12,85 | 11 | 12,80 | 1171 |
| - syndromen cervicale wervelkolom | 13,95 | 12 | 14,97 | 1092 |
| - schoudersyndromen | 13,96 | 12 | 11,11 | 860 |
| - symptomen/klachten knie | 11,00 | 10 | 7,63 | 672 |
| - andere traumata bew.apparaat | 11,53 | 9 | 9,87 | 672 |
| - verworven afwijkingen wervelkolom | 12,21 | 9 | 15,95 | 650 |
| - chronisch inwendig trauma knie | 12,10 | 10 | 8,90 | 585 |
| - epicondylitis lateralis | 12,95 | 12 | 9,60 | 508 |
| - acute traumata meniscus/kniebanden | 15,25 | 12 | 15,17 | 468 |
| - verstuikingen/distorsies enkel | 9,21 | 8 | 6,12 | 387 |
| - symptomen/klachten been/dijbeen | 12,43 | 11 | 10,08 | 385 |
| - hoofdpijn | 11,57 | 10 | 10,28 | 358 |
| - handicap/beperking bew.apparaat | 13,87 | 11 | 17,15 | 353 |
| - gonarthrosis | 16,92 | 12 | 22,15 | 337 |
| - andere ziekten zenuwstelsel | 23,15 | 12 | 38,16 | 291 |
| Stoornissen: | | | | |
| - pijn | 12,67 | 10 | 14,49 | 15936 |
| - zwelling | 14,35 | 12 | 15,10 | 3522 |
| - houdingsstoornissen | 12,75 | 10 | 15,78 | 6920 |
| - verminderde bewegingsuitslag | 13,31 | 11 | 15,57 | 13524 |
| - afwijkende tonus musculatuur | 13,50 | 11 | 16,33 | 11717 |
| - krachtsvermindering | 15,40 | 12 | 18,89 | 6533 |
| - ademhalingsproblematiek | 17,49 | 10 | 34,28 | 737 |
| - stoornissen circulatie | 17,79 | 12 | 23,51 | 629 |
| - stoornissen zenuwstelsel | 15,34 | 12 | 19,61 | 2689 |
| - overige stoornissen | 14,31 | 11 | 18,79 | 4307 |
| Beperkingen: | | | | |
| - zelfverzorging | 17,03 | 12 | 22,19 | 4145 |
| - lichaamsbeheersing | 14,22 | 11 | 18,66 | 8544 |
| - verplaatsing | 14,17 | 11 | 18,01 | 10255 |
| - huishoudelijke/beroeps activiteiten | 13,28 | 11 | 16,37 | 14429 |
| - sport/hobby | 13,57 | 11 | 16,80 | 5909 |
| - andere activiteiten | 14,52 | 11 | 20,97 | 1925 |
| Eerste zitting in: | | | | |
| - 1989 | 15,23 | 12 | 20,70 | 2920 |
| - 1990 | 13,98 | 11 | 19,22 | 5795 |
| - 1991 | 12,44 | 10 | 12,56 | 4980 |
| - 1992 | 10,27 | 9 | 7,85 | 3506 |

Bron: Roebroek, Hutten, Kerssens et al., 1995 (BEEF).

Ter bepaling van de belangrijkste voorspellende variabelen van het aantal zittingen per behandeling is een regressie-analyse uitgevoerd (Roebroek, Hutten, Kerssens et al., 1995). De in tabel 5.10 genoemde variabelen verklaren samen ruim 16% van de variantie in het aantal zittingen. De belangrijkste voorspellende variabelen voor het aantal zittingen zijn: de diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut (stoornissen en beperkingen), de duur van de aandoening en de klacht en het wel of niet eerder

behandeld zijn voor dezelfde klacht. Daarna volgen de verwijscategorie, de leeftijd en het geslacht van de patiënt als voorspellende variabelen. Het is echter niet mogelijk om op basis van deze variabelen groepen patiënten te onderscheiden die in hoge mate homogeen zijn wat het aantal zittingen betreft.

In het PPP-onderzoek is de enkelvoudige samenhang tussen het aantal zittingen en een groot aantal variabelen (persoonskenmerken van patiënten, gegevens over de gezondheidszorgconsumptie en kenmerken van het gezondheidsprobleem) getoetst met behulp van Chi-kwadraattoetsen. Uit deze analyses komt naar voren dat een groot aantal variabelen significant samenhangt met het aantal zittingen per behandeling. Vanwege dit grote aantal variabelen dat significant samenhangt met het aantal zittingen en de onderlinge samenhang tussen de verschillende variabelen concludeert men ook in dit onderzoek dat het aantal zittingen niet kan worden gekoppeld aan bepaalde patiëntengroepen.

Behandelperiode

De periode van behandeling is weergegeven in tabel 5.11. Ruim een kwart van de behandelingen duurt een tot vier weken, bijna 20% duurt vier tot zes weken en een derde van de behandelingen duurt zes weken tot drie maanden.

Tabel 5.11.: Periode van de fysiotherapeutische behandeling (N=17.201)

| Periode | Percentage |
|---|------------|
| Tot en met 1 week | 7,3 |
| Langer dan 1 week tot en met 4 weken | 27,4 |
| Langer dan 4 weken tot en met 6 weken | 19,7 |
| Langer dan 6 weken tot en met 3 maanden | 33,3 |
| Langer dan 3 maanden | 12,3 |
| Totaal | 100,0 |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

Locatie van behandeling

Van het totale aantal zittingen geregistreerd in het BEEF-project (N=223.451) vond het grootste deel plaats in de praktijk van de fysiotherapeut (88,6%); 11,2% van de zittingen vond plaats bij de patiënt thuis. Van 0,2% is de locatie van behandeling niet bekend. Wellicht ten overvloede merken wij op dat het hier uitsluitend gegevens over de extramurale fysiotherapie betreft. De gegevens uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk komen vrijwel overeen: 87,7% van de contacten vond plaats in de praktijk van de fysiotherapeut; de overige contacten vonden plaats bij de patiënt thuis of in een zieken-, bejaarden- of verpleeghuis (Foets & Sixma, 1991).

5.3.3 Verwijzing

Verwijzers

Tabel 5.12 geeft een overzicht van de verwijzers van fysiotherapie-patiënten. Het grootste deel van de patiënten (81%) is door een huisarts verwezen; 16% is verwezen door een medisch specialist. De specialisten die het meest verwijzen voor fysiotherapie zijn de orthopeed, chirurg en neuroloog. De resterende 3% van de patiënten* komt op eigen initiatief of is verwezen door een andere arts (verpleeghuisarts, bedrijfsarts).

De gegevens uit het BRF-onderzoek en het PPP-onderzoek komen vrijwel overeen met de BEEF-gegevens.

Tabel 5.12.: Verwijzers van patiënten* voor extramurale fysiotherapie (N=17.201)

| Verwijzer | Percentage |
|--------------------------------------|------------|
| Huisarts | 80,9 |
| Medisch specialist | 16,1 |
| orthoeped | 43,4 |
| chirurg | 20,5 |
| neuroloog | 15,3 |
| reumatoloog | 5,4 |
| revalidatie-arts | 2,4 |
| internist | 2,4 |
| neurochirurg | 1,7 |
| uroloog | 1,4 |
| kinderarts | 1,3 |
| plastisch chirurg | 1,3 |
| overige | 4,9 |
| Overige verwijzers of geen verwijzer | 2,9 |
| Onbekend | 0,2 |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

Verwijscijfers

Over de verwijzingen door de huisarts naar de fysiotherapeut is nader onderzoek verricht door Kerssens en Curfs (1993). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een registratie in 1985 bij 59 huisartsen deelnemend aan het project Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Deze huisartsen hebben gedurende een periode van een jaar alle patiënten die zij verwezen naar de fysiotherapeut geregistreerd. Tabel 5.13 geeft de verwijscijfers⁵ weer.

Het totale verwijscijfer is 81 per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts; het gaat om ongeveer 47 nieuwe verwijzingen en 34 verlengingsverwijzingen per 1000 ingeschreven personen. Het verwijscijfer bij vrouwen is hoger dan het verwijscijfer bij mannen. Tevens neemt het verwijscijfer toe met de leeftijd; bij 65-plussers is het aantal verlengingsverwijzingen groter dan het aantal nieuwe verwijzingen. Het verwijscijfer bij ziekenfonds verzekerden is aanmerkelijk hoger dan het verwijscijfer bij particulier verzekerden.

⁵ Het verwijscijfer is gedefinieerd als het aantal patiënten dat per jaar door de huisarts wordt verwezen per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts. Het leeftijdsspecifieke verwijscijfer is het aantal verwezen patiënten in een bepaalde leeftijdscategorie per 1000 ingeschreven personen in diezelfde leeftijdscategorie. Voor andere specifieke verwijscijfers geldt een analoge operationalisatie.

Tabel 5.13.: Aantal nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen voor fysiotherapie per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

| | Nieuwe verwijzing | Verlengingsverwijzing | Totaal verwijscijfer |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| Geslacht | | | |
| man | 43,3 | 28,1 | 71,4 |
| vrouw | 51,0 | 38,6 | 89,6 |
| Leeftijd | | | |
| 0 - 14 | 8,8 | 5,2 | 13,0 |
| 15 - 24 | 29,4 | 12,4 | 41,8 |
| 25 - 34 | 49,9 | 25,8 | 75,7 |
| 35 - 44 | 70,2 | 40,2 | 110,4 |
| 45 - 54 | 78,8 | 51,5 | 130,3 |
| 55 - 64 | 69,5 | 50,7 | 120,2 |
| ≥ 65 | 59,0 | 83,0 | 142,0 |
| Verzekeringsvorm | | | |
| ziekenfonds | 58,9 | 50,0 | 108,9 |
| particulier | 28,2 | 6,6 | 33,8 |
| Totaal | 47,2 | 33,5 | 80,7 |

Bron: Kerssens & Curfs, 1993.

Uit de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is eveneens informatie verkregen over de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten (Junk, Dekker & Groenewegen, 1991). In dit project werden door 161 huisartsen gedurende drie maanden alle contacten met patiënten geregistreerd. Het onderzoek is in 1987/1988 verricht. In totaal zijn gegevens verzameld van 301.674 zorgepisodes⁶.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de huisarts in 2,6% van alle gevallen verwijst naar de fysiotherapeut. Dit percentage kan worden gespecificeerd op basis van de diagnose die door de huisarts bij de patiënt wordt gesteld. In tabel 5.14 staan de morbiditeitspecifieke verwijspersentages vermeld. Voor de classificatie van diagnosegroepen is gebruik gemaakt van de hoofdstukindeling van de International Classification of Primary Care (ICPC; Lamberts & Wood, 1987). De rechterkolom bevat het percentage zorgepisodes waarin naar de fysiotherapeut is verwezen.

⁶ Een zorgperiode kan worden omschreven als alle opeenvolgende contacten tussen huisarts en patiënt, die betrekking hebben op de behandeling van een bepaalde klacht.

Tabel 5.14.: Morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages voor verwijzingen door de huisarts naar de fysiotherapeut (N=285.184 zorgepisodes¹)

| Diagnosegroep (ICPC-hoofdstuk) | Verwijzpercentage |
|--------------------------------|-------------------|
| Algemeen (H10) | 0,6 |
| Bloed (H11) | 0,1 |
| Spijvertering (H12) | 0,1 |
| Oog (H13) | 0,1 |
| Oor (H14) | 0,0 |
| Hart/vaat (H15) | 0,2 |
| Bewegingsapparaat (H16) | 16,0 |
| Zenuwstelsel | 2,6 |
| Psyche (H18) | 1,2 |
| Ademhaling (H19) | 0,4 |
| Huid (H20) | 0,2 |
| Voeding (H21) | 0,3 |
| Urologie (H22) | 0,2 |
| Zwangerschap (H23) | 0,1 |
| Vrouwelijke genitaliën (H24) | 0,2 |
| Mannelijke genitaliën (H25) | 0,1 |
| Sociale problemen (H26) | 0,3 |
| Totaal | 2,6 |

¹ In 16.490 (5,5%) zorgepisodes is geen diagnose gesteld.
Bron: Uunk, Dekker & Groenewegen, 1991.

Uit de tabel blijkt dat de huisarts bij 16% van de gepresenteerde aandoeningen van het bewegingsapparaat naar de fysiotherapeut verwijst. Bij aandoeningen van het zenuwstelsel wordt in bijna 3% van de gevallen verwezen naar de fysiotherapeut; bij psychische aandoeningen in ruim 1% van de gevallen. Voor alle overige diagnosegroepen is het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut minder dan 1%.

5.3.4 Kenmerken van patiënten

In tabel 5.15 staan de kenmerken van fysiotherapie-patiënten* vermeld. Ter vergelijking zijn voor zover mogelijk eveneens de kenmerken van de Nederlandse bevolking weergegeven.

Uit deze tabel blijkt dat iets meer vrouwen dan mannen een fysiotherapeutische behandeling ondergaan. De helft van de patiënten* is tussen 15 en 45 jaar. Het percentage kinderen onder 15 jaar dat onder behandeling is van een fysiotherapeut is zeer gering (bijna 3%). Een relatief groot deel van de fysiotherapie-patiënten* (bijna driekwart) is ziekenfonds verzekerd. Vrijwel alle patiënten* zijn thuiswonend. Fysiotherapie-patiënten* zijn in vergelijking tot de algemene bevolking lager opgeleid. Ruim de helft van de fysiotherapie-patiënten* heeft een baan, maar ongeveer een derde van deze werknemers geeft aan tijdelijk ziek te zijn. Opgemerkt moet worden dat bijna 11% van de patiënten* niet naar beroepsstatus kon worden ingedeeld vanwege te weinig of tegenstrijdige informatie.

Tabel 5.15.: Kenmerken van patiënten* onder fysiotherapeutische behandeling (N=17.201) en kenmerken van de Nederlandse bevolking

| | Patiënten* | Bevolking |
|---------------------------------|------------|-----------|
| Geslacht (%) | | |
| man | 45,6 | 49,4 |
| vrouw | 54,4 | 50,6 |
| Leeftijd (%) | | |
| 0 - 14 | 2,7 | 18,2 |
| 15 - 24 | 11,3 | 15,2 |
| 25 - 34 | 18,7 | 16,9 |
| 35 - 44 | 20,5 | 15,7 |
| 45 - 54 | 17,5 | 11,7 |
| 55 - 64 | 13,0 | 9,3 |
| 65 - 74 | 9,6 | 7,4 |
| ≥ 75 | 6,5 | 5,5 |
| Verzekeringsvorm | | |
| ziekenfonds | 73,5 | 61,8 |
| particulier | 25,8 | 37,5 |
| niet verzekerd/onbekend | 0,7 | 0,6 |
| Woonvorm (%) | | |
| thuis | 97,0 | |
| idem met speciale voorzieningen | 0,9 | |
| verzorgingstehuis | 1,6 | |
| verpleegkliniek | 0,0 | |
| anders | 0,2 | |
| onbekend | 0,2 | |
| Opleiding (%) | | |
| geen | 0,6 | |
| lager onderwijs | 19,5 | 18,0 |
| lager beroepsonderwijs | 35,7 | 17,9 |
| MAVO | 10,7 | 10,9 |
| HAVO/WVO | 5,2 | 6,6 |
| middelbaar beroepsonderwijs | 17,4 | 30,4 |
| hoger beroepsonderwijs | 6,6 | 11,5 |
| universiteit | 2,6 | 4,5 |
| onbekend | 1,7 | 4,5 |
| Beroepsstatus (%) | | |
| scholier/student | 6,4 | |
| huisvrouw/-man | 11,9 | |
| werkend (baan) | 51,1 | |
| werkloos | 2,2 | |
| gepensioneerd | 12,2 | |
| arbeidsongeschikt | 5,6 | |
| onbekend | 10,6 | |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF), CBS.

Wat de kenmerken van fysiotherapie-patiënten betreft is een vergelijking mogelijk met de FON-onderzoeken.

In het BRF-onderzoek is het aandeel mannelijke patiënten iets groter (48%) dan in het BEEF-project. 63% van de patiënten valt in de leeftijdscategorieën tussen 25 en 54 jaar; deze leeftijdscategorieën zijn in het BRF-onderzoek dus groter dan in BEEF. Daarentegen zijn de patiëntengroepen van 55 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder kleiner. De gegevens over de verzekeringsvorm zijn nagenoeg identiek aan BEEF. Ook uit het

BRF-onderzoek blijkt dat vrijwel alle (extramurale) fysiotherapie-patiënten zelfstandig wonen. Gegevens over de opleiding zijn in dit onderzoek alleen verzameld van patiënten die nog schoolgaand waren; ook de indeling naar beroepsstatus is niet goed vergelijkbaar.

De vergelijking met het PPP-onderzoek betreft de variabelen geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm en opleiding. Het aandeel mannelijke patiënten is in het PPP-onderzoek iets kleiner (44%) dan in BEEF. De leeftijdsgegevens komen ongeveer overeen. Het percentage ziekenfonds verzekerden is in het PPP-onderzoek lager (67%) dan in het BEEF-project. De patiënten in het PPP-onderzoek zijn bovendien hoger opgeleid.

5.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

In totaal zijn ten behoeve van de 17.201 behandelingen 25.590 verwijsindicaties in het BEEF-project geregistreerd. Deze zijn ingedeeld op basis van de ICPC. In tabel 5.16 staan de twintig meest voorkomende verwijsindicaties vermeld. Deze verwijsindicaties vormen samen ruim driekwart van het totale aantal geregistreerde verwijsindicaties (Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995).

De verwijsindicaties hebben vooral betrekking op rug-, nek- en schouderklachten. Ook knieklachten zijn ruim vertegenwoordigd.

Tabel 5.16.: Meest voorkomende verwijsindicaties bij fysiotherapie-patiënten* (N=25.590)¹

| Verwijsindicatie | Percentage van het totale aantal verwijsindicaties |
|--|--|
| Lage rugpijn, zonder uitstraling (L03) | 10,2 |
| Symptomen en klachten nek (L01) | 9,8 |
| Andere aandoeningen bewegingsapparaat (L99) | 7,2 |
| Lage rugpijn met uitstraling (L86) | 6,6 |
| Symptomen en klachten rug (L02) | 6,1 |
| Symptomen en klachten schouder (L08) | 5,2 |
| Syndromen cervicale wervelkolom (L83) | 4,6 |
| Schouder syndromen (L92) | 3,7 |
| Symptomen en klachten knie (L15) | 3,0 |
| Verworven afwijkingen wervelkolom (L85) | 2,8 |
| Andere traumata bewegingsapparaat (L81) | 2,6 |
| Chronisch inwendig trauma knie (L97) | 2,5 |
| Epicondylitis lateralis (L93) | 2,0 |
| Acute traumata meniscus/kniebanden (L96) | 2,0 |
| Symptomen en klachten been/dijbeen (L14) | 1,6 |
| Verstuikingen/distorsies enkelgewricht (L77) | 1,5 |
| Beperkingen (pijn bij .. / pijn na ..) (L28) | 1,4 |
| Hoofdpijn (N01) | 1,4 |
| Arthrosis deformans knie (L90) | 1,3 |
| Andere ziekten zenuwstelsel (N99) | 1,2 |
| Overige verwijsindicaties | ... |
| Totaal | 100,0 |

¹ Per patiënt zijn maximaal vier verwijsindicaties geregistreerd.
Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

De bovenstaande gegevens zijn verkregen op basis van het registratie-onderzoek onder **fysiotherapeuten**. In de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de

huisartspraktijk werd door de huisartsen de diagnose geregistreerd van de patiënten die door hen werden verwezen naar de fysiotherapeut (Uunk, Dekker & Groenewegen, 1991). Hierbij is eveneens gebruik gemaakt van de ICPC-classificatie.

Van het totaal aantal verwijzingen van de huisarts naar de fysiotherapeut heeft 85,5% betrekking op aandoeningen van het bewegingsapparaat, 4,0% van de verwijzingen heeft te maken met psychische klachten en 3,1% van de verwijzingen heeft betrekking op aandoeningen van het zenuwstelsel. De meest voorkomende diagnoses van huisartspatiënten die naar de fysiotherapeut worden verwezen zijn myalgie/fibrositis, lumbago, schouderafwijking, tendinitis/synovitis en epicondylitis lateralis⁷.

Ook in het onderzoek van Kerssens en Curfs (1993) werd door de peilstationartsen de verwijsdiagnoses voor fysiotherapie geregistreerd. Deze zijn echter geïnclassificeerd volgens de International Classification of Diseases (ICD-9-CM). De meest voorkomende verwijsdiagnoses in dit onderzoek waren lage rugklachten zonder uitstraling (lumbago), overige aandoeningen van de rugmusculatuur en aandoeningen van perifere aanhechtingen van banden of spieren van de schouderstreek.

Eerdere zorg voor klacht

Het BEEF-project en het PPP-onderzoek geven inzicht in de eerdere zorg die aan de klachten is besteed. Uit het BEEF-project blijkt dat 36% van de patiënten* al eerder voor dezelfde klachten met fysiotherapie is behandeld. Verder is bij 47% het afgelopen half jaar een of meerdere medische interventie(s) toegepast met betrekking tot deze klachten. Bij 40% van de patiënten* die een medische interventie hebben ondergaan betreft het medicatie, bij 33% röntgenopnamen en bij 9% een operatie. Uit het PPP-onderzoek komt naar voren dat 39% van de patiënten medisch therapeutische interventies⁸ voor de klachten ondergaat of in het verleden heeft ondergaan. Het gaat daarbij om medicatie (25% van het totaal aantal patiënten), operaties (6%) of andere medisch therapeutische interventies (8%).

PPP-gegevens laten zien dat 61% van de patiënten met een nieuwe verwijzing voor fysiotherapie de huisarts of specialist meerdere keren heeft geconsulteerd voor de klachten; 39% heeft één consult gehad, namelijk het consult waarin men de verwijzing heeft verkregen.

Duur van de klacht

Zowel het BEEF-project als de beide FON-projecten geven informatie over de duur van de klacht waarvoor fysiotherapeutische hulp wordt ingeroepen. Tabel 5.17 geeft de frequentieverdeling van de BEEF-gegevens weer. Uit de tabel blijkt dat bij ruim de helft van de patiënten* de klachten niet langer dan zes weken aanwezig waren. Minder dan 10% van de patiënten* heeft de klachten al langer dan een jaar.

⁷ Opgemerkt moet worden dat de gegevens van de Nationale studie moeilijk vergelijkbaar zijn met de BEEF-gegevens, omdat in deze projecten de diagnoses op een verschillend ICPC-niveau zijn geregistreerd. Daarnaast kregen de BEEF-fysiotherapeuten niet alleen patiënten op verwijzing van de huisarts, maar ook via andere verwijzers. Tenslotte konden in het BEEF-project maximaal vier verwijsindicaties per patiënt worden geregistreerd, terwijl in de Nationale studie slechts een diagnose werd geregistreerd.

⁸ BEEF en FON/PPP zijn hier niet goed vergelijkbaar, omdat het bij BEEF om alle medische interventies gaat (dus ook diagnostiek) en bij FON/PPP alleen om medisch therapeutische interventies.

Tabel 5.17.: Duur van de klacht bij patiënten* die naar de fysiotherapeut zijn verwezen (N=17.201)

| Duur van de klacht | Percentage patiënten* |
|---|-----------------------|
| 0 tot en met 7 dagen | 15,1 |
| Langer dan 1 week tot en met 6 weken | 36,3 |
| Langer dan 6 weken tot en met 3 maanden | 19,0 |
| Langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar | 18,7 |
| Langer dan 1 jaar | 9,1 |
| Onbekend | 1,9 |

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

De gegevens uit de PPP-registratie geven een ander beeld; ruim een kwart (26%) van de patiënten die voor fysiotherapie zijn verwezen heeft de klachten al meer dan een jaar, terwijl slechts 10% de klachten pas sinds een week heeft. De frequentieverdeling van BRF zit tussen de BEEF- en PPP-verdelingen in.

Diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut

Fysiotherapeuten baseren hun behandelplan niet uitsluitend op de medische diagnose of verwijsindicatie, maar verrichten zelf eveneens diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut, de geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies zijn in figuur 5.7 weergegeven.

Figuur 5.7.: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de fysiotherapeut

| Diagnostische bevindingen fysiotherapeut | Behandeldoelen | Interventies/behandelvormen |
|--|---|--|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen en beperkingen | Selectie van stoornissen en beperkingen; de behandeling is primair gericht op deze stoornissen en beperkingen | Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen en beperkingen |

Bron: Dekker, 1996.

De diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut kunnen worden onderscheiden in stoornissen en beperkingen. Tabel 5.18 geeft weer hoe vaak een stoornis of beperking wordt vastgesteld.

Pijn is een stoornis die bij vrijwel alle fysiotherapie-patiënten* aanwezig is. Een verminderde bewegingsuitslag wordt bij bijna 80% van de patiënten* vastgesteld. Bewegingsbeperkingen worden het meest waargenomen in de gewrichten van de wervelkolom/rug en in de schouder- en kniegewrichten. Een afwijkende tonus musculatuur wordt eveneens bij een ruime meerderheid van de patiënten* gediagnostiseerd. Bij ongeveer 40% van de patiënten* worden daarnaast houdingsstoornissen en krachtvermindering vastgesteld.

Ook uit het BRF-onderzoek en het PPP-onderzoek komt naar voren dat pijn, een verminderde bewegingsuitslag en een afwijkende tonus musculatuur de meest voorkomende stoornissen zijn.

Naast stoornissen worden vaak beperkingen vastgesteld. De meest voorkomende beperkingen zijn beperkingen bij huishoudelijke activiteiten en in de beroepsuitoefening en beperkingen bij het zich verplaatsen. Bij de helft van de patiënten* worden ook beperkingen in de lichaamsbeheersing vastgesteld.

Vanwege andere indelingen zijn vergelijkingen met de FON-onderzoeken hier niet goed uitvoerbaar.

Tabel 5.18.: Stoornissen en beperkingen bij fysiotherapie-patiënten* (N=17.201)

| | Percentage |
|------------------------------|------------|
| Stoornissen | |
| pijn | 92,6 |
| verminderde bewegingsuitslag | 78,6 |
| afwijkende tonus musculatuur | 68,1 |
| houdingsstoornissen | 40,2 |
| krachtsvermindering | 38,0 |
| overige stoornissen | 25,0 |
| zwellings | 20,5 |
| stoornissen zenuwstelsel | 15,6 |
| ademhalingsproblematiek | 4,3 |
| stoornissen circulatie | 3,7 |
| Beperkingen | |
| huishouden en beroep | 83,9 |
| verplaatsing | 59,6 |
| lichaamsbeheersing | 49,7 |
| sport en hobby | 34,4 |
| zelfverzorging | 24,1 |
| andere activiteiten | 11,2 |

Bron: Dekker & Van Baar, 1995 (BEEF).

5.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

De behandeldoelen konden evenals de diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut worden gekozen op het niveau van stoornissen en beperkingen. Fysiotherapeuten kiezen hun behandeldoelen het meest op het niveau van stoornissen. De keuze van behandeldoelen in termen van stoornissen staat in tabel 5.19 vermeld. Uit de tabel blijkt dat pijnbestrijding, herstel verminderde bewegingsuitslag en regulering van de tonus het meest frequent als behandeldoel worden gekozen. Dit komt overeen met de meest frequent vastgestelde stoornissen. Echter, het verschil in de percentages tussen tabel 5.18 en 5.19 geeft aan, dat deze stoornissen niet altijd als behandeldoelen worden gekozen.

Beperkingen worden relatief weinig als behandeldoelen gekozen. We noemen hier de belangrijkste: het doen verminderen van beperkingen in het handhaven van het normale tempo in het beroep (23,3%), het doen verminderen van beperkingen in het lopen (15,2%) en het doen verminderen van beperkingen in het langere tijd zitten (8,3%).

Tabel 5.19.: Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen, in de fysiotherapeutische behandeling (N=17.201)

| Behandeldoelen | Percentage ¹ |
|---|-------------------------|
| Pijn bestrijden | 61,1 |
| Herstel verminderde bewegingsuitslag | 45,8 |
| Regulering spiertonus | 41,8 |
| Herstel functie wervelkolom en andere gewrichten | 22,6 |
| Verbetering spierkracht | 18,1 |
| Verbeteren van overige stoornissen | 14,0 |
| Verbeteren van houdingsstoornis | 12,5 |
| Doen afnemen van zwelling | 9,1 |
| Herstel stabilisatie wervelkolom en andere gewrichten | 6,4 |
| Vermindering ademhalingsproblematiek | 2,5 |

¹ De som van alle percentages is groter dan 100, omdat per behandeling meerdere behandeldoelen konden worden genoemd.

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

In het BRF-onderzoek zijn eveneens behandeldoelen geregistreerd, echter niet op het niveau van stoornissen en beperkingen. Voor elke patiënt is gevraagd om expliciet aan te geven of bepaalde behandeldoelen werden nagestreefd. Het betrof: inzicht geven in ziektebeeld, inzicht geven in functioneren, leren omgaan met klachten, voorkomen van somatische fixatie en andere behandeldoelen. In het eerste contact wordt bij 62% van de patiënten het geven van inzicht in het functioneren als behandeldoel aangegeven; bij 46% wordt het geven van inzicht in het ziektebeeld vermeld en bij 38% het leren omgaan met de klacht.

Interventies

Fysiotherapeuten beschikken over een breed scala aan interventies/behandelvormen. Vaak worden gedurende een behandeling meerdere interventies toegepast. De toegepaste interventies zijn in tabel 5.20 weergegeven. In de middelste kolom staat vermeld welk aandeel de betreffende interventie heeft in het totaal van alle interventies die zijn toegepast in de fysiotherapeutische behandelingen. In de rechterkolom staat vermeld in welk percentage van de fysiotherapeutische behandelingen de betreffende interventie is toegepast.

Tabel 5.20.: Toegepaste fysiotherapeutische interventies, relatief aandeel in totaal van interventies en het percentage van behandelingen waarin de interventie is toegepast (N=17.201)

| Interventies | Percentage in het totaal van alle toegepaste interventies | Percentage van behandelingen waarin interventie is toegepast |
|-------------------------------|---|--|
| Massage therapie | 24,0 | 65,1 |
| massagetherapie | 22,3 | 62,6 |
| bronchiaal toilet | 1,0 | 1,5 |
| overige mass.ther. | 0,7 | 2,9 |
| Manuele therapie ¹ | 11,2 | 33,3 |
| Bewegingstherapie | 19,9 | 56,9 |
| bewegingstherapie | 19,4 | 56,4 |
| overige bewegingsther. | 0,5 | 1,1 |
| Fysische therapie | 21,4 | 57,8 |
| interferentietherapie | 6,1 | 21,0 |
| ultrageluidstherapie | 7,0 | 23,0 |
| hoogfreq. electrother. | 3,0 | 11,1 |
| warmte en koude therapie | 2,8 | 10,3 |
| diadynamische stroomvormen | 0,5 | 1,9 |
| overige fysische therapie | 2,1 | 7,4 |
| Instructie en advies | 11,2 | 50,6 |
| instructie oefeningen | 9,6 | 45,6 |
| adviseren leefregels | 1,6 | 15,2 |
| Totaal overige | 12,3 | 91,2 |
| bandageren | 0,7 | 3,6 |
| onderzoeken | 7,4 | 87,0 |
| overige | 4,3 | 35,0 |

¹ Met de behandelvorm manuele therapie wordt niet verwezen naar de verbijzondering, maar naar een niet nader omschreven categorie manuele therapie.

Bron: Van der Valk, Dekker & Boschman, 1995 (BEEF).

Uit tabel 5.20 blijkt dat massagetherapie en fysische therapie het grootste deel uitmaken van het totaal aan toegepaste behandelvormen. Ook bewegingstherapie neemt een belangrijke plaats in de behandeling in.

In het merendeel van de behandelingen wordt tenminste één maal massagetherapie (65%), fysische therapie (58%) of bewegingstherapie (57%) toegepast. In de helft van de behandelingen wordt tenminste een maal ook instructie en advies gegeven aan de patiënt. De categorie "totaal overige" laat zien dat in meer dan 90% van de behandelingen nog andere interventies worden toegepast; dit betreft met name onderzoek bij de patiënt.

In het BRF-onderzoek zijn eveneens de fysiotherapeutische interventies geregistreerd; hierbij is echter een andere indeling gehanteerd.

5.4 Kwaliteit en doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg

5.4.1 Kwaliteitsbeleid bij fysiotherapeutische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) en de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) zijn bezig om een gezamenlijk kwaliteitsbeleid op schrift te stellen. Er is een kwaliteitsfunctionaris aangesteld en er is gewerkt aan de vorming en training van een landelijk netwerk van lokale en regionale kaderleden, die een belangrijke rol moeten gaan spelen bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid.

De fysiotherapie beschikt over een uniform classificatiesysteem van stoornissen en beperkingen op basis van de ICDH (Heerkens, 1993), er bestaan uniforme richtlijnen voor de verslaglegging (Reitsma & Den Hartog, 1993) en er is een ontwerpstandaard voor de Classificatie van Verrichtingen door de Paramedische Bewegingsgroepen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994a).

Binnen het project Kreeft (Kwaliteitsbevordering door Registratie in de eerstelijns Fysiotherapie) worden kwaliteitsindicatoren en kwaliteitscriteria ontwikkeld en gevalideerd teneinde de kwaliteit van fysiotherapeutische handelingen in de eerste lijn te registreren.

De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF; nu Nederlands Paramedisch Instituut) heeft in 1989 het Fysiotherapie Informatie Model (FIM) ontwikkeld. Het betreft een referentie-informatiemodel voor fysiotherapie-praktijken en -instellingen. Het FIM kan worden beschouwd als een hulpmiddel voor het vormgeven van het informatie-beleid van een fysiotherapie-organisatie.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

De normering ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** is in een ver gevorderd stadium; men beschikt over een beroepsprofiel, beroepscode, ethische code en gedragsregels en een modelovereenkomst fysiotherapeut-patiënt.

Ten aanzien van het **methodisch/technisch handelen** heeft men een deskundigheidsomschrijving en profielschetsen ontwikkeld. Er zijn nog geen landelijk uniforme richtlijnen ten aanzien van behandelingen (Dit betreft de vraag: Wat te doen bij welke patiënt?). Wel heeft het KNGF in samenwerking met het CBO en het Nederlands Para-

medisch Instituut een model ontwikkeld als stramien voor (het ontwikkelen van) centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen. Het doel hiervan is onder andere het terugdringen van de intertherapeuten-variantie. Op dit moment wordt gewerkt aan centrale richtlijnen voor twee aandoeningen, stress-incontinentie en inversietrauma van de laterale enkel.

Wat de organisatie van de beroepsuitoefening betreft zijn er inrichtingseisen voor de praktijk opgesteld; richtlijnen ten aanzien van overdracht zijn in ontwikkeling.

Verbetermethodes/-acties

De beroepsverenigingen houden zich niet direct bezig met de kwaliteit van de initiële opleiding; dit is de verantwoordelijkheid van de opleidingen zelf. De opleidingseisen zijn geregeld via een AMvB. Wel beschikt men over een overzicht van het aanbod aan na- en bijscholing. Er wordt op dit moment gewerkt aan criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen alsmede criteria voor herintreders.

Het KNGF schat dat ongeveer een kwart van de intramuraal werkende fysiotherapeuten aan een vorm van toetsing deelneemt (naast de toetsing door de hoofden van afdelingen) (Den Hartog, 1993). In de extramuraal fysiotherapie verkeert toetsing in het experimentele stadium.

Behoud en borging

In het kader van de Wet BIG zal door de overheid een registratiesysteem worden ingesteld van bevoegde fysiotherapeuten. In het toekomstige beleid van het KNGF zullen plannen ten aanzien van herregistratie gekoppeld aan kwaliteitseisen nader worden uitgewerkt. Bij enkele deelverenigingen in de fysiotherapie worden op dit moment door de vereniging zelf reeds dergelijke herregistratiesystemen gehanteerd.

In een aantal regio's worden kwaliteitseisen in overeenkomsten met verzekeraars vastgelegd (Coolman, 1990; Taverne, 1990; Wiegant, 1993).

Fysiotherapeuten vallen onder het wettelijk tuchtrecht.

5.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de fysiotherapie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast?), 4. onderzoek ter evaluatie van de effectiviteit van deze interventies (wat is het effect van deze behandelingen?), 5. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 6. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

In vergelijking tot de andere paramedische beroepen is in de fysiotherapie relatief veel onderzoek verricht (413 studies). Uit tabel 5.21 komt naar voren dat met name veel interventiestudies zijn uitgevoerd (130). Interventiestudies betreffen vooral de ontwik-

keling van behandelprogramma's, explicitering van interventies en studies waarin behandelmethoden worden geëvalueerd. De meeste interventiestudies hebben betrekking op interventies bij traumata en postoperatieve klachten, kinderrevalidatie, de behandeling van rug-, nek- en schouderklachten en trainingsprogramma's bij hartpatiënten.

Van de 85 verrichte effectstudies hebben er 15 betrekking op rug-, nek- en schouderklachten. Het gaat hierbij met name om het vaststellen van de effectiviteit van bepaalde interventies bij lage rugklachten. Tevens zijn 15 effectstudies uitgevoerd op het gebied van traumata en postoperatieve klachten. Specifieke interventies zoals lasertherapie bij enkeltraumata, ultra-geluid, myofeedback en oefentherapie bij nek- en schouderklachten zijn op hun effectiviteit onderzocht.

In de fysiotherapie is eveneens veel onderzoek verricht naar (de ontwikkeling van) meetinstrumenten (81 studies). De toepasbaarheid van de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH) stond in acht projecten centraal. In 26 onderzoeksprojecten zijn meetinstrumenten ontwikkeld, bijvoorbeeld meetinstrumenten voor spierkracht, spierfunctie, motoriek, looppatroon en houdings- en bewegingsgedrag.

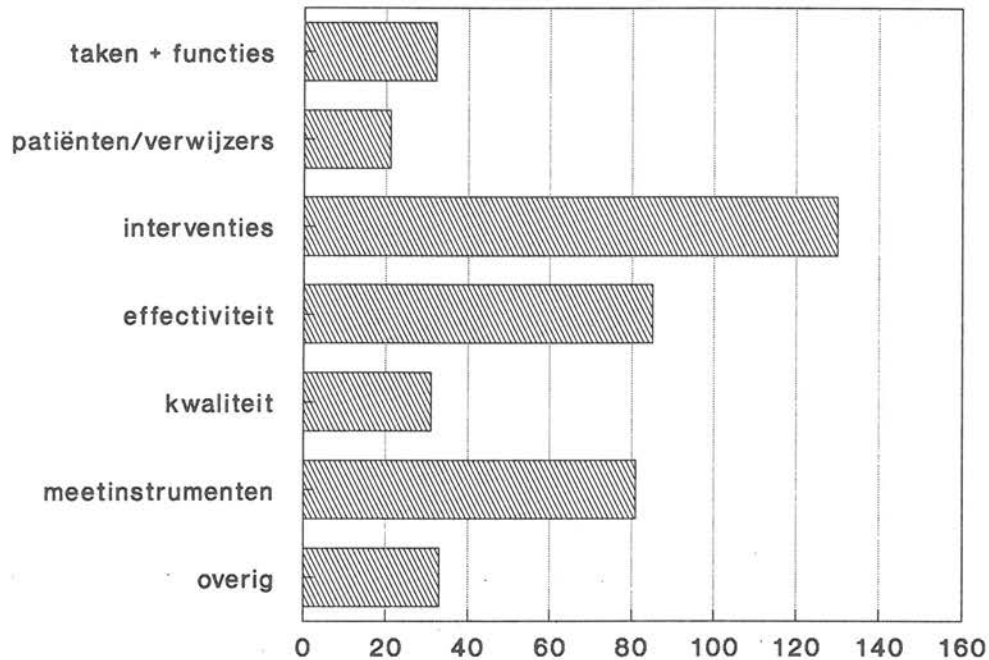
Tabel 5.21.: Aantal onderzoeken in de fysiotherapie per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|--------------------------------|--------|
| Taken en functies | 32 |
| Patiënten en verwijzers | 21 |
| Interventies | 130 |
| preventie en voorlichting | 8 |
| rug, nek, schouder | 13 |
| traumata en postoperatief | 28 |
| reumatoïde aandoeningen | 5 |
| hart- en vaatziekten | 11 |
| aandoeningen van de luchtwegen | 8 |
| hersenletsel | 4 |
| chronisch zieken | 10 |
| pijn | 3 |
| incontinentie | 7 |
| kinderrevalidatie | 14 |
| diversen | 19 |
| Effectiviteit | 85 |
| rug, nek, schouder | 15 |
| traumata en postoperatief | 15 |
| reumatoïde aandoeningen | 9 |
| hart- en vaatziekten | 1 |
| aandoeningen van de luchtwegen | 9 |
| hersenletsel | 3 |
| chronisch zieken | 7 |
| pijn | 1 |
| incontinentie | 2 |
| kinderrevalidatie | 6 |
| hulpmiddelen | 4 |
| diversen | 5 |
| meta-studies | 8 |
| Kwaliteit | 31 |
| Meetinstrumenten | 81 |
| Overig | 33 |
| Totaal | 413 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 5.8 is gebaseerd op tabel 5.21 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 5.8.: Aantal uitgevoerde onderzoeken in de fysiotherapie per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

5.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de fysiotherapie

Regulering en financiering

De beroepsverenigingen van fysiotherapeuten (KNGF, VVF en LVFD) besteden momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. In tegenstelling tot de andere paramedische beroepsgroepen valt de fysiotherapie in de Wet BIG onder de artikel-3 regeling. Een belangrijke element uit deze regeling is dat door de overheid een registratiesysteem van bevoegde fysiotherapeuten wordt ingesteld. In het toekomstig beleid van de beroepsverenigingen van fysiotherapeuten zullen plannen ten aanzien van herregistratie worden uitgewerkt. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

Ten aanzien van de organisatie van de financiering van de gezondheidszorg vindt een herordening plaats in drie compartimenten:

1. de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's, zoals de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg (AWBZ);
2. de kortdurende en curatieve zorg, zoals de ziekenhuiszorg en de huisarts (Ziekenfondswet);

3. de zorg die niet onder het wettelijk verzekerd pakket valt en waarvoor men zich vrijwillig kan bijverzekeren.

Voor de fysiotherapie is nog niet duidelijk welk deel van de zorg in welk compartiment terecht komt. Met name een overheveling van een deel van de zorg naar het derde compartiment zal voor de fysiotherapie grote consequenties kunnen hebben.

Per 1 januari 1996 is de beperkende maatregel ingevoerd met betrekking tot de aanspraken op fysiotherapie (en oefentherapie). Deze ingreep moet leiden tot een vermindering van de kosten voor fysiotherapie. Volgens de gewijzigde regeling worden maximaal negen zittingen fysiotherapie vergoed. Voor verlenging van het maximum aantal zittingen komen slechts die aandoeningen in aanmerking die voorkomen op de lijst 'Indicaties langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie'.

De invoering van deze ingreep zal gevolgen hebben voor het gebruik van fysiotherapeutische zorg: het is mogelijk dat een verschuiving optreedt in het volume van de zorg en het gemiddeld aantal zittingen. De populatie patiënten die gebruik maakt van fysiotherapeutische hulp zal eveneens een veranderd beeld kunnen opleveren. Concrete uitspraken over de consequenties van de beperkende maatregel op de fysiotherapie kunnen echter pas worden gedaan na formele evaluatie. Deze evaluatie wordt naar verwachting in 1996 uitgevoerd.

Een mogelijk alternatief voor bezuiniging op de kosten voor fysiotherapie is gelanceerd door ZAO Zorgverzekeringen, het zogenoemde dienstenmodel. De zorgverzekeraar stelt voor de indicaties voor paramedische zorg te vertalen in indicaties voor specifieke zorgproducten. Dit houdt in dat de fysiotherapeut zelf kan bepalen welk zorgproduct wordt aangeboden aan de patiënt en zich niet uitsluitend richt op de verwijfsindicatie. Mogelijke zorgproducten fysiotherapie zijn: consult, diagnostiek, advies/informatie, behandeling (individueel of groepsgewijs) of begeleiding. Elk zorgproduct zal worden gedefinieerd aan de hand van een aantal parameters, bijvoorbeeld welke therapeutische technieken gebruikt worden en hoeveel zittingen men verwacht nodig te hebben.

In 1996 zal ZAO Zorgverzekeringen een experiment uitvoeren met het dienstenmodel fysiotherapie. Ook hier zal een formele evaluatie duidelijk moeten maken wat de consequenties zijn van een dergelijke oplossing.

Het project 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' (CFO) kan eveneens in het kader van de veranderingen in de regulering genoemd worden. Het doel van het CFO-project was om vast te stellen wat het effect is van de invoering van de mogelijkheid voor huisartsen om door te verwijzen naar de fysiotherapeut voor een eenmalige consultatie. In 1992/1993 is met het CFO geëxperimenteerd. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten zijn positief over de toepassing en de kwaliteit van het CFO. Voor structurele invoering van het CFO is echter formalisering in de wet noodzakelijk en dienen overeenkomsten tussen de verschillende betrokken partijen te worden gerealiseerd (Hendriks, Wagner, Dekker et al., 1994).

Aanbod van fysiotherapeutische zorg

Fysiotherapeuten hebben een spectaculaire groei doorgemaakt wat betreft het aantal beroepsbeoefenaren. Dit wordt duidelijk als we ons realiseren dat er in 1972 sprake was van \pm 1.500 beroepsbeoefenaren. Het aantal behandelingen en de daarmee gepaard gaande kosten zijn navenant gestegen. In de jaren 80 zijn verschillende maatregelen genomen om de kostenstijging af te remmen.

Vraag en aanbod zijn in de fysiotherapie slecht op elkaar afgestemd. In 2005 zal het aanbod de vraag met ruim 10.000 personen overtreffen. Er is in de toekomst weinig ruimte meer voor extra fysiotherapeuten in de eerste lijn (Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg, 1992).

In vergelijking met de andere paramedische beroepen hebben de fysiotherapeuten verreweg het hoogste werkloosheidscijfer; circa 18% heeft een jaar na afstuderen nog geen baan.

Vraag naar fysiotherapeutische zorg

Ondanks de - zij het geringe - stijging van het aanbod van fysiotherapeuten, daalt de produktie, in die zin dat het aantal contacten met de fysiotherapeut is afgenomen.

Zoals reeds eerder genoemd zal de beperking op de aanspraken fysiotherapie mogelijk consequenties hebben voor het gebruik van zorg. Veel ziektekostenverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan voor vormen van fysiotherapie die per 1 januari jongstleden niet langer standaard vergoed worden. Indien veel verzekerden gebruik zullen maken van deze aanvullende verzekeringen, zal de verschuiving in het gebruik van zorg minder duidelijk zichtbaar worden. Concrete evaluatie van de consequenties van de invoering tot maximaal negen zittingen zal hierover echter meer duidelijkheid bieden.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats.

Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot informatievoorziening paramedische zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

Specifiek met betrekking tot het kwaliteitsbeleid in de fysiotherapie kan worden gewezen op projecten (KREEFT, FIM, FYTELL), waarin verschillende kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld en uitgetest. De aandacht is nu vooral gericht op de implementatie van het kwaliteitsbeleid.

6 LOGOPEDIE

6.1 Inleiding

6.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Logopedisten houden zich bezig met stoornissen in de communicatie, met name spraak-, stem-, taal- en gehoorstoornissen en primaire mond- en keelfunctiestoornissen. De twee belangrijkste toepassingen van logopedie zijn preventief, voornamelijk in het onderwijs, en curatief, voornamelijk in de gezondheidszorg. Het beroep is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen. In het Logopedistenbesluit wordt het deskundigheidsgebied van de logopedist omschreven als: het beroepsmatig ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige of tandarts tot een geneeskundig doel:

- a) Uitwendig onderzoeken of en in hoeverre bij de patiënt de vermogens tot spreken aanwezig zijn en de gehoor-, stem- of spraakorganen functioneren - daaronder begrepen de invloed van de ademhaling op de stemgeving - alsmede, mede gezien in verband met de persoonlijkheid van de patiënt en diens relatie tot zijn omgeving, nagaan of en welke stoornissen in het aanwenden van de taal of in het spreken aanwezig zijn;
- b) Verrichten van handelingen, gericht op
 1. het herstellen of verbeteren van het functioneren van de gehoor, stem- of spraakorganen van de patiënt of het voor de stemgeving nodige reguleren van de ademhaling door de patiënt;
 2. het opheffen van bij de patiënt aanwezige stoornissen in het spreken of het doen gebruiken van de taal door de patiënt, al dan niet in samenhang met de daartoe nodige beïnvloeding van beweging of gedrag;
 3. in het kader van de onder b. bedoelde handelingen, begeleiden van de patiënt bij het door deze aanwenden van medische hulpmiddelen die het functioneren van de gehoor-, stem- of spraakorganen bevorderen of deze organen geheel of ten dele vervangen.

Tevens is het beroepsmatig geven van onderwijs en begeleiding in het gebruik van de houding, adem, stem, spraak, taal en het gehoor als taak van de logopedist opgenomen in het Logopedistenbesluit (Logopedistenbesluit, 1980).

Taken van de logopedist

De taken van de logopedist kunnen op globaal niveau op de volgende wijze ingedeeld worden: preventieve activiteiten, onderzoek en diagnostiek, behandeling en de evaluatie daarvan. Uit het beroepsprofiel blijkt dat de logopedist zich bezighoudt met de volgende taken (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 1993):

Op preventief gebied houdt de logopedist zich bezig met het voorkómen van het ontstaan of zich verder ontwikkelen van een communicatiestoornis door het geven van onderricht, het verstrekken van informatie en het verrichten van screening. Screening is erop gericht systematisch te onderzoeken of stoornissen in de communicatiemogelijkheden aanwezig zijn, dan wel de verwachting dat zulke stoornissen zich zullen ontwikkelen.

Logopedisch onderzoek omvat alle aspecten van communicatieve vaardigheden en stoornissen bij individuen. Na het verzamelen van persoons- en klachtgegevens in de

intake wordt de anamnese opgesteld alsmede een onderzoeksplan dat is afgestemd op het stoornisgebied, leeftijd en persoonlijke situatie van de patiënt. De logopedist komt tot een diagnose met behulp van objectieve testen (bijvoorbeeld met betrekking tot stemonderzoek, articulatie-onderzoek, mondfunctie-onderzoek, stotteronderzoek en testen als Taaltest voor Kinderen, Tokentest, Akense Afasie Test enzovoorts), technische hulpmiddelen en instrumenten en klinische observatie. Op basis van deze gegevens wordt een plan gemaakt omtrent de aard en de duur van de behandeling.

Behandeling kan bij communicatiestoornissen de vorm aannemen van directe of indirecte therapie, van revalidatie, van vroegtijdige behandeling en van begeleiding van de hulpvrager en zijn/haar omgeving. Onder behandeling valt ook: het aanleren van nonverbale communicatie, het leren omgaan met hulpmiddelen en het deelnemen aan multidisciplinaire begeleiding teneinde behandelprogramma's uit te werken. De logopedist beschikt over een gevarieerd aanbod aan technieken, materialen en methoden. Deze methoden kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op klankvorming, mondsensomotoriek, luistervaardigheden en presentatie. Tijdens de behandeling worden de patiënt en/of opvoeders/verzorgers geïnformeerd omtrent de functies van de diverse behandelmethoden en wordt de uitvoering van de gegeven instructies bewaakt.

Na de logopedische behandeling wordt geëvalueerd in hoeverre de in het behandelplan gestelde doelen zijn bereikt. Ook wordt het effect van de behandeling bij de hulpvrager geëvalueerd. De evaluatie kan leiden tot bijstelling van behandeldoelen of tot beëindiging van de behandeling. Het resultaat van de behandeling wordt gerapporteerd aan de verwijzer.

Vormen van logopedische zorg c.q. zorgproducten

De werkwijze van logopedisten is omschreven in diverse leerboeken en brochures, bijvoorbeeld Logopedie in de eerstelijns, Logopedie bij ouderen, Logopedie en VTO enzovoorts. Op globaal niveau kunnen de verschillende zorgvormen als volgt worden samengevat. Screening wordt voornamelijk verricht in het kader van preventie en vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen (VTO). Onderzoek, diagnostiek en behandeling kunnen zowel op preventie als op curatie zijn gericht. Dit geldt ook voor voorlichting, advisering en onderricht, hetgeen zowel individueel als in groepsverband gegeven kan worden. Daarnaast wordt voorlichting en advies gegeven aan de verwijzer, het behandelteam of opvoeders en begeleiders (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

6.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van logopedist is tot op heden geregeld in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Logopedistenbesluit van 2 augustus 1980 (Stb. 497). In dit besluit wordt aangegeven welke eisen aan een bevoegd logopedist gesteld worden, wat de werkzaamheden zijn en op welke wijze de Adviescommissie Logopedisten functioneert. Voor cliënten van logopedisten geldt dat zij in het bezit moeten zijn van een verwijzing door een arts of een tandarts.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) per november 1993, zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van logopedist geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Volgens de amvb zal het deskundigheidsgebied van de logopedist het oude terrein van de wet op de Paramedische Beroepen omvatten, uitgebreid met

advisering, voorlichting en instructie aan (individuele) personen. Zogenaemde screeningsprogramma's kunnen tot het deskundigheidsgebied gerekend worden als het doel daarvan ligt binnen de grenzen van de individuele gezondheidszorg. Met het van kracht worden van artikel-34 zullen inhoudelijke opleidingseisen worden gesteld aan de hbo-opleiding logopedie. In de amvb staan onder andere genoemd het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs zal worden ingevoerd. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

De logopedische hulp wordt op verschillende manieren gefinancierd. Dit is afhankelijk van de sector waarin de zorg wordt verstrekt. Logopedie in de sector gezondheidszorg wordt vergoed door de zorgverzekeraars, ondermeer via de AWBZ-gelden (bijvoorbeeld in verpleeghuizen). Logopedie in basisgezondheidsdiensten en logopedische diensten wordt vergoed door de lagere overheden. Tenslotte wordt de logopedie in het (voortgezet) speciaal onderwijs betaald door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (Raaijmakers & Dekker, 1995).

Logopedie is als verstrekking opgenomen in het ziekenfondspakket. Het inkomen van logopedisten volgt de richtlijnen van de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

De tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden zijn weergegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1.: Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)

| Omschrijving | Tarief | Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1996 |
|---|---------|---------------------------------------|
| - per behandeling ten huize van de logopedist(e) | f 37,30 | f 0,05 |
| - per behandeling ten huize van de patiënt(e) | f 61,65 | f 0,60 |
| - per eenmalig specifiek logopedisch onderzoek (op medische indicatie) zonder dat behandeling volgt | f 74,60 | f 0,10 |
| - voor groepsbehandeling per patiënt(e)* | f 18,65 | f 0,05 |

* Het betreft de groepsbehandeling, waarbij - in afwijking van de zogenaamde 'methode Doetinchem' - de patiënt tijdens de behandelingscyclus in het eigen milieu verblijft.

De belangrijkste uitgangspunten van de groepsbehandeling zijn:

- de groep bestaat in principe uit 6 personen
- de totale tijd van de behandelingscyclus bedraagt 20 uur onder voorwaarde dat de minimale duur per groepsbehandeling is gesteld op 1 uur
- groepsbehandeling betreft stotteren en spraakafzien (liplezen), maar ook afasiebehandeling

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

De tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden staan weergegeven in tabel 6.2.

Tabel 6.2.: Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)

| Omschrijving | Tarief | Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1996 |
|---|---------|---------------------------------------|
| - per behandeling ten huize van de logopedist(e) | f 37,15 | f 0,15 |
| - per behandeling ten huize van de patiënt(e) ¹ | f 61,45 | f 0,70 |
| - per eenmalig specifiek logopedisch onderzoek (op medische indicatie) zonder dat behandeling volgt | f 74,30 | f 0,30 |
| - voor groepsbehandeling per patiënt(e) ² | f 18,60 | f 0,05 |

¹ Bij behandeling van meerdere patiënten op een adres op een dag wordt slechts eenmaal het uit-tarief in rekening gebracht; thuisbehandeling kan slechts op medische indicatie plaatsvinden

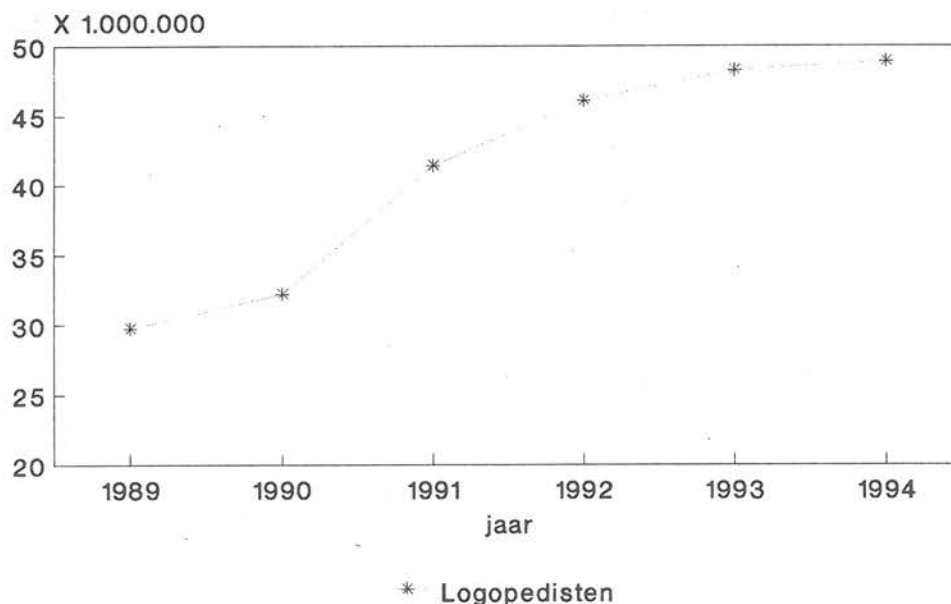
² Het tarief voor groepsbehandeling is gebaseerd op een behandelcyclus van 20 uur per groep; een groep bestaat in de regel uit 6 patiënten; groepsbehandeling is specifiek bedoeld voor afasiepatiënten, stotterpatiënten of patiënten die training in spraakafzien behoeven

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

Kosten

De totale kosten van de logopedische behandeling voor ziekenfondsverzekerden bedroegen over 1994 f 48.862.000,-. De kosten voor logopedie bedragen 5% van de totale kosten paramedische hulp. Er is de laatste jaren een duidelijke stijging zichtbaar. De grootste stijging vond in 1991 ten opzichte van 1990 plaats; de kosten per verzekerde bedroegen bijna een gulden meer per verzekerde (Ziekenfondsraad, 1994). De ontwikkeling in de kosten van logopedie met betrekking tot ziekenfondsverzekerden vanaf 1989 tot 1994 zijn weergegeven in figuur 6.1.

Figuur 6.1.: Ontwikkeling in de kosten van logopedie met betrekking tot ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

De kosten van de logopedische behandeling voor particulier verzekerden bedroegen over 1994 in totaal f 15.445.000,-. Dit bedrag betreft alleen de privaatrechtelijk verzekerden in de particuliere sector; de publiekrechtelijk verzekerden zijn hier buiten beschouwing gelaten. In tabel 6.3 is een overzicht gepresenteerd van de ontwikkeling in kosten in de privaatrechtelijke sector over de periode 1991-1994 (VEKTIS, 1996). Ook in de particuliere sector is een duidelijke stijging in de kosten zichtbaar over de afgelopen jaren.

Tabel 6.3.: Ontwikkeling in de kosten van logopedie over de periode 1991-1994 met betrekking tot privaatrechtelijk verzekerden (1=f 1.000,-)

| | 1991 | | | 1992 | | | 1993 | | | 1994 | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------------|--------|----------|---------------|--------|----------|---------------|--------|----------|---------------|--------|
| | klinisch* | niet klinisch** | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal | klinisch | niet klinisch | totaal |
| Logopedie en foniatrie | 267 | 12.076 | 12.344 | 390 | 13.149 | 13.539 | 364 | 13.704 | 14.068 | 214 | 15.064 | 15.278 |
| Logopedie als nevenverrichting*** | 20 | 111 | 131 | 52 | 68 | 120 | 32 | 80 | 112 | 33 | 134 | 167 |
| Totaal | 287 | 12.187 | 12.475 | 442 | 13.217 | 13.659 | 396 | 13.784 | 14.180 | 247 | 15.198 | 15.445 |

* Klinisch betreft alle logopedische behandelingen bij patiënten die langer dan 24 uur zijn opgenomen in een instelling.

** Niet-klinisch betreft alle logopedische behandelingen die niet klinisch zijn.

*** Logopedie als nevenverrichting betreft behandeling door een logopedist, gedeclareerd vanuit de instelling en niet door de logopedist zelf.

Bron: VEKTIS, 1996.

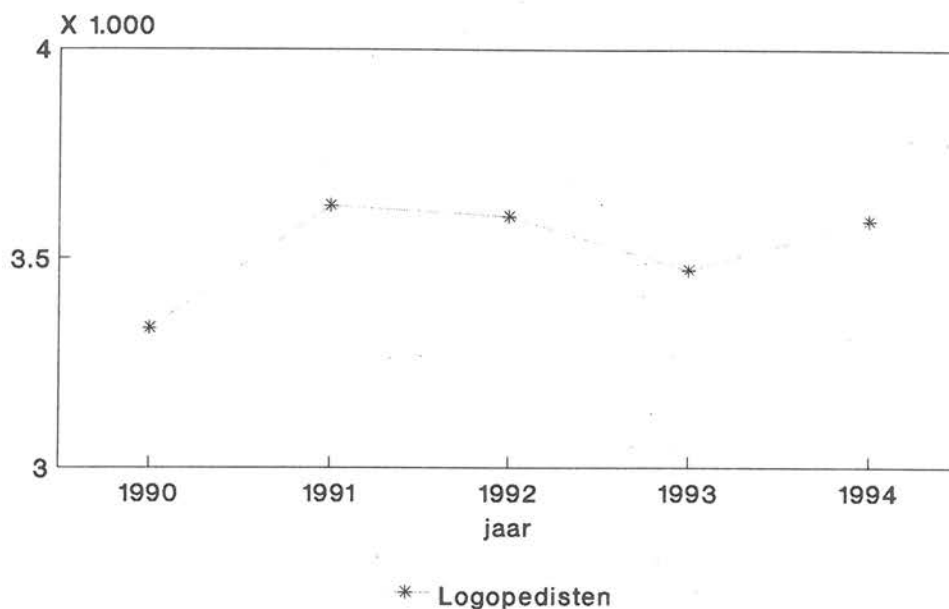
6.2 Aanbod van logopedische zorg

6.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal logopedisten

Het aantal gekwalificeerde logopedisten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 6.337 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal werkzame leden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie bedroeg per 31 december 1994 in totaal 2.870. Het aantal werkzame leden van de NVLF laat sinds 1990 eerst een toename zien, maar na 1992 vervolgens weer een afname in aantal. Het aantal werkzame logopedisten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 3.589. In figuur 6.2 is de ontwikkeling van het aantal werkzame logopedisten vanaf 1990 weergegeven.

Figuur 6.2.: Ontwikkeling van het aantal werkzame logopedisten (1990 - 1994)



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Werkveld

Logopedisten zijn werkzaam in verschillende werkvelden. In tabel 6.4 is de relatieve verdeling weergegeven van het aantal werkzame logopedisten naar werkveld per 31 december 1993. Intramuraal werkende logopedisten zijn werkzaam in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg. Dit betreft 15% van het totaal aantal werkende logopedisten. Ruim 35% van de logopedisten is vrijgevestigd en is derhalve zelfstandig werkzaam of in loondienst. Zo'n 38% van de logopedisten werkt in het basisonderwijs en in de gezondheidsdienst (BAGD/GGD). Het onderwijs betreft zowel basisonderwijs als speciaal onderwijs (ZMOK/ZMLK, LOM/LOBK/MLK en scholen voor slechthorende en spraakgebrekkige kinderen). De categorie overig bevat onder andere logopedisten werkzaam op HBO/WO, overig onderwijs, audiologische centra en dagverblijven (Raaijmakers & Dekker, 1995).

Tabel 6.4.: Relatieve verdeling van het aantal werkzame logopedisten naar werkveld, per 31 december 1994

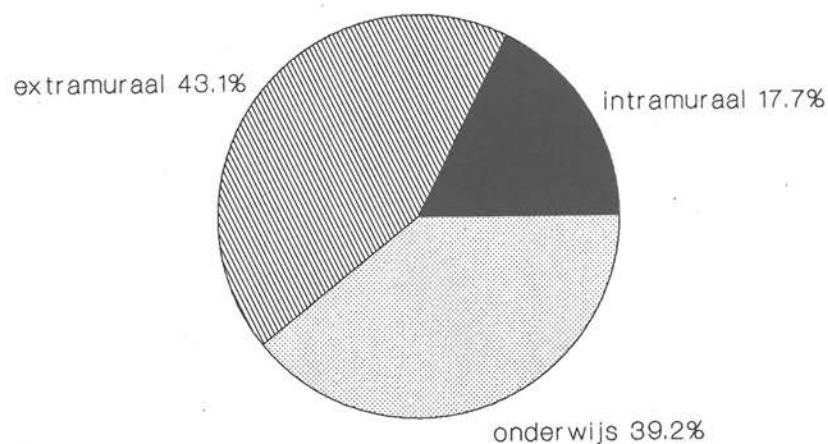
| Sector | Werkplekken (%) ¹ |
|--|------------------------------|
| Intramuraal | |
| - ziekenhuis | 4,8 |
| - verpleeghuis | 5,8 |
| - instelling voor zwakzinnigenzorg | 2,0 |
| - revalidatiecentrum | 2,0 |
| - psychiatrisch ziekenhuis | 0,4 |
| Vrijgevestigd | 35,4 |
| - zelfstandig | |
| - in loondienst | |
| Basisonderwijs/BAGD/GGD | |
| - gezondheidsdienst | 6,3 |
| - basisonderwijs | 8,0 |
| Speciaal onderwijs | |
| - LOBK, LOM, MLK | 11,5 |
| - ZMOK/ZMLK | 2,8 |
| - school voor slechthorende en spraakgebrekkige kinderen | 1,9 |
| - overige | 2,2 |
| - niet gespecificeerd | 5,0 |
| Anders | |
| - HBO, WO | 1,3 |
| - overig onderwijs | 2,0 |
| - audiologisch centrum | 0,6 |
| - dagverblijven | 4,1 |
| - overige | 1,7 |
| Totaal | 100,0 |

¹ Dit betreft 539 werkplekken van 381 logopedisten.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

De verdeling van het belangrijkste werkveld van de logopedist is weergegeven in figuur 6.3.

Figuur 6.3.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van de logopedist, per 31 december 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

6.2.2 Kenmerken van de beroepsbeoefenaren

Geslacht

In tabel 6.5 is een relatieve leeftijdsverdeling van logopedisten naar geslacht gepresenteerd. Van het totaal aantal logopedisten is 7% van het mannelijk geslacht.

Tabel 6.5.: Relatieve leeftijdsverdeling van logopedisten naar geslacht, per 31 december 1994

| Leeftijd | Mannen % | Vrouwen % | Totaal % |
|----------|----------|-----------|----------|
| < 25 | 2,3 | 15,3 | 14,6 |
| 26-30 | 8,2 | 25,6 | 24,6 |
| 31-35 | 12,3 | 18,6 | 18,3 |
| 36-40 | 15,0 | 13,8 | 13,9 |
| 41-45 | 13,6 | 9,1 | 9,4 |
| 46-50 | 15,9 | 7,7 | 8,1 |
| 51-55 | 11,4 | 4,6 | 5,0 |
| 56-60 | 6,8 | 3,2 | 3,4 |
| 61-65 | 8,2 | 0,9 | 1,4 |
| > 65 | 6,4 | 1,0 | 1,3 |
| Totaal | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Leeftijd

De beroepsgroep logopedisten kent - evenals vele andere paramedische beroepsgroepen - een zeer jonge leeftijdsopbouw. Uit tabel 6.5 blijkt dat 71% van de totale groep logopedisten jonger is dan 40 jaar; uitgesplitst naar geslacht blijkt dat van alle mannelijk-

ke logopedisten 38% jonger is dan 40 jaar, terwijl dit percentage voor vrouwelijk logopedisten 73% bedraagt. Daarnaast is 21% van de mannen ouder dan 55 jaar, tegenover 5% van de vrouwen.

Uren per week

In tabel 6.6 is de gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten naar geslacht weergegeven.

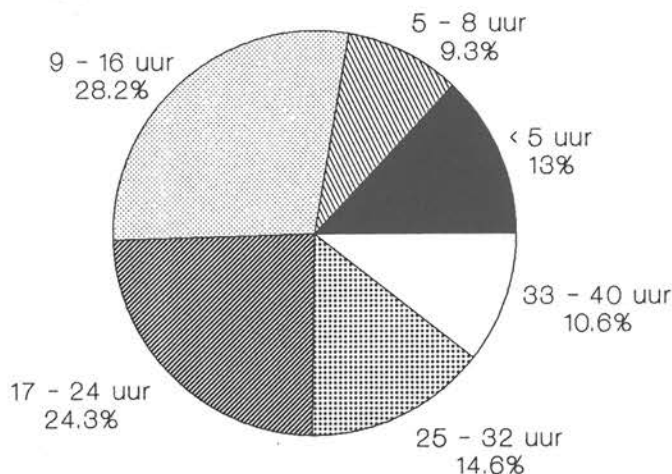
Tabel 6.6.: Gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten naar geslacht, per 31 december 1994

| Aantal uren per week | Mannen | | Vrouwen | | Totaal | |
|----------------------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| < 5 | 23 | 13,2 | 351 | 13,0 | 374 | 13,0 |
| 5-8 | 11 | 6,3 | 257 | 9,5 | 268 | 9,3 |
| 9-16 | 36 | 20,7 | 774 | 28,7 | 810 | 28,2 |
| 17-24 | 37 | 21,3 | 659 | 24,4 | 696 | 24,3 |
| 25-32 | 22 | 12,6 | 397 | 14,7 | 419 | 14,6 |
| 33-40 | 45 | 25,9 | 258 | 9,6 | 303 | 10,6 |
| >40 | - | - | - | - | - | - |
| Totaal | 174 | 100,0 | 2.696 | 100,0 | 2.870 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Het merendeel van de werkende logopedisten werkt 32 uur per week of minder (89%). Tussen mannen en vrouwen is een verschil te zien wat betreft het percentage full-time werkende logopedisten (33 tot 40 uur per week werkzaam): bij de mannen bedraagt dit percentage 26%, tegenover 10% bij de vrouwen. Van de totale groep logopedisten is 50% een tot twee dagen werkzaam. Ook hier is verschil waarneembaar tussen mannen en vrouwen: 40% van de mannen werkt minder dan twee dagen per week, terwijl dit percentage bij de vrouwen 51% bedraagt. De gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten is weergegeven in figuur 6.4.

Figuur 6.4.: Gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten per 31 december 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995.

Aantal logopedisten per praktijk/afdeling

De grootte van de praktijk in termen van het aantal logopedisten verschilt per werkveld. Intramuraal werkt de logopedist vooral alleen (37%) of met een of twee andere logopedisten (45%) op een afdeling. De vrijgevestigde logopedist werkt voornamelijk alleen (65%). Ook in het speciaal onderwijs is de logopedist vooral in kleinere groepen (2 tot 3 logopedisten) of alleen werkzaam (84%). In het basisonderwijs en op gezondheidsdiensten daarentegen, werken logopedisten vooral in groepen van 4 of meer samen (70%) (Raaijmakers & Dekker, 1995).

6.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

Uit tabel 6.7 blijkt dat in Nederland het aantal inwoners per equivalent logopedist 8.428 bedraagt. Dit heeft echter alleen betrekking op extramuraal werkende logopedisten. Verder blijkt dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn. In de drie noordelijke provincies en in Flevoland is het aantal inwoners per equivalent logopedist het hoogst. De provincies Utrecht en Noord-Brabant zijn de provincies met het laagste aantal inwoners per equivalent logopedist.

Tabel 6.7.: Aantal inwoners per equivalent* extramuraal werkende logopedist (leden NVLF) per provincie in 1993

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal equivalenten logopedisten | Aantal inwoners per equivalent logopedist |
|---------------|-----------------|----------------------------------|---|
| Groningen | 555.397 | 50,8 | 10.933 |
| Friesland | 603.998 | 52,5 | 11.505 |
| Drenthe | 448.256 | 42,3 | 10.597 |
| Overijssel | 1.039.083 | 128,8 | 8.067 |
| Flevoland | 243.441 | 24,3 | 10.018 |
| Gelderland | 1.839.883 | 233,0 | 7.896 |
| Utrecht | 1.047.035 | 145,5 | 7.196 |
| Noord-Holland | 2.440.165 | 281,8 | 8.659 |
| Zuid-Holland | 3.295.522 | 367,5 | 8.967 |
| Zeeland | 361.195 | 38,3 | 9.431 |
| Noord-Brabant | 2.243.546 | 302,8 | 7.409 |
| Limburg | 1.119.942 | 140,4 | 7.977 |
| Nederland | 15.237.463 | 1808,0** | 8.428 |

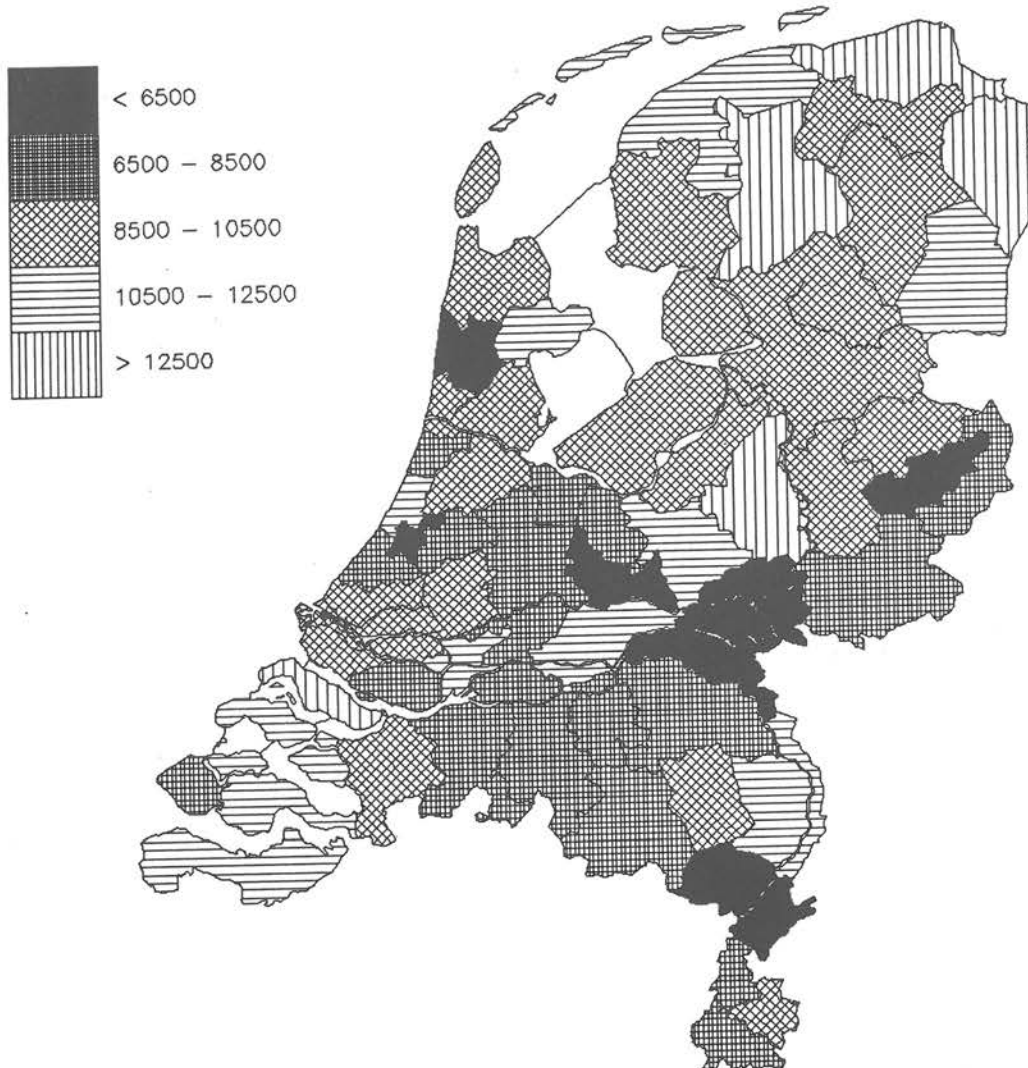
* Onder equivalent logopedist wordt verstaan het aantal werkplekken per logopedist naar rato verdeeld over het aantal werkadressen.

** Van 34 extramuraal werkzame logopedisten is het werkadres onbekend.

Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

In figuur 6.5 is het aantal inwoners per equivalent extramuraal werkzame logopedist per WGR-regio weergegeven.

Figuur 6.5.: Aantal inwoners per equivalent extramuraal werkzame logopedist per WGR-subregio medio 1993



Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

6.3 Vraag naar logopedische zorg

De gegevens over het gebruik van logopedische zorg (6.3.2), de verwijzing (6.3.3), de kenmerken van patiënten (6.3.4), hun diagnose (6.3.5) en behandeling (6.3.6) zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg (Raaijmakers & Dekker, 1995). In het kader van dit onderzoek heeft in de periode september 1993 tot september 1994 een registratie plaatsgevonden van behandelingen van logopedie-patiënten (N=1761). De registratie werd uitgevoerd door 171 logopedisten in 103 praktijken of afdelingen.

Tevens is in het kader van het functie en plaats-onderzoek in 1993 een enquête afgenomen bij 381 logopedisten (leden van de NVLF en niet-leden geselecteerd uit het adressenbestand van de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Zowel in het registratie-onderzoek als in het enquête-onderzoek zijn de logopedisten onderscheiden op basis van het werkveld: intramuraal (ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis, instelling voor zwakzinnigenzorg), vrijgevestigd (eigen praktijk, loondienst in eigen praktijk), basisonderwijs/Basisgezondheidsdienst (BAGD)/Gemeentelijke Gezondheids Dienst (GGD) en speciaal onderwijs. Dit wijkt dus af van de in dit rapport meer gebruikelijke indeling: intramuraal, extramuraal en overig.

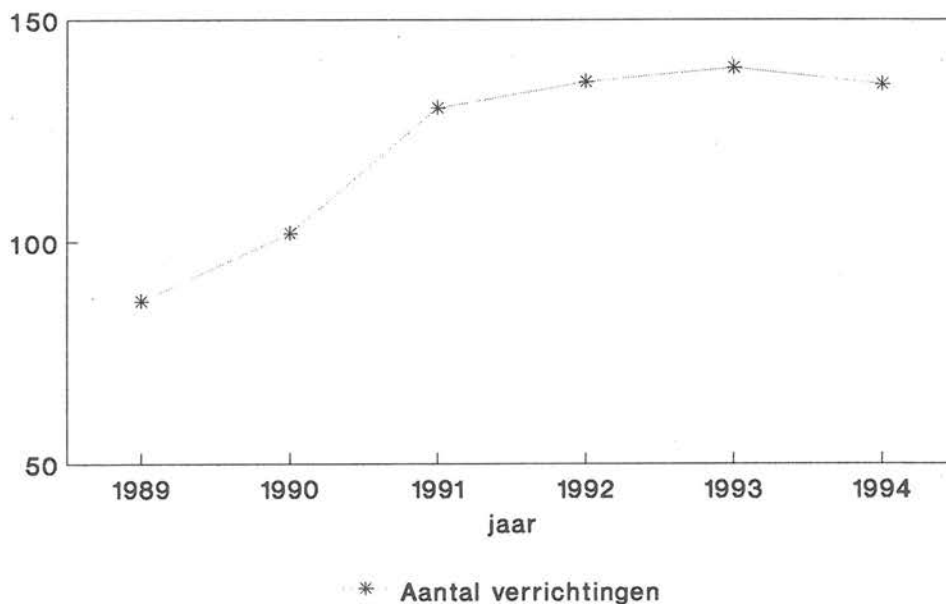
Daar waar andere bronnen zijn gebruikt wordt dit expliciet vermeld.

6.3.1 Volume van zorg

In 1993 bedroeg het aantal klinische logopedieverrichtingen per 100 opnamen in de **algemene** ziekenhuizen 4,78 en het aantal poliklinische logopedieverrichtingen per 1000 polikliniekbezoeken 2,88 (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische** ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische logopedieverrichtingen per 100 opnamen 4,56 en het aantal poliklinische verrichtingen per 1000 polikliniekbezoeken 3,69 (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

Het totaal aantal verrichtingen logopedie gedeclareerd bij de **ziekenfondsen** bedroeg in 1994 1.297.114. Het betrof vrijwel uitsluitend individueel verleende hulp (99,5%). De overige zorg bestond uit groepsbehandeling, onderzoek zonder behandeling en stottertherapie. Per 1000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 135,5 verrichtingen logopedie. Het aantal verrichtingen logopedie lijkt zich te stabiliseren (Ziekenfondsraad, 1995). In figuur 6.6 wordt deze trend weergegeven.

Figuur 6.6.: Aantal verrichtingen logopedie per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

Informatie over het volume van zorg verleend door logopedisten werkzaam in het onderwijs ontbreekt.

6.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met de logopedist

De Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk heeft informatie opgeleverd over het gebruik van eerstelijnslogopedische zorg. Uit het enquête-onderzoek in 1987/88 onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisarts blijkt 1,3% contact te hebben gehad met een logopedist in de eerste lijn in het jaar voorafgaand aan de enquête (Foets & Sixma, 1991).

6.3.3 Verwijzing

Verwijzers

Tabel 6.8 is gebaseerd op de resultaten van het enquête-onderzoek. De mate waarin logopedisten te maken hebben met verwijzers is sterk afhankelijk van hun werkring. Logopedisten in intramurale instellingen en vrijgevestigde praktijken krijgen hun patiënten vrijwel altijd via een verwijzer, terwijl dit bij logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BAGD/GGD voor de helft van hun patiënten geldt. Logopedisten werkzaam in het speciaal onderwijs hebben vrijwel nooit te maken met verwijzers.

Tabel 6.8.: Percentage logopedisten dat contact heeft met verwijzers per werkveld

| Werkveld | Percentage contact met verwijzers |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Intramuraal (N=63) | 92,1 |
| Vrijgevestigd (N=155) | 99,4 |
| Basisonderwijs/BAGD/GGD (N=58) | 48,3 |
| Speciaal onderwijs (N=63) | 7,0 |
| Overige (N=19) | 52,6 |
| Totaal (N=381) | 66,9 |

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

Er zijn verschillende disciplines die patiënten kunnen verwijzen voor logopedie. Per werkveld is nagegaan welke verwijzers het grootste aantal patiënten verwijzen. Tabel 6.9 laat zien dat hierin aanzienlijke verschillen bestaan tussen intramuraal werkende logopedisten, vrijgevestigde logopedisten en logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BADG/GGD. Logopedisten werkzaam in het speciaal onderwijs worden hier buiten beschouwing gelaten, omdat zij meestal geen contact hebben met verwijzers.

De intramuraal werkende logopedisten noemen diverse artsen als belangrijkste verwijzers, zoals de verpleeghuisarts, KNO-arts en neuroloog. Voor vrijwel alle vrijgevestigde logopedisten is de huisarts de belangrijkste verwijzer; ook krijgen de meeste vrijgevestigde logopedisten veel patiënten via de KNO-arts. Driekwart van de logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BADG/GGD noemt de jeugdarts als de belangrijkste verwijzer. Ook de huisarts en de tandarts/specialist zijn belangrijke verwijzers voor een deel van deze logopedisten.

Tabel 6.9.: Verwijzers die het meest verwijzen; percentage¹ logopedisten dat deze verwijzer noemt per werkveld (N=240)

| Verwijzer | Intramuraal | Vrijgevestigd | Basisonderwijs/ BADG/GGD |
|------------------------|-------------|---------------|-----------------------------|
| Huisarts | 19,3 | 92,8 | 39,3 |
| KNO-arts | 28,1 | 66,7 | 21,4 |
| Jeugdarts | - | 16,3 | 75,0 |
| Tandarts/specialist | 3,5 | 19,0 | 28,6 |
| Verpleeghuisarts | 31,6 | - | - |
| Kinderarts | 15,8 | 9,2 | 3,6 |
| Neuroloog | 24,6 | 7,2 | 3,6 |
| Revalidatie-arts | 22,8 | 2,0 | - |
| Overige geneeskundigen | 10,5 | 3,3 | - |
| Overige ² | 1,8 | 8,5 | 7,1 |

¹ De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.

² Het betreft hier niet-medici, zoals psychologen en schoollogopedisten of verwijzende instanties zoals audiologische centra of schoolbegeleidingsdiensten. Wettelijk gezien zijn dit geen erkende verwijzers; in de dagelijkse praktijk is desondanks niet altijd duidelijk welke verantwoordelijke geneeskundige de patiënt verwijst.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

Verwijscijfers

Over de verwijzingen door de **huisarts** is informatie beschikbaar uit het onderzoek van Dekker, Driessen, Stumpel et al. (1992). Ten behoeve van dit onderzoek hebben de 60 huisartsen deelnemend aan de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland in 1989 en 1990 alle verwijzingen voor logopedie geregistreerd.

In totaal werden 477 patiënten door de huisartsen naar de logopedist verwezen. Dit komt neer op gemiddeld 1,7 per 1000 patiënten per jaar (standaarddeviatie is 1,5 en spreiding is 0 - 7,2).

6.3.4 Kenmerken van patiënten

In tabel 6.10 staan de kenmerken van logopedie-patiënten vermeld. De meeste logopedie-patiënten zijn kinderen, waaronder iets meer jongens dan meisjes. Het overgrote deel van de patiënten woont thuis; 11% van de patiënten woont ten tijde van de behandeling in een intramurale instelling. Omdat de meeste patiënten kinderen zijn, is de variabele opleiding nog niet erg relevant. Weinig patiënten oefenen een beroep uit; de meeste patiënten zijn schoolgaande kinderen of juist oudere gepensioneerde mensen. De verzekeringsvorm van logopediepatiënten is niet in de tabel weergegeven, omdat dit gegeven veelal onbekend is bij logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BADG/GGD en in het speciaal onderwijs. Bij logopedisten werkzaam in de gezondheidszorgsector is de verzekeringsvorm van de patiënt meestal wel bekend. Bij vrijgevestigde logopedisten is 55% van de patiënten ziekenfondsverzekerd en 41% particulier verzekerd. Van de overige patiënten is de verzekeringsvorm onbekend of zij zijn niet verzekerd. Bij de intramuraal werkende logopedisten is 51% van de patiënten ziekenfondsverzekerd en 34% particulier verzekerd; van 15% van de patiënten is de verzekeringsvorm bij de logopedist niet bekend.

Tabel 6.10.: Kenmerken van patiënten onder logopedische behandeling (N=1761)

| | Patiënten |
|---|-----------|
| Geslacht (%) | |
| man | 57,9 |
| vrouw | 42,1 |
| Leeftijd (%) | |
| 0 - 14 | 70,4 |
| 15 - 24 | 6,2 |
| 25 - 34 | 3,1 |
| 35 - 44 | 2,6 |
| 45 - 54 | 2,0 |
| 55 - 64 | 3,5 |
| 65 - 74 | 4,7 |
| ≥ 75 | 7,4 |
| Woonvorm¹ (%) | |
| thuis | 86,7 |
| verzorgingstehuis/bejaardenhuis | 1,1 |
| verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg | 5,7 |
| revalidatiecentrum/ziekenhuis | 5,4 |
| beschermde woonvorm | 0,1 |
| anders | 0,9 |
| Opleiding (%) | |
| (nog) geen | 11,0 |
| lager onderwijs | 39,0 |
| speciaal onderwijs | 31,8 |
| middelbaar onderwijs | 12,2 |
| hogere beroepsopleiding/universiteit | 6,0 |
| Beroepsstatus (%) | |
| n.v.t. (kind) | 73,9 |
| werkend (huishouden, baan, student) | 11,7 |
| werkloos | 0,7 |
| gepensioneerd | 11,8 |
| arbeidsongeschikt | 1,5 |
| anders | 0,2 |

¹ Ten tijde van de behandeling.

Bron: Raaijmakers & Dekker (niet eerder gepubliceerde gegevens).

6.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

Tabel 6.11 bevat informatie over de verwijsindicaties van logopedie-patiënten. Deze zijn geclassificeerd volgens de ICD-10. Van 639 patiënten (36,3%) beschikt de logopedist niet over een verwijsindicatie.

Bij ruim de helft van de patiënten zijn psychische stoornissen en gedragsstoornissen vastgesteld; het betreft hier vooral specifieke spraak- en taalontwikkelingsstoornissen. Bij 39% van de patiënten zijn symptomen en afwijkingen beschreven die niet verder konden worden geclassificeerd. Hart- en vaatziekten zijn bij 16% en ziekten van het ademhalingsstelsel bij 15% van de patiënten gediagnostiseerd.

Tabel 6.11.: Verwijsindicaties van logopedie-patiënten (N=1122)

| Verwijsindicatie | Percentage patiënten ¹ | |
|---|-----------------------------------|------|
| Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (F) | 59,7 | |
| specifieke spraak- en taalontwikkelingsstoornissen (F80) | | 34,8 |
| andere gedragsstoornissen en emotionele stoornissen die doorgaans beginnen op kinderleeftijd (F98) | | 11,5 |
| overige | | 13,4 |
| Ziekten van zenuwstelsel (G) | 12,1 | |
| ziekte van Parkinson (G20) | | 1,8 |
| hemiplegie (G81) | | 4,0 |
| overige | | 2,5 |
| Ziekten van oor en processus mastoideus (H) | 12,0 | |
| etterige en niet-gespecificeerde otitis media (H66) | | 1,8 |
| overige vormen van gehoorverlies (H91) | | 7,7 |
| overige | | 10,2 |
| Ziekten van hartvaatstelsel (I) | 16,4 | |
| beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct (I64) | | 11,2 |
| overige | | 5,2 |
| Ziekten van ademhalingsstelsel (J) | 15,3 | |
| acute nasofaryngitis (J00) | | 2,0 |
| aandoeningen van stembanden en larynx, niet elders geassocieerd (J38) | | 5,7 |
| asthma (J45) | | 3,5 |
| overige | | 4,1 |
| Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium-uitslagen, niet elders geassocieerd (R) | 38,4 | |
| dysfagie (R13) | | 3,6 |
| spraakstoornissen, niet elders geassocieerd (R47) | | 16,2 |
| stemaandoeningen (R49) | | 15,0 |
| overige | | 3,6 |
| Overige verwijsindicaties | | 22,1 |

¹ De som van alle percentages is groter dan 100, omdat meerdere verwijsindicaties per patiënt konden worden geregistreerd.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

Logopedische diagnose

Logopedisten baseren hun behandelplan niet alleen op de verwijsindicatie, maar op het logopedisch diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de logopedist, de geselecteerde behandeldoelen en interventies zijn in figuur 6.7 weergegeven.

Figuur 6.7.: De relaties tussen de logopedische diagnose, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies door de logopedist

| Diagnostische bevindingen logopedist | Behandeldoelen | Interventies/behandelvormen |
|---|--|---|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen, beperkingen en handicaps | Selectie van stoornissen, beperkingen en handicaps waarop de behandeling primair wordt gericht | Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen, beperkingen en handicaps |

Bron: Dekker, 1996.

De diagnostische bevindingen van de logopedist kunnen worden onderscheiden in stoornissen, beperkingen en handicaps. Tabel 6.12 geeft weer hoe vaak een stoornis, beperking of handicap wordt vastgesteld.

Articulatiestoornissen en taalontwikkelingsstoornissen zijn de meest frequent vastgestelde stoornissen; zij komen bij respectievelijk 44% en 42% van de patiënten voor. Bij bijna een derde van de patiënten wordt afwijkend monddrag vastgesteld. Ruim 60% van de patiënten ervaart beperkingen in het zich communicatief uiten. Beperkingen in het begrijpen van communicatieve uitingen komen bij 42% van de patiënten voor. Bijna de helft van de patiënten heeft een handicap in de beroepsrol of de dagelijkse bezigheden; 43% heeft eveneens een handicap in sociale integratie buiten het gezin.

Tabel 6.12.: Stoornissen, beperkingen en handicaps bij logopedie-patiënten (N=1761)

| | Percentage patiënten |
|---|----------------------|
| Stoornissen | 11,2 |
| hoorstoornissen | 18,1 |
| stoornissen in de auditieve functies | 22,4 |
| stemstoornissen | 14,3 |
| foutieve spreekademhaling | 41,6 |
| taalontwikkelingsstoornissen | 6,9 |
| afasie | 10,2 |
| lees- en schrijfstoornissen/leerproblemen | 44,1 |
| articulatiestoornissen | 5,7 |
| dysartrie | 5,2 |
| nasaliteit | 12,6 |
| stoornissen in de vloeiendheid en het ritme van spreken | 32,5 |
| afwijkend monddrag | 5,2 |
| slikstoornissen | 15,3 |
| stoornissen in de (senso)motoriek | 1,0 |
| hyperventilatie | 29,5 |
| cognitieve en psychische stoornissen | 4,8 |
| stoornissen in de lichaamshouding | |
| Beperkingen | 41,9 |
| begrijpen van communicatieve uitingen | 60,4 |
| zich communicatief uiten | 34,2 |
| (deelname aan) communicatieve interactie | 9,7 |
| eten en drinken | |
| Handicaps | 47,6 |
| beroep/dagelijkse bezigheden | 26,0 |
| sociale integratie binnen familie/gezin | 42,8 |
| sociale integratie buiten familie/gezin | |

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

6.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

Logopedisten kiezen hun behandeldoelen vooral op het niveau van stoornissen en beperkingen en in mindere mate op het niveau van handicaps. Tabel 6.13 geeft een overzicht van de geselecteerde behandeldoelen.

Bij vrijwel alle patiënten worden behandeldoelen op het niveau van stoornissen gekozen. Bij ongeveer een derde van de patiënten wordt het verminderen van taalontwikkelingsstoornissen of het verminderen van articulatiestoornissen als behandeldoel geselecteerd. Bij ruim een kwart van de patiënten is de behandeling gericht op het verminderen van afwijkend monddrag, slikstoornissen of stoornissen in (senso)motoriek.

Bij ruim de helft van de patiënten worden eveneens behandeldoelen op het niveau van beperkingen geselecteerd. Bij ruim een derde van de patiënten is de behandeling gericht op de verbetering van het zich communicatief uiten.

Handicaps worden bij minder dan een kwart van de patiënten als behandeldoelen gekozen.

Tabel 6.13.: Gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps in de logopedische behandeling (N=1567)¹

| Behandeldoel | Percentage patiënten ² |
|---|-----------------------------------|
| Stoornissen | 98,7 |
| hoorstoornissen en stoornissen in auditieve functies | 14,6 |
| stemstoornissen | 16,5 |
| taalontwikkelingsstoornissen | 37,0 |
| afasie | 5,9 |
| lees- en schrijfstoornissen/leerproblemen | 6,7 |
| articulatiestoornissen | 32,6 |
| dysartrie | 4,6 |
| nasaliteit | 4,1 |
| stoornissen in de vloeiendheid en het ritme van spreken | 11,6 |
| afwijkend monddrag, slikstoornissen, stoornissen in (senso)motoriek | 26,5 |
| overige stoornissen | 12,1 |
| Beperkingen | 51,2 |
| begrijpen van communicatieve uitingen | 19,5 |
| zich communicatief uiten | 38,1 |
| (deelname aan) communicatieve interactie | 17,3 |
| eten en drinken | 7,3 |
| Handicaps | 23,9 |
| beroep/dagelijkse bezigheden | 12,2 |
| sociale integratie binnen familie/gezin | 7,3 |
| sociale integratie buiten familie/gezin | 11,0 |

¹ Bij 194 patiënten zijn geen behandeldoelen geregistreerd.

² Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

Interventies

De logopedist beschikt over verschillende interventiemogelijkheden. Dit kan variëren van informeren/adviseren, het voorzien in een hulpmiddel, het oefenen van specifieke functies en het oefenen van vaardigheden. Tabel 6.14 laat zien hoe vaak de verschillende interventies door de logopedist worden toegepast.

Het oefenen van specifieke functies wordt bij vrijwel alle patiënten toegepast; het gaat hierbij om een breed scala aan functies. Bij het overgrote deel van de patiënten wordt ook informatie en advies gegeven; bij de helft van de patiënten wordt zowel de patiënt als diens sociale omgeving geïnformeerd. Bij ruim de helft van de patiënten worden eveneens vaardigheden geoefend, voornamelijk ten behoeve van communicatie.

Tabel 6.14.: Toegepaste logopedische interventies (N=1567)¹

| Interventie | Percentage patiënten ² | |
|--|-----------------------------------|------|
| Informeren/adviseren | 83,0 | |
| alleen patiënt | | 24,7 |
| alleen omgeving van patiënt | | 22,4 |
| beiden | | 48,8 |
| Voorzien in hulpmiddel | 10,6 | |
| hoorhulpmiddel | | 3,2 |
| stembulpmiddel | | 0,2 |
| alternatief communicatiehulpmiddel | | 1,7 |
| overig hulpmiddel | | 4,2 |
| alternatief communicatiesysteem | | 3,8 |
| Oefenen van specifieke functies | 94,5 | |
| horen/auditief waarnemen | | 33,4 |
| auditieve voorwaarden | | 19,0 |
| taalvorm | | 34,5 |
| taalinhoud | | 36,4 |
| taalgebruik | | 28,9 |
| adembeheersing | | 14,7 |
| (ont)spanning | | 13,7 |
| stemkwaliteit | | 14,6 |
| stemhygiëne | | 10,0 |
| velopharyngeal functie | | 4,7 |
| spraakklanken | | 34,9 |
| mondgedrag | | 17,2 |
| mondmotoriek | | 32,4 |
| slikken | | 14,0 |
| sensibiliteit | | 6,8 |
| emoties/cognities bij het spreken | | 7,6 |
| vloeiendheid | | 7,9 |
| overige specifieke functies | | 12,4 |
| Oefenen van vaardigheden | 56,9 | |
| begrijpen van uitingen | | 24,3 |
| zich uiten | | 38,7 |
| aangaan/onderhouden van interactie | | 25,7 |
| eten/drinken | | 8,8 |
| overige vaardigheden | | 7,7 |

¹ Bij 194 patiënten zijn geen interventies geregistreerd.

² Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

6.4 Kwaliteit en doelmatigheid van logopedische zorg

6.4.1 Kwaliteitsbeleid bij logopedische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van

de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

Via een 'Masterplan voor kwaliteitsbevordering' heeft de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) de afgelopen jaren gewerkt aan het kwaliteitsbeleid (Mondelaers, 1993). In het kwaliteitsbeleid is tot nu toe vooral aandacht besteed aan de ontwikkeling van informatiesystemen. Voor de individuele praktijk heeft men het Logopedie Informatie Model (LIM) en het Logopedie Informatie Systeem (LIS) ontwikkeld, waarmee de logopedist behandelgegevens op geautomatiseerde wijze kan vastleggen. Tevens is de Landelijke Logopedie Registratie (LLR) ontwikkeld; deze registratie is bedoeld als basis voor epidemiologisch onderzoek en voor het vergelijken van praktijken ten behoeve van organisatie- en kwaliteitsverbetering. Tevens beschikt men over een uniform classificatiesysteem op basis van de ICDH met betrekking tot aandoeningen.

Met de ontwikkeling van deze instrumenten heeft men de basis gelegd voor het onderzoeken en toetsen van de kwaliteit en effectiviteit van logopedische zorg. Op dit moment is een tweede Masterplan in ontwikkeling dat onder andere is gericht op de implementatie van de ontwikkelde systemen.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn normen en eisen vastgelegd in het beroepsprofiel, in de beroepscode en in de gedragsregels. Er wordt gewerkt aan een modelovereenkomst logopedist-patiënt.

Wat normering voor het **methodisch/technisch handelen** betreft, beschikt men naast een deskundigheidsomschrijving over algemene standaarden voor het logopedisch handelen in de vrijgevestigde praktijk en voor logopedie in audiologische centra (Lambert, Hollands & Van Bergen, 1991). Standaarden voor logopedie in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn in ontwikkeling. De inhoud van de behandeling (wat te doen bij welke patiënt) is niet in protocollen vastgelegd.

Ten aanzien van de **organisatie van de beroepsuitoefening** in de vrije vestiging zijn er richtlijnen voor de praktijkinrichting en voor de minimale omvang van de beroepsuitoefening (minimaal 12 zittingen per week om voor een overeenkomst met de zorgverzekeraar in aanmerking te komen) (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994b).

Verbetermethodes/acties

De beroepsvereniging houdt zich niet direct bezig met de kwaliteit van de initiële opleiding; dit is de verantwoordelijkheid van de opleidingen zelf. Wel beschikt men over een overzicht van het aanbod aan na- en bijscholing.

Binnen de NVLF is een werkgroep Intercollegiale toetsing binnen de gezondheidszorg-werkvelden van start gegaan. De werkgroep is bedoeld voor logopedisten werkzaam in de sectoren ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en zwakzinnigenzorg (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 1994). Geschat wordt dat in de intramurale gezondheidszorg ongeveer 20% van de logopedisten deelneemt aan een

vorm van intercollegiale toetsing. Van de logopedisten werkzaam in het basisonderwijs neemt naar schatting ongeveer een kwart deel aan intercollegiale toetsing en van de vrijgevestigde logopedisten 14%. In het speciaal onderwijs komt intercollegiale toetsing sporadisch voor.

Voor de logopedisten werkzaam in dienstverband geldt bovendien dat hun werk wordt getoetst door de hoofden van de afdelingen en diensten of hun werkgevers.

Behoud en borging

Evenals de overige paramedische beroepen heeft de NVLF het initiatief genomen tot het instellen van een beroepsregister. Men is bezig met het formuleren van eisen voor herregistratie.

Er wordt tevens gewerkt aan een klachtreglement.

6.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van logopedische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de logopedie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van logopedische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 6.15 geeft een overzicht van het Nederlandse onderzoek dat op het gebied van de logopedie is uitgevoerd. De meeste onderzoeken hebben betrekking op interventies (42). Het betrof met name de ontwikkeling of evaluatie van behandelmethoden. Dit onderzoek gaat vooraf aan onderzoek naar effectiviteit van een behandelmethode (fase III-studies). Er zijn enkele projecten op het gebied van de kinderrevalidatie uitgevoerd en er zijn (multidisciplinaire) behandelprogramma's ontwikkeld voor specifieke aandoeningen. In 15 studies zijn meetinstrumenten voor de logopedie ontwikkeld. Naast het onderzoek naar de toepassing van de ICDH gaat het om onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor de normale alsmede verstoorde stem-, spraak- en taalontwikkeling en voor specifieke aandoeningen, zoals afasie. In 11 onderzoeken zijn de taken en functies van logopedisten aan bod gekomen. Dit onderzoek varieerde van de ontwikkeling van het beroepsprofiel tot vergelijkend onderzoek naar de beroepsuitoefening in verschillende Europese landen.

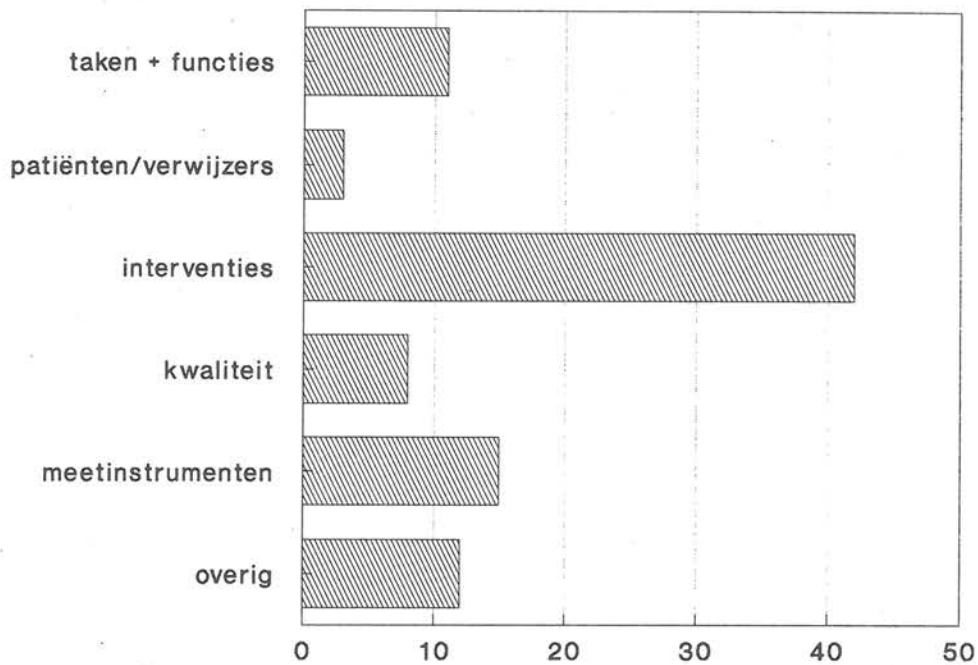
Tabel 6.15.: Aantal onderzoeken in de logopedie per aandachtsgebied (1985 -995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|-----------|
| Taken en functies | 11 |
| Patiënten en verwijzers | 3 |
| Interventies | 42 |
| algemeen | 6 |
| preventie, advies en voorlichting | - |
| diagnostiek | 5 |
| screening | 5 |
| behandelmethoden | 14 |
| effectiviteit | 12 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteitsverbetering en -bewaking | 8 |
| Meetinstrumenten | 15 |
| Overig | 12 |
| Totaal | 91 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 6.8 is gebaseerd op tabel 6.15 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 6.8.: Aantal onderzoeken in de logopedie per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

6.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de logopedie

Regulering en financiering

De NVLF besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 van kracht worden.

De invoering van de Wet BIG brengt ook voor de logopedisten enige aanvullende werkzaamheden met zich mee. Het opstellen van een kwaliteitsregister is een van de inspanningen die de beroepsvereniging zich zal stellen. Tevens zal een systeem voor registratie en behandeling van klachten worden ontwikkeld.

De NVLF vraagt aandacht voor de consequenties van de bezuinigingen van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen betreffende de logopedisten. Aan lagere overheden wordt minder geld beschikbaar gesteld deze te verplichten om logopedisten rechtstreeks aan de scholen voor speciaal onderwijs te benoemen en ze niet langer in de personeelsformatie van bijvoorbeeld GGD onder te brengen. Bovendien wordt de preventieve logopedie steeds verder ingeperkt en is in enkele regio's zelfs afgeschaft.

Aanbod van logopedische zorg

Uit de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (1995) blijkt dat de intrede werkloosheid (het percentage afgestudeerden dat langer dan 1 maand na afstuderen werkloos is) voor logopedisten aan de hoge kant is, terwijl het werkloosheidscijfer (het percentage afgestudeerden dat 1 jaar na afstuderen nog geen baan heeft) van 1992 naar 1993 enige verbetering laat zien.

In 1994 heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een beroepskrachtenvoorziening logopedie uitgebracht. Het advies om de instroom van de studenten logopedie verder in te perken is overgenomen door het Ministerie van VWS. De capaciteit van de opleidingen is echter ondanks dit advies gelijk gebleven. Gevolg is dat de werkloosheid onder logopedisten verder zal toenemen.

Vraag naar logopedische zorg

Het project 'Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van Kwaliteitsbevordering' (LISK-project) heeft tot doel het verder ontwikkelen, invoeren en evalueren van het Logopedie Informatie Systeem. Het project biedt een systematiek voor de registratie van zorginhoudelijke gegevens. De implementatie van het LISK zal belangrijke aanvullende gegevens opleveren omtrent het gebruik van logopedische zorg. De implementatie van het LISK is een van de stappen die staan omschreven in het nieuwe kwaliteitsbeleidsplan van de NVLF, het tweede masterplan. De NVLF stelt echter dat voor implementatie van het LISK faciliterende bereidheid van de zorgverzekeraars noodzakelijk is, maar nog niet gerealiseerd is.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van

de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en wordt geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

Het kwaliteitsbeleid is voor de NVLF eveneens prioriteit. Het bovengenoemde LISK-project is een voorbeeld van een uitgebreid en concreet uitgewerkt plan ter bevordering van de kwaliteit. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuw kwaliteitsbeleidsplan, het zogenoemde 'Masterplan Logopedie II'.

7 MONDHYGIËNE

7.1 Inleiding

7.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Mondhygiënisten zijn werkzaam op het gebied van de tandheelkundige zorgverlening. Het werkterrein van de mondhygiënist omvat curatieve mondhygiënistische zorg en preventieve tandheelkunde zorg. Het beroep van mondhygiënist is geregeld in de Wet op de Paramedische beroepen. In het op deze wet gebaseerde Besluit van 21 februari 1994 (Stb. 188) wordt onder de uitoefening van het beroep van mondhygiënist verstaan, het beroepsmatig ingevolge verwijzing van een de praktijk uitoefenend tandarts tot een tandheelkundig doel:

- Onderzoeken, schriftelijk of anderszins vastleggen of beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de het gebit omringende weefsels;
- Het reinigen van het gebit van de patiënt;
- Het uitwendig op het gebit van de patiënt of op het gebit omringende weefsels aanbrengen van tandbederfvoorkomende, onderscheidenlijk tandvleesziektenbestrijdende middelen;
- Het verstrekken van adviezen aan de patiënt om de hygiëne van het gebit en de mond te bevorderen en in stand te houden.

Daarnaast betreft dit het beroepsmatig aan diverse doelgroepen geven van instructie, informatie en voorlichting omtrent mondgezondheid. En tenslotte het verrichten van (epidemiologisch) onderzoek omtrent de bevordering van de mondgezondheid (Mondhygiënistbesluit, 1992). De toepassing van ioniserende stralen door de mondhygiënist geschiedt uitsluitend op aanwijzing en onder controle van een de praktijk uitoefenend tandarts (Besluit van 21 februari 1994 (Stb. 188)).

Taken van de mondhygiënist

De hiernavolgende beschrijving van de taken van de mondhygiënist is beperkt tot de algemene werkzaamheden. In ziekenhuizen worden door mondhygiënisten specifieke werkzaamheden verricht op de afdelingen mondziekten en kaakchirurgie die hier buiten beschouwing blijven. Andere specifieke werkzaamheden, zijn de werkzaamheden die uitgevoerd kunnen worden door mondhygiënisten in orthodontische praktijken en door mondhygiënisten werkzaam in de gehandicaptenzorg.

De werkzaamheden van mondhygiënisten worden in het beroepsprofiel als volgt omschreven (Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, 1992):

Allereerst wordt inzicht verkregen in hetgeen waar de patiënt voor komt en datgene wat de patiënt ten aanzien van zijn probleem verwacht (vraagverheldering).

De anamnese wordt afgenomen door vraagstelling aan de patiënt.

Vervolgens worden aan de hand van inspectie en diverse onderzoeken tandheelkundige gegevens verzameld ten behoeve van de diagnose. Als niet tot een bevredigende diagnose is gekomen blijft behandeling achterwege. Dit is ook het geval als de behandeling risico's inhoudt voor de algemene gezondheidstoestand van de patiënt (of als de patiënt afziet van behandeling).

Aan de hand van de diagnose wordt een behandelplan opgesteld.

De patiënt wordt geïnformeerd over de bevindingen en er wordt uitleg gegeven over de situatie waarin het gebit en de gebitsomringende weefsels zich bevinden.

De behandeling wordt uitgevoerd door het verrichten van ingrepen zoals gebitsreining, het polijsten van vullingen en tandoppervlakken, fluoride behandelingen enzovoorts. Onderdeel van de behandeling is altijd ook het geven van voorlichting en instructies met betrekking tot mondhygiëne.

De behandeling wordt tenslotte geëvalueerd. Nazorg wordt bepaald en uitgevoerd door middel van een recall-systeem.

Aan de verwijzer wordt schriftelijk en zonodig aanvullend mondeling gerapporteerd.

In voorkomende gevallen worden door de mondhygiënist monsters genomen voor bacterieel onderzoek.

Vormen van mondhygiënistische zorg c.q. zorgprodukten

De meest frequent voorkomende vorm van zorg is de curatieve mondhygiënische zorg van individuele patiënten. Daarnaast wordt preventieve tandheelkundige zorg verleend zowel individueel als aan groepen. Mondhygiënist zijn bijvoorbeeld werkzaam in de collectieve preventie bijvoorbeeld door het ontwikkelen en uitvoeren van preventieprogramma's voor doelgroepen of doelpopulaties. Ook kunnen mondhygiënist adviezen verstrekken aan derden zoals ouders of verzorgers, aan de verwijzend tandarts of specialist, aan de verpleegkundigen en andere zorgverleners en aan doelgroepen van patiënten (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

7.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van mondhygiënist is tot op heden geregeld in de uit 1963 daterende Wet op de Paramedische Beroepen en het op basis van deze wet getroffen Mondhygiënistbesluit van 13 maart 1974 (Stb. 151) en laatstelijk gewijzigd bij besluit van 21 februari 1994 (Stb. 188). De redenen voor de laatste wijziging waren een verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar voor de opleiding tot mondhygiënist en de wens tot vermindering van gedetailleerde regelgeving. Hiermee wordt de opleiding een grotere beleidsvrijheid gegeven. Bovendien vond de beroepsuitoefening van mondhygiënist steeds meer plaats zonder direct toezicht van een de praktijk uitoefenend tandarts. De wijziging van de relatie tandarts-mondhygiënist is tot uiting gebracht door in de deskundigheidsomschrijving 'op aanwijzing en controle van' te vervangen door 'ingevolge verwijzing van'.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van mondhygiënist geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Voor de mondhygiënist geldt dat volgens de nieuwe regeling de opleidingseisen minder gedetailleerd uitvallen in vergelijking met de bestaande eisen. Nieuw in de omschrijving van de deskundigheid en de opleidingseisen is dat mondhygiënist deskundig zijn om in opdracht van een tandarts en ter ondersteuning van de mondhygiënistische behandeling lokale anesthesie door middel van een injectie toe te passen. Dit is evenals het toepassen van röntgenstraling een voorbehouden handeling, aan de uitoefening waarvan de Wet BIG zelf nadere voorwaarden stelt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs zal worden ingevoerd. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

Wat de financiering van de mondhygiënistische zorg betreft, dient een onderscheid te worden gemaakt in mondhygiënisten werkzaam in loondienst en vrijgevestigde mondhygiënisten. Mondhygiënisten werkzaam in loondienst declareren niet zelf; de werkgever stuurt een rekening aan de patiënt of declareert bij het ziekenfonds. Vrijgevestigde mondhygiënisten sturen hun rekening aan de patiënt, die - afhankelijk van zijn verzekering - (gedeeltelijke) restitutie van de ziektekostenverzekeraar ontvangt.

De ziekenfondsen hebben in hun aanvullende tandheelkundige polissen vergoeding van de behandeling door de vrijgevestigde mondhygiënist niet opgenomen. Particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden in toenemende mate nota's die zijn uitgeschreven door een mondhygiënist.

7.2 Aanbod van mondhygiënistische zorg

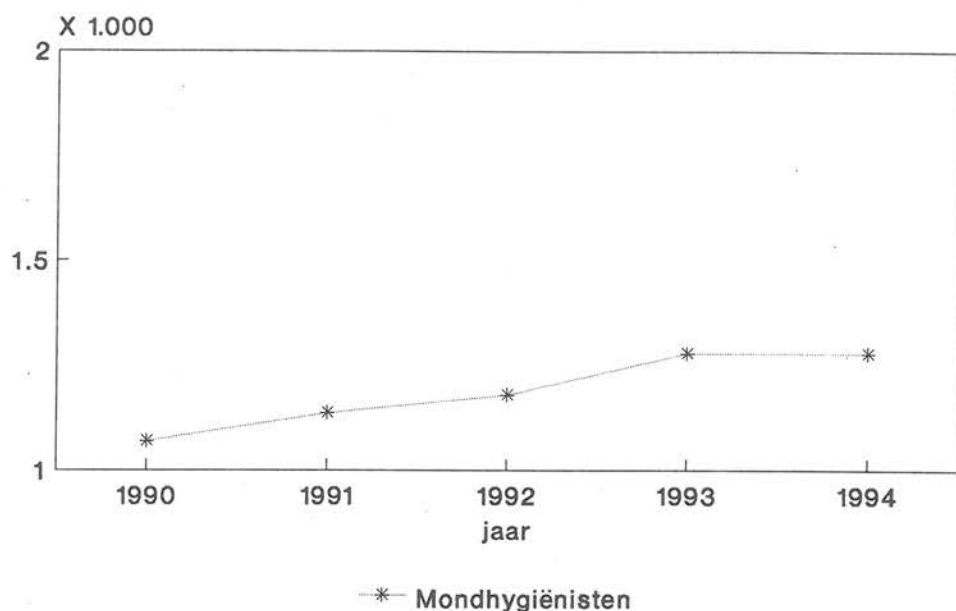
Voor een overzicht van het aanbod van mondhygiënistische zorg is ondermeer gebruikgemaakt van een schriftelijke enquête onder 960 mondhygiënisten (leden NVM en niet-leden), die in 1993 door de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten is afgenomen (Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, 1995). Daarnaast is de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995) geraadpleegd, die deels gebaseerd is op de eerdergenoemde enquête.

7.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal beroepsbeoefenaren

Het aantal bevoegde mondhygiënisten dat bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is geregistreerd bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.604 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal leden van Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.086. Het aantal werkzame mondhygiënisten (geschat op basis van een organisatiegraad van 85%) bedraagt 1.278. In figuur 7.1 is de ontwikkeling van het aantal werkzame mondhygiënisten weergegeven.

Figuur 7.1.: Ontwikkeling van het aantal werkzame mondhygiënisten (1990 - 1994)



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Werkveld

Uit tabel 7.1 blijkt dat mondhygiënisten in verschillende sectoren van de gezondheidszorg werkzaam zijn.

Tabel 7.1.: Relatieve verdeling van het aantal werkzame mondhygiënisten naar werkveld (1993)

| Sector | % |
|---------------------------|-------|
| Extramuraal | 83,4 |
| - tandartspraktijk | 57,8 |
| - praktijk orthodontist | 10,1 |
| - parodontologie praktijk | 6,3 |
| - vrije vestiging | 9,2 |
| - overig | . |
| Intramuraal | 7,6 |
| - ziekenhuis | 3,0 |
| - gehandicaptenzorg | 4,6 |
| Overig | 9,0 |
| - in opleiding | 3,3 |
| - universiteit | 0,6 |
| - GGD | 3,1 |
| - overig | 2,0 |
| Totaal ¹ | 100,0 |

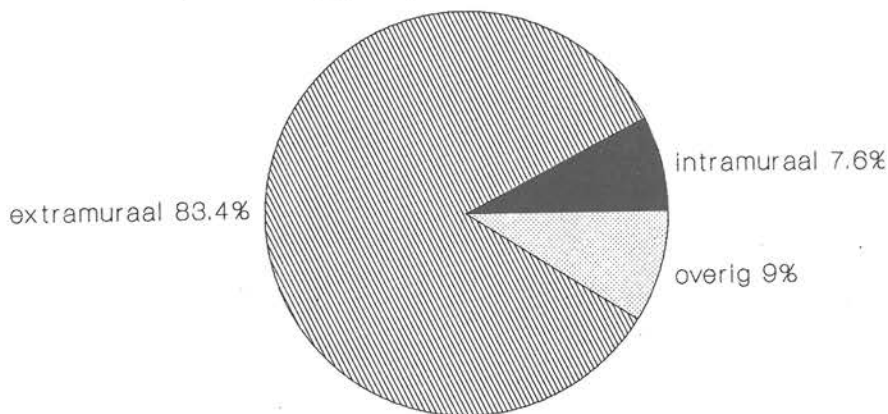
¹ Mondhygiënisten kunnen op meerdere locaties werkzaam zijn; 35,4 % van alle mondhygiënisten werkt op twee locaties; 11,4 % op drie of meer locaties.

Bron: NVM, 1995; Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Het merendeel van alle mondhygiënisten is extramuraal werkzaam (83%). Verreweg het grootste deel van de extramuraal werkenden werkt in dienstverband bij een tandarts of parodontoloog. Een kleine groep mondhygiënisten heeft een eigen praktijk. Behandeling door een vrijgevestigde mondhygiënist gebeurt op schriftelijke aanwijzing van tandarts(specialist); rechtstreekse entree is niet mogelijk.

Bijna 8% van de mondhygiënisten werkt intramuraal; dit betreft vooral ziekenhuizen en gehandicaptenzorg. Het overige deel van de mondhygiënisten (9%) werkt in het onderwijs en bij GGD en dergelijke.

Figuur 7.2.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van mondhygiënisten (leden NVM) (1993)



Bron: NVM, 1995; Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

7.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

Het beroep van mondhygiënist wordt vrijwel alleen door vrouwen uitgeoefend; slechts 2,3% van de mondhygiënisten is man (NVM, 1995).

Leeftijd

De mondhygiënisten worden gekenmerkt door een jonge leeftijdsopbouw (tabel 7.2). Bijna 60% van alle mondhygiënisten is jonger dan 35 jaar. Slechts 4% is ouder dan 45 jaar.

Tabel 7.2.: Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame mondhygiënisten (1993)

| Leeftijd | % (N=960) |
|----------|--------------|
| < 25 | 12,9 |
| 25-29 | 22,4 |
| 30-34 | 24,1 |
| 35-39 | 21,9 |
| 40-45 | 14,7 |
| > 45 | 4,1 |
| Totaal | 100,0 |

Bron: NVM, 1995; Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi & OSA, 1995).

Uren per week naar functie

Het gemiddeld aantal dagdelen dat mondhygiënisten per week werken bedraagt 6,8; ofwel 27 uur per week. Het grootste deel (44%) is tussen de vijf en acht dagdelen per week werkzaam (Hingstman & Harmsen, 1994).

7.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

Gegevens over het aantal mondhygiënisten per provincie dateren uit 1989. Hoewel meer recente gegevens bekend zijn uit de enquête van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM, 1995) worden de oudere gegevens hier vermeld ter vergelijking met de gegevens over de spreiding van beroepsbeoefenaren in andere hoofdstukken. Deze gegevens zijn niet representatief, maar geven wel enig inzicht in de situatie. Uit tabel 7.3 kan worden afgeleid dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn in het aantal inwoners per mondhygiënist. In de noordelijke provincies is het aantal inwoners per full-time equivalent mondhygiënist aanzienlijk hoger (dat wil zeggen een lagere dichtheid) dan in Utrecht, Gelderland en Noord-Holland.

Tabel 7.3.: Aantal inwoners per full-time equivalent* extramuraal werkzame mondhygiënist** per provincie in 1989

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal full-time equivalenten | Aantal inwoners per full-time mondhygiënist |
|---------------|-----------------|-------------------------------|---|
| Groningen | 555.200 | 3,7 | 150.054 |
| Friesland | 599.190 | 4,5 | 133.153 |
| Drenthe | 439.066 | 2,8 | 156.809 |
| Overijssel | 1.014.949 | 9,1 | 111.533 |
| Flevoland | 202.678 | 2,8 | 72.385 |
| Gelderland | 1.794.678 | 30,9 | 58.080 |
| Utrecht | 1.004.632 | 37,0 | 27.152 |
| Noord-Holland | 2.365.160 | 77,2 | 30.637 |
| Zuid-Holland | 3.200.408 | 41,7 | 76.748 |
| Zeeland | 355.585 | 2,8 | 126.995 |
| Noord-Brabant | 2.172.604 | 28,1 | 77.317 |
| Limburg | 1.099.622 | 9,0 | 122.180 |

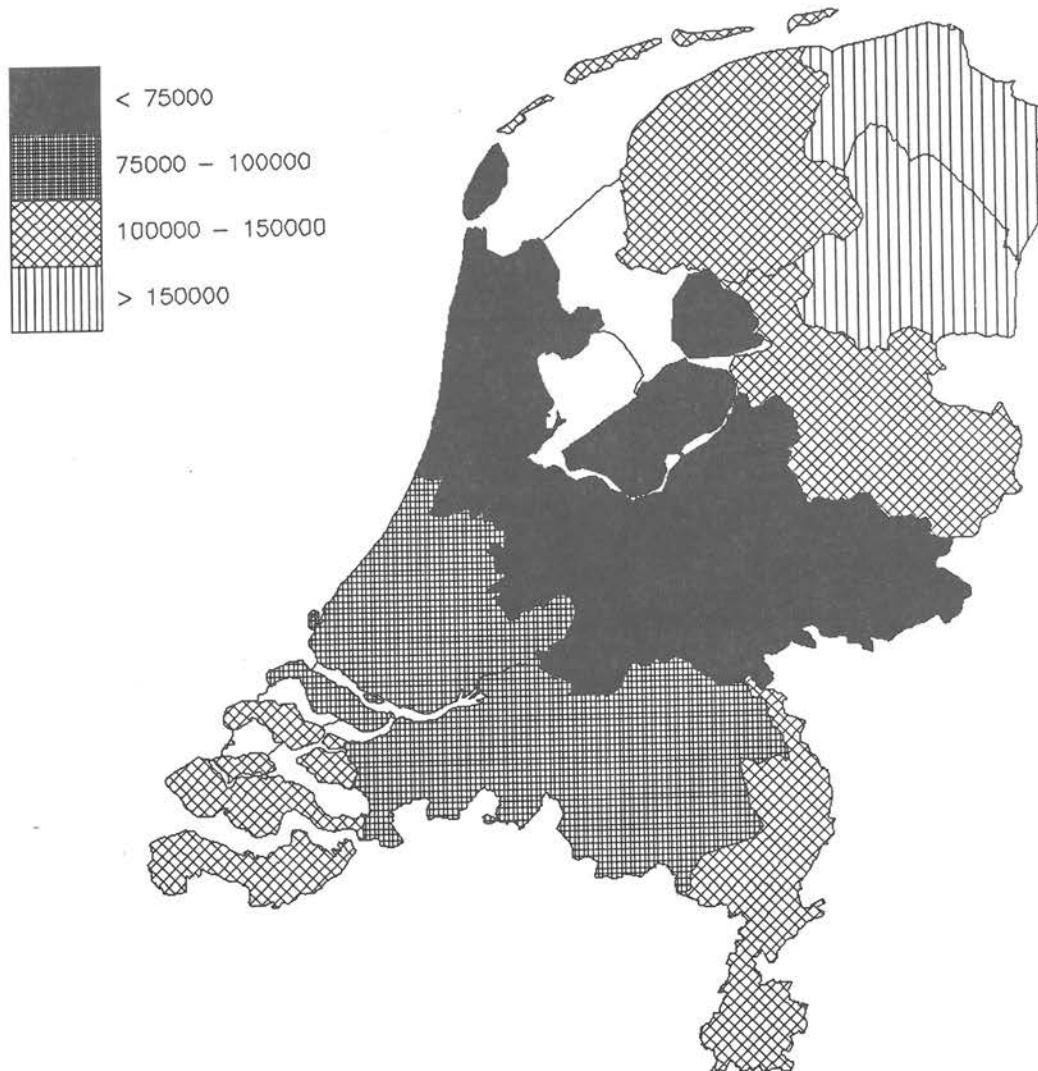
* Volledige werkweek.

** Het betreft een onderzoek onder 464 mondhygiënisten.

Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

Figuur 7.3 geeft de verschillen in de spreiding van mondhygiënisten over Nederland nog eens visueel weer.

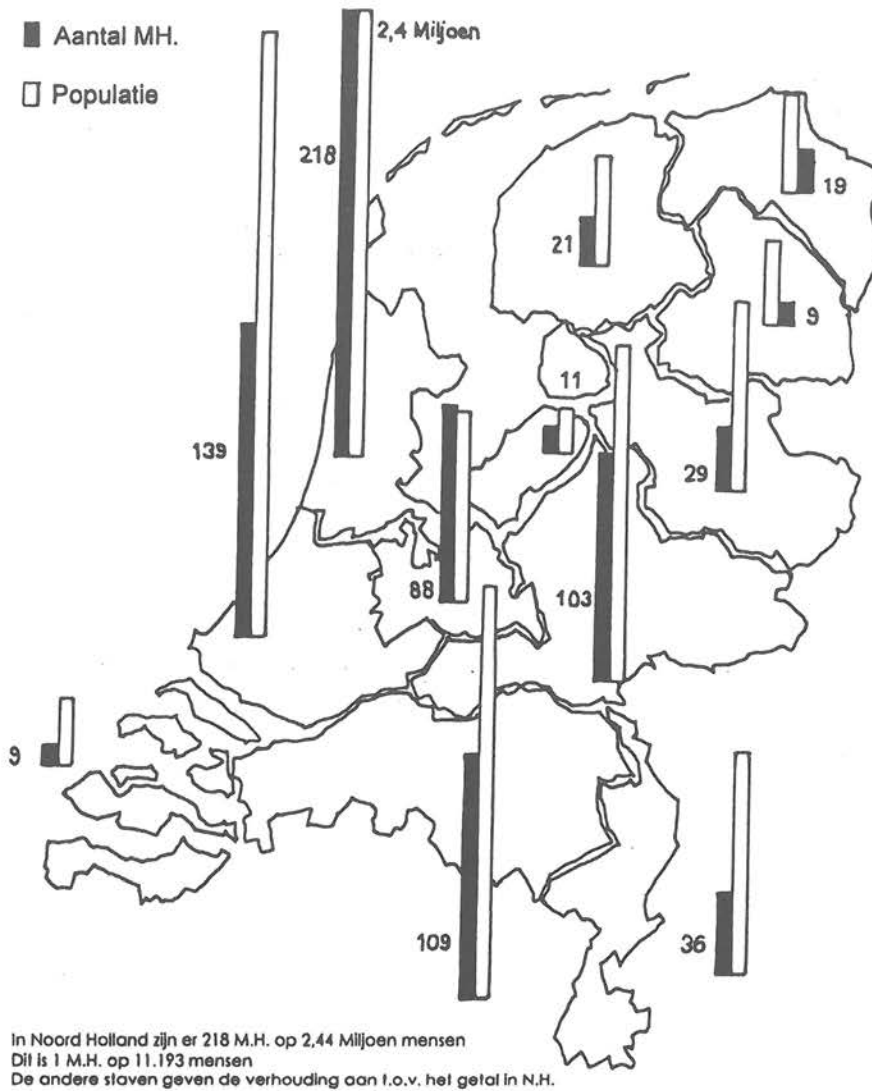
Figuur 7.3.: Aantal inwoners per full-time equivalent extramuraal werkzame mondhygiënist naar provincie in 1989



Bron: Hingstman & Harmsen (1994).

De gegevens over de spreiding van mondhygiënisten, zoals deze uit de NVM-enquête naar voren komen, worden in figuur 7.4 gepresenteerd.

Figuur 7.4.: Landelijke verdeling van mondhygiënisten in 1993



Bron: Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, 1995.

7.3 Vraag naar mondhygiënistische zorg

7.3.1 Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de mondhygiënistische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

7.3.2 Gebruik van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal personen uit de bevolking dat gebruik maakt van mondhygiënistische zorg noch over de omvang van de behandeling.

7.3.3 Verwijzing

Empirische gegevens over de verwijzers voor mondhygiënistische zorg en het verwijscijfer ontbreken.

Tandartsen en tandartsspecialisten zijn de belangrijkste verwijzers. In ziekenhuizen worden de patiënten verwezen naar de afdeling mondziekten en kaakchirurgie. Enkele mondhygiënisten werken in ziekenhuizen met specialismen zoals cardiologie, hematologie, oncologie en radiotherapie. Patiënten kunnen ook afkomstig zijn van multidisciplinaire behandelteams zoals een schisis-team of een osteotomie-team. Tot slot kunnen patiënten verwezen worden vanuit gezondheidsdiensten door bijvoorbeeld jeugdartsen.

7.3.4 Kenmerken van patiënten

Er is geen grootschalig, representatief onderzoek verricht naar de kenmerken van patiënten van de mondhygiënist. Wel heeft de Stichting Opleiding Mondhygiënist in 1992 een enquête uitgevoerd onder de patiënten die bij de opleiding voor behandeling komen (N=154). Opgemerkt moet worden dat de resultaten van deze enquête geen representatieve gegevens betreffen, omdat de behandeling bij het opleidingsinstituut afwijkt van de normale praktijk van de mondhygiënist (behandeling door student onder begeleiding, langere behandeltime, etc.).

In tabel 7.4 staan de kenmerken van patiënten onder behandeling bij het opleidingsinstituut vermeld.

Tabel 7.4.: Kenmerken van patiënten onder behandeling bij de opleiding mondhygiënist (N=154)

| | Patiënten |
|--|-----------|
| Geslacht (%) | |
| man | 40,4 |
| vrouw | 59,6 |
| Leeftijd (%) | |
| < 30 jaar | 17,0 |
| 30 t/m 45 jaar | 37,9 |
| 46 t/m 60 jaar | 26,1 |
| > 60 jaar | 19,0 |
| Verzekeringsvorm (%) | |
| ziekenfonds verzekerd | 49,0 |
| particulier verzekerd | 51,0 |
| Opleiding (%) | |
| lagere opleiding (basisschool, lager beroepsonderwijs) | 16,3 |
| midden opleiding (HAVO, MULO, MAVO) | 43,8 |
| hogere opleiding (VWO, HBO, universiteit) | 39,9 |
| Beroepsstatus (%) | |
| "geen" (huisvrouw, gepensioneerd, werkloos, etc.) | 31,9 |
| student | 7,0 |
| lager beroep | 13,2 |
| midden beroep | 29,2 |
| hoger beroep | 19,6 |

Bron: Leemans & Moltzer, 1994.

Uit tabel 7.4 blijkt dat ruim de helft van de patiënten onder behandeling bij de opleiding vrouw is. De leeftijdsverdeling laat zien dat patiënten van alle leeftijden worden behandeld. Bijna tweederde van de patiënten (64%) is tussen de 30 en 60 jaar. De helft van de patiënten heeft een particuliere ziektekostenverzekering; vergeleken met de Nederlandse bevolking zijn de particulier verzekerde patiënten dus oververtegenwoordigd. De patiënten onder behandeling bij de opleiding zijn hoger opgeleid dan de Nederlandse bevolking. Bijna 39% van de patiënten heeft geen baan. Patiënten met hogere en midden beroepen zijn oververtegenwoordigd.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de diagnose en behandeling van mondhygiëne-patiënten.

7.4 Kwaliteit en doelmatigheid van mondhygiënistische zorg

7.4.1 Kwaliteitsbeleid bij mondhygiënistische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM) heeft een commissie Kwaliteit ingesteld. De commissie Kwaliteit heeft een twee-sporenbeleid uitgezet; er zijn twee werkgroepen ingesteld. Een werkgroep heeft tot taak om de leden bewust te maken van het belang van kwaliteit. De andere werkgroep richt zich op de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid.

Er zijn geen uniforme classificatiesystemen in gebruik. Voor vrijgevestigde mondhygiënist(en) zijn wel uniforme richtlijnen voor verslaglegging naar de verwijzer ontwikkeld.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

De normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in het beroepsprofiel en in de beroepscode. De komende jaren zal in een kwaliteitsproject gewerkt worden aan implementatie van deze normen in de beroepsuitoefening.

Ten aanzien van het **methodisch/technisch handelen** bestaan er richtlijnen voor de behandeling en voorlichting aan patiënten met AIDS, voor mondverzorging en voor hygiëne. Op lokaal niveau wordt in een aantal gevallen met protocollen of standaarden gewerkt (Velthuizen, De Lugt-Lustig & Nieweg, 1993).

Wat de normen voor de **organisatie van de beroepsuitoefening** betreft, beschikt men over criteria voor de praktijkinrichting en praktijkvoering. In de tandheelkunde bestaan er algemene voorschriften omtrent hygiëne en infectiepreventie.

Verbetermethodes/-acties

De beroepsvereniging is via overleg betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding. Bovendien is een module kwaliteitszorg opgenomen in het curriculum van de opleiding. De commissie Bijscholing van de NVM organiseert bij- en nascholingscursussen voor de leden van de vereniging. Recent heeft men een cursus voor herintreders ontwikkeld. Intercollegiale toetsing is niet gangbaar onder mondhygiënisten. Intercollegiaal overleg c.q. intervisie wordt in samenwerking met het CBO ontwikkeld binnen het eerder genoemde kwaliteitsproject. In 1991 is een eenmalige visitatie uitgevoerd onder de vrijgevestigde praktijken.

Behoud en borging

De NVM werkt evenals de andere paramedische beroepsgroepen aan plannen voor het instellen van een beroepsregister en periodieke herregistratie. Criteria voor herregistratie zijn in ontwikkeling.

7.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van mondhygiënistische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de mondhygiëne zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van mondhygiënistische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 7.5 geeft een overzicht van het onderzoek dat op het gebied van de mondhygiëne is uitgevoerd. Op het gebied van mondhygiëne is nog weinig onderzoek verricht. Er zijn relatief veel onderzoeksprojecten op het gebied van de taken en functies van mondhygiënisten uitgevoerd. Er is een aantal algemene studies verricht met betrekking tot het beroepsprofiel, werkwijze, taken en functioneren, ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en wettelijke regelingen. Daarnaast zijn enkele specifieke studies uitgevoerd naar het omgaan met AIDS in de mondhygiënistische praktijk en naar de attitude en het zelfvertrouwen van mondhygiënisten in opleiding.

Op het gebied van kwaliteit zijn met name inspanningen verricht voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en er zijn vier projecten uitgevoerd met betrekking tot verzorging en protocollering.

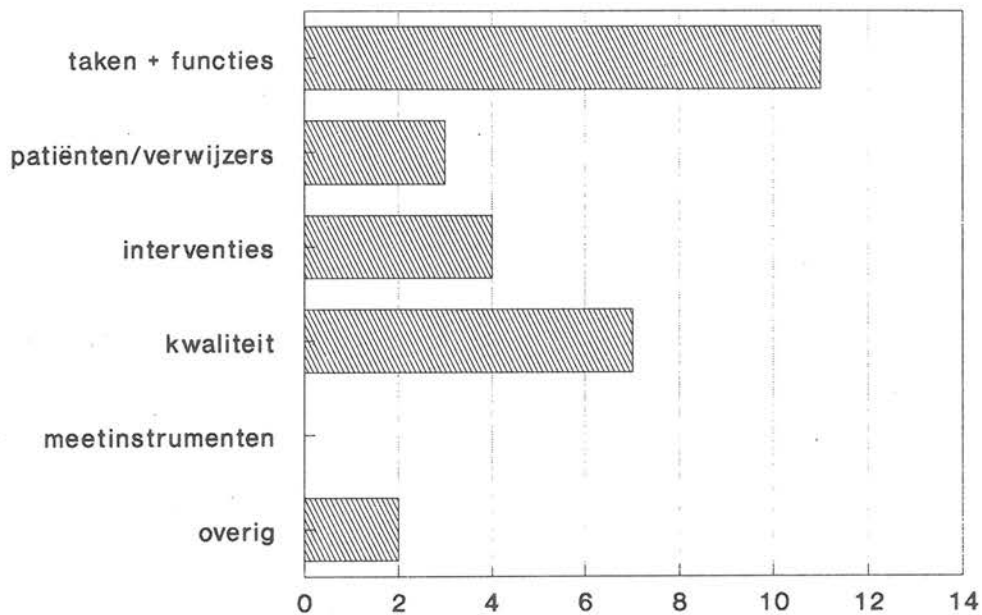
Tabel 7.5.: Aantal onderzoeken in de mondhygiëne per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 11 |
| Patiënten en verwijzers | 3 |
| Interventies | 4 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | 1 |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethoden | 2 |
| effectiviteit | 1 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 7 |
| Meetinstrumenten | - |
| Overig | 2 |
| Totaal | 27 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 7.5 is gebaseerd op tabel 7.5 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 7.5.: Aantal uitgevoerde onderzoeken in de mondhygiëne per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

7.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de mondhygiëne

Regulering en financiering

De NVM besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. In overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking worden gesteld.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

In 1994 is de tandheeskundige hulp voor een groot deel uit het ziekenfondspakket verdwenen. Vooralsnog heeft er geen formele evaluatie plaatsgevonden waarin de consequenties van deze wijziging zijn bepaald. Bij de NVM is geen structurele melding geweest van achteruitgang in hoeveelheid werkzaamheden voor de mondhygiënist.

Aanbod van zorg

De vraag naar mondhygiënisten op de arbeidsmarkt is groter dan het aanbod. Er zijn vrijwel geen werkloze mondhygiënisten, terwijl er een groot aantal vacatures is, met name in de extramurale zorg. Het betreft overigens grotendeels part-time vacatures.

Vraag naar zorg

De vraag naar mondhygiënistische zorg houdt mogelijk verband met de vergoeding van deze zorg door zorgverzekeraars. Sommige particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden wel de zorg van vrijgevestigde mondhygiënisten, andere particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen niet. Ontwikkelingen in de tandheeskundige zorg, zoals een grotere nadruk op preventie, zullen mogelijk van invloed zijn op de vraag naar mondhygiënistische zorg.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en wordt geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg plaats over de invulling hiervan. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren.

Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

8 OEFENTHERAPIE-CESAR

8.1 Inleiding

8.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Oefentherapie-Cesar is een vorm van bewegingstherapie gericht op het motorisch functioneren en op het voorkomen of herstel van afwijkingen in het motorisch functioneren. Oefentherapie-Cesar wordt uitgeoefend op verwijzing van een de praktijk uitoefenend geneeskundige. In het Besluit oefentherapeuten-Cesar is het deskundigheidsgebied als volgt omschreven:

Het toepassen van de oefentherapie volgens de Cesar-methode, als hoedanige oefentherapie wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging door middel van het aan de patiënt uitvoeren of door de patiënt bewust doen uitvoeren van bewegingen en doen aannemen van houdingen volgens de beginselen van Cesar.

Deze formele omschrijving van het beroep wordt in het beroepsprofiel als volgt toegevoegd:

De oefentherapie-Cesar is een bewegingsleer en een bewegingstherapie om gezonde, natuurlijke houdings- en bewegingsgewoonten te ontwikkelen teneinde klachten op het gebied van motorische functies te verhelpen of te voorkomen. Dat wil zeggen: door middel van een motorisch leerproces de aanwezige motorische mogelijkheden optimaal te leren benutten of te vergroten, zodat algemene en specifieke motorische vaardigheden beter uitgevoerd kunnen worden en lichamelijke klachten bestreden kunnen worden (Beroepsprofiel Oefentherapeut-Cesar, 1994).

Taken van de oefentherapeut-Cesar

De taken van de oefentherapeut-Cesar worden beschreven in het beroepsprofiel (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1994). Aan de hand van de gegevens van de arts, de anamnese en het eigen onderzoek wordt een behandelplan met bewegingsoefeningen opgesteld. Deze bewegingen bevorderen de vorming van motorische schema's waardoor de patiënt in staat wordt gesteld zich bewust te worden van zijn houdings- en bewegingspatroon, en hij inzicht krijgt in hoe dat patroon beter, optimaal zou kunnen worden. Via zorgvuldige oefeningen wordt dit houdings- en bewegingspatroon aangeleerd. Omdat alle oefeningen in dit motorisch leerproces gebaseerd zijn op de dagelijkse bewegingen, volgt bijna vanzelfsprekend toepassing in het dagelijks leven en vorming van goede gewoonten.

Elk motorisch leerproces verloopt in drie fasen, namelijk:

- een cognitieve fase, waarin elementaire oefeningen of deelbewegingen geleerd worden;
- de associatieve fase, waarin de elementaire oefeningen en deelbewegingen samengevoegd worden tot samengestelde bewegingen;
- de autonome fase waarin bewegingen steeds meer automatisch verlopen, dat wil zeggen steeds minder onder cognitieve controle staan.

Na afloop van de behandeling worden de resultaten geëvalueerd en gerelateerd aan de gestelde doelen in het behandelplan. Aan de verwijzer wordt gerapporteerd en zondig wordt de verwijzer geadviseerd omtrent verdere behandeling.

Vormen van oefentherapie-Cesar c.q. zorgproducten

In essentie is het zorgproduct van oefentherapeuten-Cesar een vorm van oefentherapie en bewegingstherapie gebaseerd op de bewegingsleer Cesar. De therapie kan in individueel verband of in groepsverband worden gegeven en een curatief of een preventief doel hebben.

Preventief wordt oefentherapie-Cesar toegepast binnen bijvoorbeeld beroepsopleidingen en bedrijven.

In de gezondheidszorg wordt de therapie curatief toegepast in de extra- en intramurale gezondheidszorg terwijl het accent op preventie ligt bij bijvoorbeeld groepsgewijze therapie voor zwangere vrouwen, bejaarden, kinderen, geriatrische patiënten enzovoorts.

Ten behoeve van bewegingsopvoeding wordt oefentherapie-Cesar toegepast op scholen, muziekscholen en sportscholen (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

8.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van oefentherapeut-Cesar werd in 1972 wettelijk erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Besluit oefentherapeut-Cesar (Stb. 225), laatstelijk gewijzigd in 1994 (Stb. 188). Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: de oefentherapeut-Cesar behandelt 'ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige'. De laatstgenoemde wijziging inzake het Besluit oefentherapeut-Cesar heeft geleid tot vermindering van de gedetailleerde regelgeving, zodat de opleiding een grotere beleidsvrijheid heeft gekregen.

De bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen zullen vervallen met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van oefentherapeut-Cesar geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). In het kader van de concept-amvb heeft de minister voorgesteld de nauw met elkaar verwante beroepen van oefentherapeut-Cesar en oefentherapeut-Mensendieck als een beroep met een titel te regelen: de oefentherapeut. De nu bestaande opleidingen en diploma's blijven bestaan. In het deskundigheidsgebied en de opleidingseisen worden de bewegingsleer Cesar en de methode Mensendieck afzonderlijk vermeld. De oefentherapeut is deskundig om op verwijzing van een arts te werken op het huidige bevoegdheidsterrein en om zelfstandig, dus zonder verwijzing, met een preventief doel te behandelen of te adviseren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

In 1974 is de oefentherapie-Cesar opgenomen in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. In vrijgevestigde praktijken worden oefentherapeuten betaald door het ziekenfonds, nadat voor behandeling van de patiënt een machtiging verkregen is. Particulier verzekerde patiënten betalen de oefentherapie eerst zelf en krijgen vervolgens behandeling vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In ziekenhuizen en instellingen vormen de kosten van behandeling door de oefentherapeut-Cesar onderdeel van de kosten per opnamedag. De oefentherapeuten zijn in dienst van de instelling.

De tarieven voor oefentherapie-Cesar staan vermeld in tabel 8.1.

Tabel 8.1.: De maximaal door oefentherapeuten-Cesar in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996

| Omschrijving | Tarief | + Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1997 |
|---|---------|---|
| Per behandeling 'ten huize' van de oefentherapeut(e) op zijn/haar praktijkadres | f 34,95 | f 0,05 |
| Per behandeling 'ten huize' van de patiënt(e) of in een inrichting waar de patiënt(e) verblijft | f 58,35 | f 0,30 |

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1996.

Met ingang van 1 januari 1996 is er een beperkende maatregel ingevoerd met betrekking tot de vergoeding van oefentherapie-Cesar. Deze maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten voor oefentherapie-Cesar (en Mensendieck en extramuraal fysiotherapie) in de ZFW-sector. De beperking heeft voornamelijk betrekking op het aantal zittingen dat wordt vergoed: elke verzekerde heeft vanaf 1 januari 1996, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist, recht op maximaal 9 zittingen oefentherapie-Cesar per indicatie per jaar. Indien daartoe geïndiceerd, heeft de verzekerde recht op nog eens maximaal 9 zittingen, indien daartoe voorafgaand schriftelijke toestemming is verkregen van de verzekeraar. De verzekerde heeft recht op het noodzakelijk aantal zittingen per jaar indien er sprake is van een chronische aandoening, die is opgenomen op de lijst 'Indicaties voor langdurige fysiotherapie en oefentherapie', indien daartoe voorafgaand schriftelijk toestemming is verkregen van de verzekeraar.

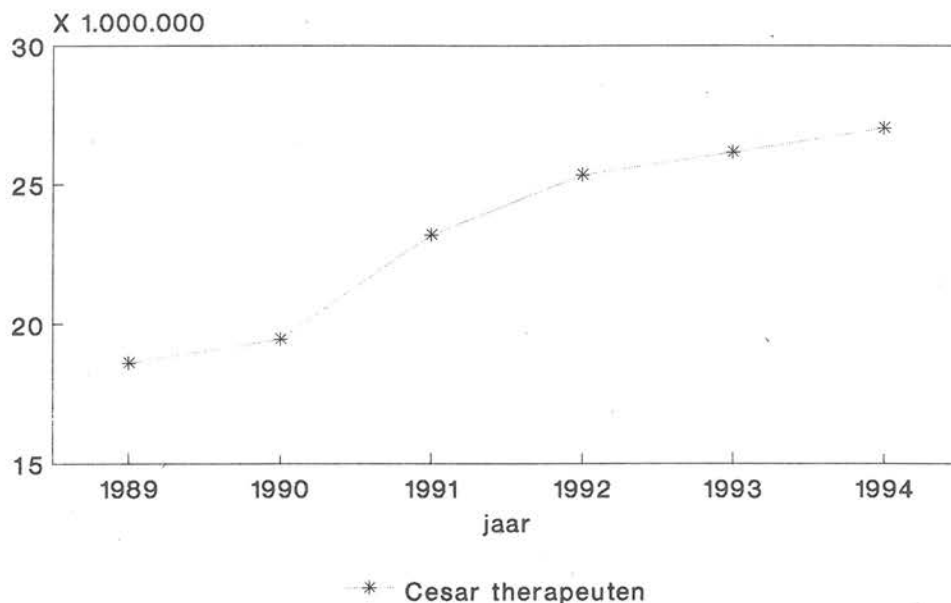
Kosten

De kosten voor de oefentherapie-Cesar gedeclareerd bij de ziekenfondsen bedroegen over 1994 in totaal f27 miljoen. Dit bedraagt een kleine 3% van de totale kosten van de paramedische hulp over dat jaar en is vergelijkbaar met de kosten van de oefentherapie-Mensendieck.

In de periode 1990-1994 zijn de kosten per verzekerde voor oefentherapie-Cesar gestegen met 33% (van f19,5 tot f27 miljoen). (Ziekenfondsraad, 1995).

De beperkende maatregel met betrekking tot de aanspraken op fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandeling zal in 1996 moeten leiden tot een kostenbesparing van f 200 miljoen. In figuur 8.1 is de ontwikkeling in de kosten van oefentherapie-Cesar weergegeven vanaf 1989.

Figuur 8.1.: Ontwikkeling in de kosten van de oefentherapie-Cesar gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1989 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

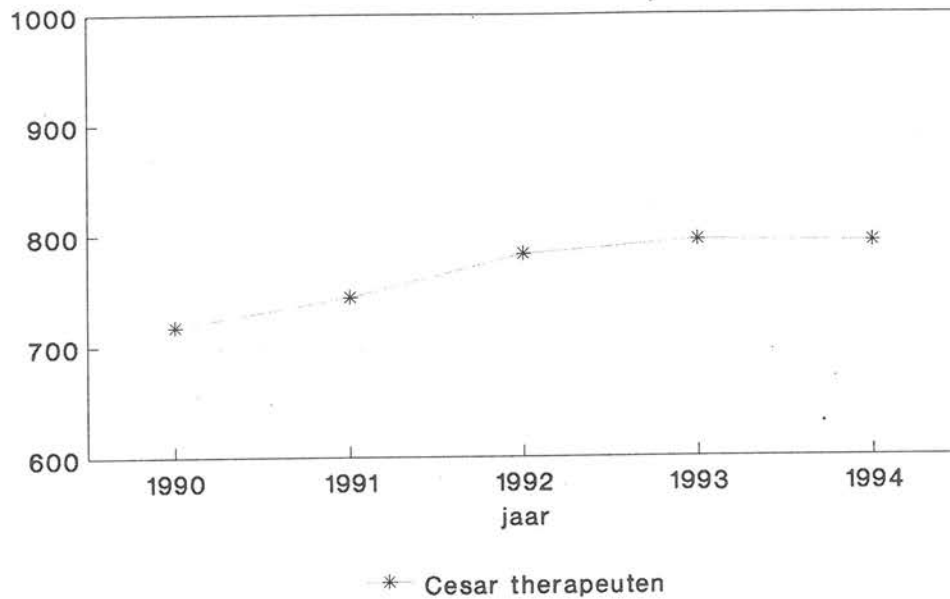
8.2 Aanbod van oefentherapie-Cesar

8.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal oefentherapeuten-Cesar

Het aantal gekwalificeerde oefentherapeuten-Cesar dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.269 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal werkzame leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar bedroeg per 31 december 1994 in totaal 761. Het aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 793. In de periode 1990-1994 is een stijging te zien wat betreft het aantal beroepsbeoefenaren (zie figuur 8.2).

Figuur 8.2.: Aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar (1990 - 1994)



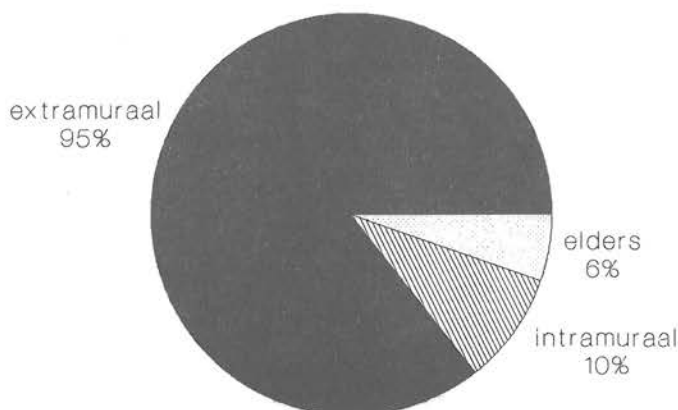
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Oefentherapeuten-Cesar zijn werkzaam in de intramurale en extramurale gezondheidszorg (zie figuur 8.3). Het merendeel van de oefentherapeuten-Cesar is werkzaam als vrijgevestigd therapeut in een praktijk voor oefentherapie-Cesar (93%) of een praktijk voor fysiotherapie (2%). Daarnaast zijn oefentherapeuten-Cesar werkzaam in de tweedelijnsgezondheidszorg (10%), bijvoorbeeld in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. Overige werkplekken (6%) bevinden zich in de preventieve sector en het onderwijs¹.

Van alle oefentherapeuten-Cesar werkt 85% in een particuliere praktijk; 11% in algemeen dienstverband en 4% in een instelling onder de CAO voor het ziekenhuiswezen.

Figuur 8.3.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van oefentherapeuten-Cesar



¹ Het totaal percentage is hoger dan 100% omdat therapeuten meer dan een werkplek kunnen hebben.
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

8.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep voor oefentherapeuten-Cesar bestaat vooral uit vrouwen: 94% van alle werkzame beroepsbeoefenaren is van het vrouwelijk geslacht.

Leeftijd

In tabel 8.2 is de leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Cesar weergegeven. De beroepsgroep wordt gekenmerkt door een jonge leeftijdsopbouw. Van alle werkzame oefentherapeuten-Cesar is 77% jonger dan 40 jaar. Slechts een klein deel (3%) van de werkzame oefentherapeuten is ouder dan 55 jaar.

Tabel 8.2.: Leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Cesar (leden VBC) per 31 december 1994

| Leeftijd | Totaal ¹ | |
|----------|---------------------|-------|
| | abs | % |
| < 25 | 44 | 5,7 |
| 25-29 | 185 | 24,1 |
| 30-34 | 207 | 27,0 |
| 35-39 | 154 | 20,1 |
| 40-44 | 75 | 9,8 |
| 45-49 | 49 | 6,4 |
| 50-54 | 30 | 3,9 |
| 55-59 | 7 | 0,9 |
| 60-64 | 8 | 1,0 |
| > 64 | 8 | 1,0 |
| Totaal | 767 | 100,0 |

¹ Van acht leden is de leeftijd onbekend.
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Uren per week naar functie

In tabel 8.3 is de gemiddelde omvang van de werkweek van extramuraal werkzame oefentherapeuten-Cesar naar geslacht weergegeven. De tabel laat zien dat er duidelijke verschillen zijn tussen mannen en vrouwen wat betreft de omvang van de werkweek.

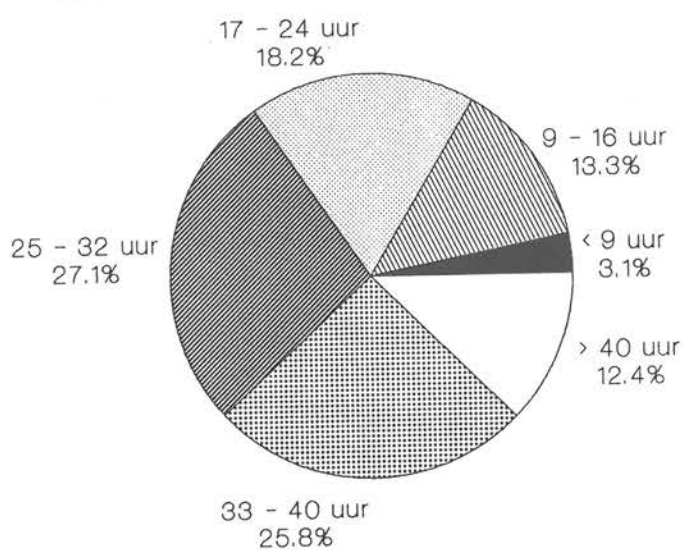
Tabel 8.3.: Gemiddelde omvang van de werkweek van extramuraal werkzame oefentherapeuten-Cesar naar geslacht, per ultimo 1992

| Aantal uren per week | Vrouwen | | Mannen | | Totaal | |
|----------------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| < 9 | 7 | 3,3 | - | - | 7 | 3,1 |
| 9-16 | 30 | 14,2 | - | - | 30 | 13,3 |
| 17-24 | 39 | 18,4 | 2 | 15,4 | 41 | 18,2 |
| 25-32 | 59 | 27,8 | 2 | 15,4 | 61 | 27,1 |
| 33-40 | 55 | 25,9 | 3 | 23,1 | 58 | 25,8 |
| > 40 | 22 | 10,4 | 6 | 46,2 | 28 | 12,4 |
| Totaal | 212 | 100,0 | 13 | 100,0 | 225 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Uit tabel 8.3 blijkt dat 16% van de oefentherapeuten twee dagen per week of minder werkt; dit geldt echter alleen voor de vrouwelijke therapeuten. Een volledige werkweek (meer dan 32 uur per week) wordt door 69% van de mannen en 36% van de vrouwen gewerkt. In figuur 8.4 is de gemiddelde omvang van de werkweek weergegeven. Gemiddeld werken de oefentherapeuten-Cesar 28,5 uur per week, waarbij de mannen gemiddeld 39 uur en de vrouwen gemiddeld 28 uur per week werken.

Figuur 8.4.: Gemiddelde omvang van de werkweek van extramuraal werkzame oefentherapeuten-Cesar



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

8.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

Tabel 8.4 laat zien dat het aantal inwoners per extramuraal werkende oefentherapeut-Cesar (in een eigen praktijk) 23.492 bedraagt. Als dit vervolgens wordt uitgesplitst naar provincie dan zijn er grote regionale verschillen. Utrecht is de provincie met het laagste aantal inwoners per oefentherapeut-Cesar. In Groningen, Friesland en Limburg daarentegen wordt een dichtheid gemeten van meer dan 40.000 inwoners per oefentherapeut.

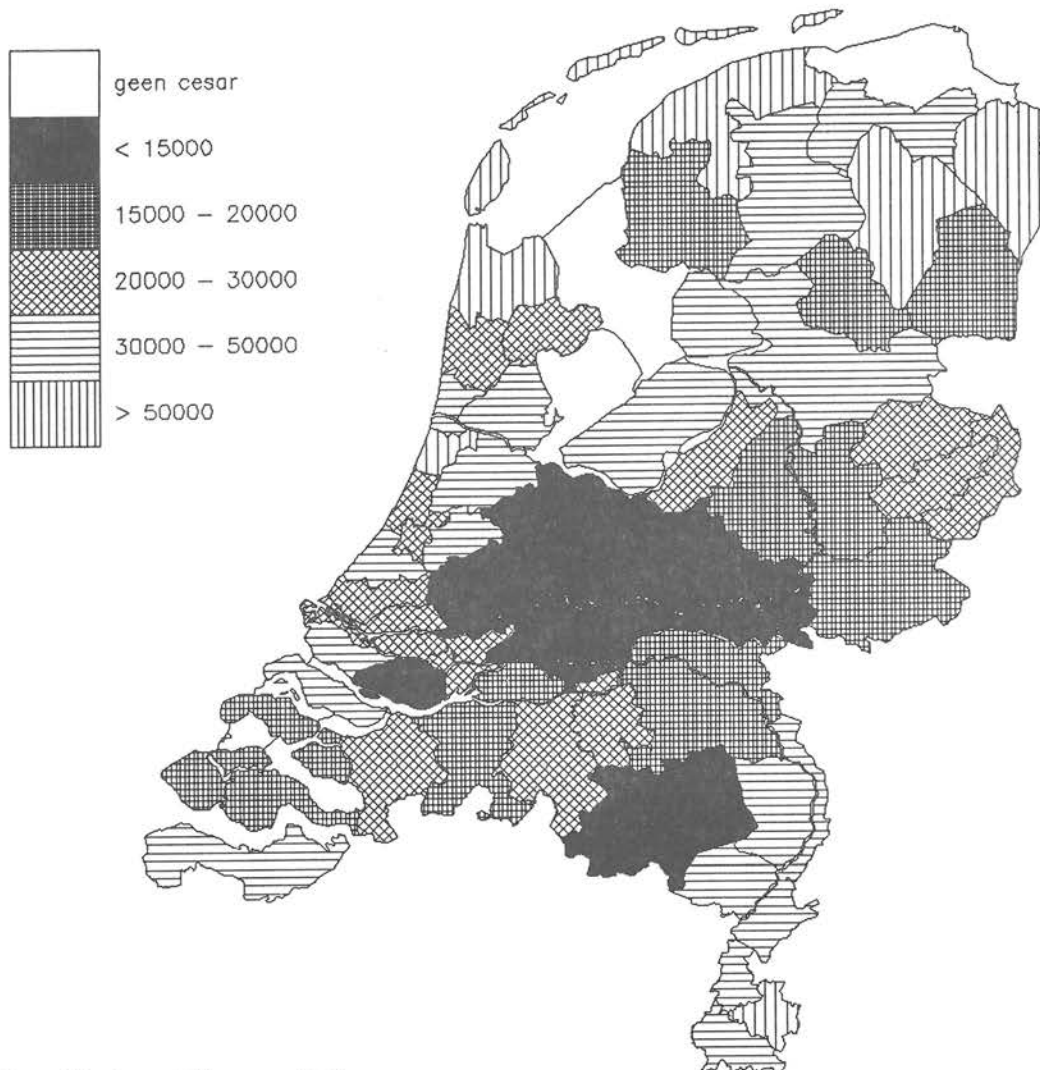
Tabel 8.4.: Aantal inwoners per oefentherapeut-Cesar in eigen praktijk per provincie in januari 1992

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal oefentherapeuten | Aantal inwoners per oefentherapeut in eigen praktijk |
|---------------|-----------------|-------------------------|--|
| Groningen | 555.493 | 10 | 55.549 |
| Friesland | 601.688 | 13 | 46.284 |
| Drenthe | 445.666 | 15 | 29.711 |
| Overijssel | 1.032.212 | 39 | 26.467 |
| Flevoland | 232.222 | 7 | 33.175 |
| Gelderland | 1.828.184 | 116 | 15.760 |
| Utrecht | 1.037.163 | 103 | 10.070 |
| Noord-Holland | 2.423.503 | 72 | 33.660 |
| Zuid-Holland | 3.271.516 | 117 | 27.962 |
| Zeeland | 359.461 | 13 | 27.651 |
| Noord-Brabant | 2.225.866 | 113 | 19.698 |
| Limburg | 1.115.636 | 26 | 42.909 |
| Nederland | 15.128.610 | 644 | 23.492 |

Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

De bovengenoemde regionale verschillen in aantal inwoners per oefentherapeut komen ook naar voren in figuur 8.5

Figuur 8.5.: Aantal inwoners per oefentherapeut-Cesar in eigen praktijk per WGR-sub-regio in januari 1992



Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

8.3 Vraag naar oefentherapie-Cesar

De gegevens over het gebruik van oefentherapie-Cesar (8.3.2), de verwijzing (8.3.3), de kenmerken van patiënten (8.3.4), hun diagnose (8.3.5) en behandeling (8.3.6) zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994a).

In het kader van het functie en plaats-onderzoek is in de periode november 1991 - januari 1992 een enquête afgenomen bij 239 oefentherapeuten-Cesar werkzaam in Nederland. Het betrof een representatieve steekproef van zowel leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar als niet-leden (ingeschreven in het bestand van de Inspectie voor de gezondheidszorg).

Daarnaast heeft een registratie plaatsgevonden van de consulten van 48 oefentherapeuten-Cesar met 1020 patiënten. Deze registratie vond plaats in de periode januari 1992 - maart 1993.

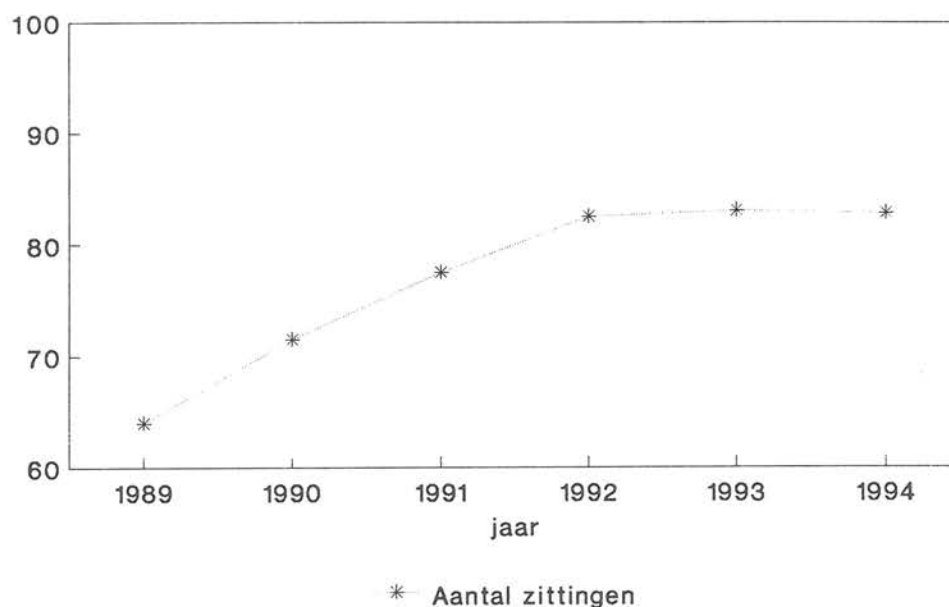
Daar waar andere bronnen zijn gebruikt is dit expliciet vermeld.

8.3.1 Volume van zorg

In 1993 bedroeg het aantal klinische verrichtingen oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gezamenlijk 1,26 per 100 opnamen en het aantal poliklinische verrichtingen oefentherapie-Cesar en -Mensendieck 0,44 per 1000 polikliniekbezoeken in de **algemene** ziekenhuizen (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische** ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische verrichtingen oefentherapie-Cesar en -Mensendieck 3,35 per 100 opnamen en het aantal poliklinische verrichtingen 0,70 per 1000 polikliniekbezoeken (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

Het totaal aantal zittingen oefentherapie-Cesar gedeclareerd bij de **ziekenfondsen** bedroeg in 1994 792.991. Per 1000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 82,8 zittingen oefentherapie-Cesar. In de periode 1990 - 1994 steeg het aantal zittingen per 1000 verzekerden met 16% (Ziekenfondsraad, 1995). Deze trend is weergegeven in figuur 8.6.

Figuur 8.6.: Aantal zittingen oefentherapie-Cesar per 1000 ziekenfondsverzekerden, (1989 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

8.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met de oefentherapeut-Cesar

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van oefentherapie-Cesar.

Omvang van behandeling

Uit het registratie-onderzoek blijkt dat het gemiddeld aantal zittingen per behandeling oefentherapie-Cesar 15,2 (standaarddeviatie 8,3) is. Tabel 8.5 geeft een frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling.

Uit de tabel blijkt dat ruim een kwart van de behandelingen uit maximaal tien zittingen bestaat. De meeste behandelingen (bijna eenderde) nemen 11 t/m 15 zittingen in beslag; echter, langere behandelingen komen ook veel voor.

Tabel 8.5.: Frequentieverdeling van het aantal zittingen oefentherapie-Cesar per behandeling (N=1020)

| Aantal zittingen | Percentage behandelingen |
|------------------|--------------------------|
| 1 - 5 | 7,3 |
| 6 - 10 | 19,9 |
| 11 - 15 | 32,3 |
| 16 - 20 | 19,2 |
| 21 - 30 | 17,7 |
| 31 - 50 | 3,1 |
| ≥ 51 | 0,6 |

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

Periode van behandeling

Patiënten behandeld door middel van oefentherapie-Cesar zijn gemiddeld 15,8 weken (standaarddeviatie 9,9 weken) onder behandeling.

8.3.3 Verwijzing

Verwijzers

De zorg van een oefentherapeut-Cesar is voor patiënten alleen toegankelijk, indien zij zijn verwezen door een arts. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat driekwart van de oefentherapeuten-Cesar (N=239) uitsluitend patiënten na verwijzing behandelt. De oefentherapeuten schatten dat 72% van de patiënten die zij behandelen door de huisarts is verwezen en 28% van de patiënten door een medisch specialist. Ongeveer 2% komt naar schatting in eerste instantie zonder verwijzing¹. Deze schatting komt goed overeen met de gegevens die uit het registratie-onderzoek naar voren komen. Van de geregistreerde patiënten was 76% verwezen door de huisarts, 22% door de specialist en 2% kwam zonder verwijzing.

In tabel 8.6 staan de verwijzers vermeld die volgens de meeste oefentherapeuten patiënten hebben verwezen gedurende het half jaar voorafgaand aan de enquête.

Uit de tabel blijkt dat vrijwel alle oefentherapeuten te maken hebben met de huisarts als verwijzer. De meest genoemde medisch specialisten zijn de orthopeed en de neuroloog. Tevens noemt ruim tweederde van de oefentherapeuten de schoolarts als verwijzer in het afgelopen half jaar. Meer dan de helft van de oefentherapeuten noemt daarnaast de reumatoloog als verwijzer van hun patiënten.

¹ Het totaal percentage is groter dan 100%, omdat het steeds gaat om het gemiddelde percentage dat door de oefentherapeuten werd opgegeven.

Tabel 8.6.: De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Cesar dat deze verwijzers noemt (N=239)

| Verwijzer | Percentage |
|------------------|------------|
| Huisarts | 95,4 |
| Orthopeed | 88,7 |
| Neuroloog | 88,3 |
| Schoolarts* | 68,2 |
| Reumatoloog | 55,6 |
| Revalidatie-arts | 43,5 |
| Kinderarts | 28,9 |
| Neurochirurg | 19,7 |
| Internist | 15,9 |
| Gynaecoloog | 13,8 |

* De schoolarts kan niet rechtstreeks verwijzen; de schoolarts kan de huisarts adviseren tot verwijzing.
Bron: Zuiderduin & Dekker, 1994a.

8.3.4 Kenmerken van patiënten

In tabel 8.7 staan de kenmerken van patiënten van oefentherapeuten-Cesar. Uit deze tabel blijkt dat ongeveer tweederde van de patiënten van het vrouwelijk geslacht is. Het merendeel van de patiënten is vrij jong; slechts 7% is 65-plusser. Ruim 65% van de patiënten is ziekenfondsverzekerd. Vrijwel alle patiënten wonen gewoon thuis. Veertig procent van de patiënten is laag opgeleid (t/m lager beroepsonderwijs) en 45% heeft een opleiding op middelbaar niveau (middelbaar en hoger voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs). Vijftien procent van de patiënten is hoog opgeleid.

Tabel 8.7.: Kenmerken van patiënten onder behandeling bij oefentherapeuten-Cesar (N=1020)

| | Patiënten |
|-----------------------------------|-----------|
| Geslacht (%) | |
| man | 32,7 |
| vrouw | 67,3 |
| Leeftijd (%) | |
| 0 - 14 | 13,4 |
| 15 - 24 | 20,6 |
| 25 - 34 | 24,2 |
| 35 - 44 | 19,4 |
| 45 - 54 | 10,2 |
| 55 - 64 | 5,3 |
| 65 - 74 | 3,9 |
| ≥ 75 | 3,1 |
| Verzekeringsvorm (%) | |
| ziekenfonds | 65,5 |
| particulier | 32,5 |
| niet verzekerd | 0,1 |
| onbekend | 2,0 |
| Woonvorm¹ (%) | |
| thuis | 94,6 |
| thuis, met speciale voorzieningen | 0,1 |
| verzorgingstehuis/bejaardenhuis | 0,2 |
| revalidatiecentrum/ziekenhuis | 4,6 |
| beschermde woonvorm | 0,5 |
| Opleiding (%) | |
| geen | 1,2 |
| speciaal onderwijs | 0,9 |
| lager onderwijs | 17,9 |
| lager beroepsonderwijs | 20,0 |
| MAVO | 7,4 |
| middelbaar beroepsonderwijs | 23,2 |
| HAVO/MULO/MMS | 10,2 |
| VWO/Gymnasium/HBS | 4,4 |
| hoger beroepsonderwijs | 10,3 |
| universiteit | 4,4 |

¹ Ten tijde van de behandeling.
Bron: Zijderduin & Dekker, 1994a.

8.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

Tabel 8.8 bevat informatie over de verwijsindicaties van patiënten verwezen voor oefentherapie-Cesar. Deze verwijsindicaties zijn geclassificeerd volgens de ICPC. Het grootste deel van de patiënten wordt verwezen vanwege rug-, nek- of schouderklachten.

Tabel 8.8.: De tien meest voorkomende verwijfsindicaties van patiënten voor oefentherapie-Cesar (N=1020)

| Verwijsindicatie | Percentage patiënten |
|-------------------------------------|----------------------|
| Lage ruggpijn zonder uitstraling | 20,7 |
| Rugsymptomen/klachten | 19,8 |
| Afwijkende houding | 16,3 |
| Verworven afwijkingen wervelkolom | 16,2 |
| Neksymptomen/klachten | 6,0 |
| Ruggpijn met uitstraling | 5,1 |
| Nek- en schouder symptomen/klachten | 4,2 |
| Schouder symptomen/klachten | 3,7 |
| Osteo-artritis wervelkolom | 2,6 |
| Spanningshoofdpijn | 2,5 |

Bron: Zuijnderduin & Dekker, 1994a.

Eerdere zorg voor klacht

Uit onderzoek verricht door de beroepsvereniging blijkt dat ruim 60% van de patiënten verwezen voor oefentherapie-Cesar voor dezelfde klacht al eerder is behandeld door andere disciplines (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1995a).

Duur van de klacht

Uit bovengenoemd onderzoek komt eveneens naar voren dat ongeveer 70% van de patiënten verwezen voor oefentherapie-Cesar al langer dan een jaar last heeft van de klachten (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1995a).

Diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Cesar

Evenals de andere paramedische beroepsbeoefenaars verricht de oefentherapeut-Cesar aanvullend diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Cesar, de geselecteerde behandeldoelen en interventies zijn in figuur 8.7 weergegeven.

Figuur 8.7.: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de oefentherapeut-Cesar

| Diagnostische bevindingen oefentherapeut-Cesar | Behandeldoelen | Interventies |
|--|---|--|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen en beperkingen | Selectie van stoornissen en beperkingen waarop in de behandeling specifiek aandacht wordt gericht | Accenten die in de behandeling worden gelegd op de verbetering van het houdings- en bewegingspatroon met betrekking tot de als behandeldoel aangemerkte stoornissen en beperkingen |

Bron: Dekker, 1996.

De diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Cesar kunnen worden onderscheiden in stoornissen en beperkingen. Tabel 8.9 geeft weer hoe vaak een stoornis of beperking wordt vastgesteld.

Stoornissen die bij meer dan de helft van de patiënten worden vastgesteld zijn stoornissen van de lichaamshouding (vastgesteld bij 88% van de patiënten), pijn (72%),

stoornissen van spierlengte en tonus (62%) en stoornissen in de bewegingsuitslag (53%).

Beperkingen worden minder vaak gediagnostiseerd. Beperkingen in sociale vaardigheden (33%) en sensomotorische basisvaardigheden (32%) komen het meest voor.

Tabel 8.9.: Stoornissen en beperkingen van patiënten vastgesteld door de oefentherapie-Cesar (N=1020)

| | Percentage patiënten |
|--|-----------------------|
| STOORNISSEN | |
| Stoornissen van de lichaamshouding | 88¹ |
| kyfose | 57 |
| lordose | 50 |
| scoliose | 50 |
| bekkenscheefstand/torsie | 33 |
| andere stoornis lichaamshouding | 14 |
| Stoornissen in de bewegingsuitslag | 53 |
| hypermobiliteit | 7 |
| verminderde bewegingsuitslag | 49 |
| Stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen | 16 |
| gangstoornis | 12 |
| stoornis in de coördinatie | 7 |
| Stoornissen van spierlengte en tonus | 62 |
| afwijkende rusttonus musculatuur | 52 |
| afwijkende spierlengte | 30 |
| Stoornis in de spierkracht | 49 |
| Sensorische stoornissen | 18 |
| doof gevoel incl. paraesthesieën | 17 |
| stoornis van de proprioceptie | 4 |
| Stoornissen van de ademhaling | 14 |
| kortademigheid | 5 |
| hyperventilatie | 7 |
| CARA | 3 |
| overige ademhalingsstoornissen | 3 |
| Psychologische stoornissen | 9 |
| stoornis in het slapen | 6 |
| stoornis in concentratie | 5 |
| Pijn | 72 |
| Algemene stoornissen | 28 |
| vermoeidheid | 25 |
| duizeligheid | 5 |
| Overige stoornissen | 25 |
| overgewicht | 13 |
| stoornis in de psychomotoriek | 2 |
| doorbloedingsstoornis/circulatiestoornis | 5 |
| andere stoornissen | 10 |

- vervolg tabel 8.9 -

Vervolg tabel 8.9

| | Percentage patiënten |
|---|----------------------|
| BEPERKINGEN | |
| Beperkingen in het voortbewegen | 12 |
| lopen | 9 |
| traplopen | 9 |
| fietsen | 9 |
| Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden | 32 |
| verandering van lichaamshouding | 11 |
| (op-)tillen | 20 |
| bukken | 19 |
| pakken/reiken en grijpen vasthouden | 13 |
| lange tijd zitten | 18 |
| lange tijd staan | 21 |
| evenwicht bewaren | 10 |
| Beperking uithoudingsvermogen | 25 |
| Beperkingen in sociale activiteiten | 33 |
| huishoudelijke bezigheden | 21 |
| beroepsuitoefening | 23 |
| sportbeoefening | 22 |
| hobby | 12 |

¹ Het percentage bij een hoofdgroep is het percentage patiënten met tenminste één tot deze hoofdgroep behorende stoornis.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

8.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

Uit tabel 8.10 blijkt dat oefentherapeuten-Cesar hun behandeldoelen meestal kiezen op het niveau van stoornissen; beperkingen worden minder vaak als behandeldoel geselecteerd. De behandeldoelen die bij meer dan de helft van de patiënten worden gekozen zijn: verbeteren van de lichaamshouding (gekozen bij 81% van de patiënten), doen afnemen van pijnklachten (74%) en vergroten van de spierkracht (60%). Daarnaast wordt bij 70% van de patiënten ook het informeren van de patiënt als behandeldoel gekozen.

Tabel 8.10.: De door de oefentherapeut-Cesar gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen (N=1020)

| Behandeldoel | Percentage patiënten ¹ |
|--|-----------------------------------|
| Op het niveau van stoornissen: | |
| verbeteren van de lichaamshouding | 81 |
| vergroten van de spierkracht | 60 |
| verbeteren van de ontspanning van spiergroepen | 40 |
| verbeteren van de sensomotoriek | 3 |
| verbeteren van het adempatroon | 11 |
| verbeteren van de lichamelijke ontspanning | 17 |
| doen afnemen van pijnklachten | 74 |
| doen afnemen van vermoeidheidsklachten | 10 |
| Op het niveau van beperkingen: | |
| verbeteren van beperkingen in het voortbewegen | 11 |
| verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden | 12 |
| verbeteren van situationele beperkingen | 13 |
| Informeren van de patiënt | 70 |
| Overige behandeldoelen | 17 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

Interventies

Strikt genomen kent de oefentherapeut-Cesar slechts één interventie: de bewegings-therapie. Er kunnen echter wel accenten worden onderscheiden, die door de context worden bepaald. Tabel 8.11 laat zien op welke aspecten het accent van de behandeling door de oefentherapeut is gelegen.

Tabel 8.11.: Accent van de behandeling van oefentherapeuten-Cesar bij het verbeteren van de dagelijkse houdingen en bewegingen (N=1020)

| Accent | Percentage patiënten ¹ |
|---|-----------------------------------|
| Pijnbestrijdingstechnieken/noudingsoefeningen | 74 |
| Oefeningen gericht op het mobiliseren | 27 |
| Ademhalingsoefeningen | 10 |
| Ontspanningsoefeningen | 24 |
| Oefeningen gericht op spierversterking | 49 |
| ADL-oefeningen | 59 |
| Sensomotorische training | 5 |
| Voorlichting/advies | 28 |
| Anders | 5 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 3 behandelvormen konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

8.4 Kwaliteit en doelmatigheid van oefentherapie-Cesar

8.4.1 Kwaliteitsbeleid bij oefentherapie-Cesar

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) heeft in 1993 een algemeen beleidsplan op schrift gesteld. Uitgangspunten in dit beleidsplan waren enerzijds de verdere professionalisering van het beroep en anderzijds de verbetering van de organisatie van de beroepsvereniging. In 1994 werd naar aanleiding van het gezamenlijke beleid voor paramedici opnieuw naar de kwaliteitsactiviteiten gekeken aan de hand van het referentiekader. Het kader werd ingevuld om op die manier lacunes in het kwaliteitsbeleid inzichtelijk te maken.

Ten behoeve van uniforme verslaglegging beschikt de oefentherapie-Cesar over een classificatie van stoornissen en beperkingen gebaseerd op de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Heerkens, Brandsma, Lakerveld-Heyl et al., 1991). Een Cesar-specifieke codering van diagnoses is in ontwikkeling. Tevens is er een ontwerpstandaard voor de Classificatie van Verrichtingen door de Paramedische Bewegingsgroepen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994a).

Uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers en voor de rapportage aan verwijzers zijn in ontwikkeling.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in het beroepsprofiel, een ethische code en gedragsregels. Er wordt gewerkt aan een model-overeenkomst oefentherapeut-patiënt. Wat het **methodisch/technisch handelen** betreft, beschikt men naast het beroepsprofiel over een deskundighedsomschrijving en profielschetsen. Een profielschets is een omschrijving van de deskundigheid met betrekking tot speciale doelgroepen of behandelmethoden. Er zijn geen plannen om behandelingsprotocollen te ontwikkelen, omdat deze niet passen bij de werkwijze Cesar, waarin wordt uitgegaan van de individuele hulpvraag en de specifieke omstandigheden van de patiënt. Wel wordt gewerkt aan het inzichtelijk maken van welke accenten de oefentherapeut-Cesar in de behandeling legt bij specifieke groepen patiënten. Op het gebied van de **organisatie van de beroepsuitoefening** zijn normen voor

praktijkvoering geformuleerd door de Hanze Hogeschool Groningen; hieraan gekoppeld is een cursus praktijkvoering. Tevens beschikt men over criteria voor de praktijkinrichting; deze zijn sinds 1974 opgenomen in de modelovereenkomst met de zorgverzekeraars.

Verbetermethodes/-acties

De VBC houdt zich niet bezig met de kwaliteit van de opleiding; dit is de verantwoordelijkheid van de opleiding zelf. Wel heeft men een cursusaanbod voor herintreders ontwikkeld en beschikt men over een overzicht van na- en bijscholingsmogelijkheden. Criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen zijn in ontwikkeling.

In het kader van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg wordt door het CBO een methode van intercollegiale toetsing voor oefentherapeuten-Cesar ontwikkeld.

Behoud en borging

Evenals bij de andere paramedische beroepsgroepen bestaan bij de VBC plannen voor het instellen van een beroepsregister en het formuleren van eisen voor herregistratie in het kader van de Wet BIG.

De VBC beschikt sinds 1980 over een klachtregeling en er is een commissie ingesteld die belast is met de uitvoering van het klachtreglement.

8.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van oefentherapie-Cesar

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de oefentherapie-Cesar zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van oefentherapie-Cesar.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

In tabel 8.12 wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksprojecten die op het gebied van oefentherapie-Cesar zijn uitgevoerd. Er zijn slechts negen onderzoeken uitgevoerd. Vier ervan betreffen interventiestudies; gekeken is naar de resultaten van oefentherapie-Cesar in de eerste lijn, bij Parkinson-patiënten in het ziekenhuis en bij houdingsgedrag, en er is een evaluatie van groepsoefentherapie voor Bechterew-patiënten uitgevoerd. De kwaliteit van oefentherapie-Cesar is aan de orde gekomen in drie projecten inzake ontwikkeling, ondersteuning en evaluatie van het kwaliteitsbeleid.

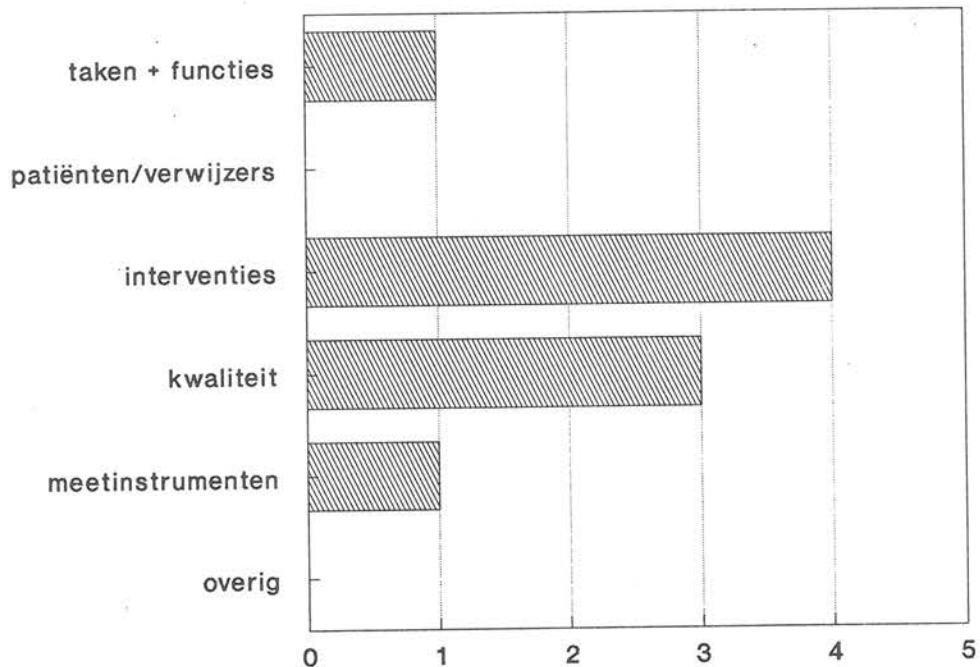
Tabel 8.12.: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Cesar per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 1 |
| Patiënten en verwijzers | - |
| Interventies | 4 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | - |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethoden | 4 |
| effectiviteit | - |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 3 |
| Meetinstrumenten | 1 |
| Overig | - |
| Totaal | 9 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 8.8 is gebaseerd op tabel 8.12 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 8.8.: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Cesar per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

8.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de oefentherapie-Cesar

Regulering en financiering

De Vereniging Bewegingsleer Cesar besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

De beperkende maatregel inzake de aanspraken op oefentherapie-Cesar die per 1 januari 1996 is ingegaan, zal consequenties hebben voor de beroepsgroep. De oefentherapie-Cesar wordt teruggebracht naar een maximum van 9 zittingen en, indien daartoe geïndiceerd, wordt dit uitgebreid met nog eens 9 zittingen. Verlenging van het aantal zittingen is slechts mogelijk indien sprake is van een indicatie voor langdurige oefentherapie. Deze maatregel zal in 1996 een vermindering in de kosten voor oefentherapie (en fysiotherapie) moeten opleveren van f200 miljoen.

Aanbod van oefentherapie-Cesar

De groei van de oefentherapie-Cesar en de beroepsgroep is in de afgelopen tien jaar fors toegenomen, al blijft het om een klein deel van de totale paramedische zorg gaan. Circa 2% van de paramedische zorg wordt gerealiseerd door de oefentherapie-Cesar. In het najaar van 1995 heeft de VBC een beroepskrachtenplanning uitgevoerd, waarmee een genuanceerd beeld wordt verkregen over de beroepsuitoefening van leden van de VBC die werkzaam zijn in de extramurale sector. De conclusie uit deze studie luidt dat er voldoende werkgelegenheid is, maar dat overheidsmaatregelen deze ruimte wellicht zullen beperken (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1995b).

Vraag naar oefentherapie-Cesar

De beperking op de aanspraken op oefentherapie zullen mogelijk een verschuiving teweeg brengen in het gebruik van zorg op dit gebied. De groep patiënten die gebruik maakt van oefentherapie-Cesar zal van samenstelling kunnen veranderen. De wijze waarop de maatregel in de praktijk zal uitwerken, zal echter eind 1996 formeel worden geëvalueerd.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast

heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

9 OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK

9.1 Inleiding

9.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Oefentherapie-Mensendieck is een vorm van oefentherapie gericht op herstel of correctie van afwijkingen in houding en beweging en op het bevorderen van gezond bewegingsgedrag. Oefentherapie-Mensendieck wordt uitgeoefend op verwijzing van een de praktijk uitoefenend geneeskundige. De oefentherapie heeft een geneeskundig doel. Onder de uitoefening van het beroep van oefentherapeut-Mensendieck wordt het volgende verstaan (Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1993):

- 1) Het verbeteren van individuele houdings- en bewegingsmogelijkheden door middel van het toepassen van de oefentherapie volgens de methode Mensendieck, waarbij bewustmaking van en inzicht krijgen in het eigen houdings- en bewegingsapparaat centraal staat alsmede bevordering van gezond bewegingsgedrag.
- 2) Voorlichten, adviseren en begeleiden van diverse doelgroepen volgens de methode Mensendieck ter voorkoming van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

De methode Mensendieck had aanvankelijk uitsluitend een preventief karakter (lichamelijke opvoeding met een esthetisch doel). Vanaf de jaren twintig wordt de methode Mensendieck ook curatief toegepast voor het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat.

Taken van de oefentherapeut-Mensendieck

Het doel van oefentherapie-Mensendieck is het aanleren van een nieuw (gezond) bewegingspatroon. De therapie is gericht op training van motorische vaardigheden en training van sensomotorische coördinatie. Deze training verloopt in drie fasen, de cognitieve fase, de associatieve fase en de autonome fase. In deze laatste fase worden de bewegingsvaardigheden gekoppeld aan het uitvoeren van dagelijkse handelingen met als doel gewoontevorming te laten ontstaan. Tijdens de oefentherapie wordt onder andere gebruik gemaakt van:

- Mondelinge instructie en begeleiding
- Oefenen met behulp van spiegels
- Het bevorderen van proprioceptieve feedback
- Aandacht voor de totale statiek
- Het reguleren van de ademhaling
- Het regelmatig invoegen van ontspanning
- Het aanpassen van het oefenprogramma.

Het vertrek- en eindpunt van een oefentherapeutische behandeling zijn de dagelijkse handelingen van de patiënt.

In de taken van de oefentherapeut-Mensendieck wordt onderscheid gemaakt in 1) taken ten aanzien van het verlenen van zorg en 2) taken ten aanzien van het verstrekken van preventieve zorg.

1. Verlenen van zorg:

Na analyse van de medische diagnose, anamnese en onderzoek formuleert de oefentherapeut een werkdiagnose. Vervolgens wordt het behandelplan vastgesteld en het behandelplan gemaakt. Dit gebeurt in overleg met de patiënt. Het behandelplan bestaat uit een individueel aangepast oefenprogramma dat in een aantal zittingen wordt uitgevoerd. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan secundaire preventie.

Er wordt contact onderhouden met de verwijzer.

De taken in elke fase zijn gedetailleerd in het beroepsprofiel van de oefentherapeut-Mensendieck geëxpliciteerd.

2. Preventieve zorg:

Onder het verstrekken van preventieve zorg wordt verstaan het voorlichten, adviseren en begeleiden van de cliënt (al dan niet in groepsverband) op basis van de methode Mensendieck. Na analyse van de vraag om preventie en de factoren die ten grondslag liggen aan een potentieel gezondheidsprobleem, formuleert de oefentherapeut een doelstelling. Vervolgens wordt een oefenprogramma samengesteld en uitgevoerd.

Vormen van oefentherapie-Mensendieck c.q. zorgprodukten

De oefentherapie-Mensendieck kan in individueel verband of in groepsverband worden gegeven. Therapie wordt slechts individueel gegeven; preventieve activiteiten worden ook in groepsverband aangeboden. Zoals hierboven is beschreven kan de therapie zowel een curatieve als een preventieve toepassing hebben. De therapie wordt ook uit palliatief oogpunt toegepast.

Preventieve toepassingen zijn te vinden in zwangerschapsbegeleiding, basisonderwijs en bedrijfsleven.

Preventieve en curatieve toepassingen zijn te vinden in de eerstelijnsgezondheidszorg (de eigen praktijk), de ouderenzorg, in revalidatiecentra, bij oefentherapie voor musici en in sport en dans.

Preventieve, curatieve en palliatieve toepassingen vinden plaats in ziekenhuizen, verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg en de psychiatrie (Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1993).

9.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van oefentherapeut-Mensendieck werd op 18 maart 1972 wettelijk erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Besluit oefentherapeuten-Mensendieck (Stb. 224), laatstelijk gewijzigd op 21 februari 1994 (Stb. 188). Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: de oefentherapeut-Mensendieck behandelt 'ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige'. De laatstgenoemde wijziging betrof de regelgeving van een aantal paramedische beroepen, gericht op vermindering van gedetailleerde regelgeving. De opleidingen worden op deze wijze een grotere beleidsvrijheid gegeven.

De bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen zullen vervallen met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van oefentherapeut-Mensendieck waarschijnlijk geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34).

In het kader van de concept-amvb heeft de minister voorgesteld de nauw met elkaar verwante beroepen van oefentherapeut-Cesar en oefentherapeut-Mensendieck als een beroep met een titel te regelen: de oefentherapeut. De huidige opleidingen en diplo-

ma's blijven bestaan. In het deskundigheidsgebied en de opleidingseisen worden de bewegingsleer Cesar en de methode Mensendieck afzonderlijk vermeld. De oefentherapeut is deskundig om op verwijzing van een arts te werken op het huidige bevoegdheidsterrein en om zelfstandig, dus zonder verwijzing, met een preventief doel te behandelen of te adviseren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a). De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

In 1974 is de oefentherapie-Mensendieck opgenomen in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. In vrijgevestigde praktijken worden oefentherapeuten betaald door het ziekenfonds, nadat voor behandeling van de patiënt een machtiging verkregen is. Particulier verzekerde patiënten betalen de oefentherapie eerst zelf en krijgen de behandeling vervolgens vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In ziekenhuizen en instellingen vormen de kosten van behandeling door de oefentherapeut-Mensendieck onderdeel van de kosten per opnamedag. De oefentherapeuten zijn in dienst van de instelling.

De tarieven voor oefentherapie-Mensendieck staan vermeld in tabel 9.1

Tabel 9.1.: De maximaal door oefentherapeuten-Mensendieck in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996

| Omschrijving | Tarief | + Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1997 |
|---|---------|---|
| Per behandeling 'ten huize' van de oefentherapeut(e) of zijn/haar praktijkadres | f 34,95 | f 0,05 |
| Per behandeling 'ten huize' van de patiënt(e) of in een inrichting waar de patiënt(e) verblijft | f 58,35 | f 0,30 |

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1996.

Met ingang van 1 januari 1996 is een beperkende maatregel ingevoerd met betrekking tot de vergoeding van oefentherapie-Mensendieck. Deze maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten voor oefentherapie-Mensendieck (en -Cesar) in de ZFW-sector. De beperking heeft voornamelijk betrekking op het aantal zittingen dat wordt vergoed: elke verzekerde heeft vanaf 1 januari 1996, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist, recht op maximaal 9 zittingen oefentherapie-Mensendieck per indicatie per jaar. Indien daartoe geïndiceerd, heeft de verzekerde recht op nog eens maximaal 9 zittingen, indien daartoe voorafgaand schriftelijke toestemming is verkregen van de verzekeraar. De verzekerde heeft recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar indien er sprake is van een chronische aandoening, die is opgenomen op de lijst 'Indicaties voor langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie', indien daartoe voorafgaand schriftelijk toestemming is verkregen van de verzekeraar.

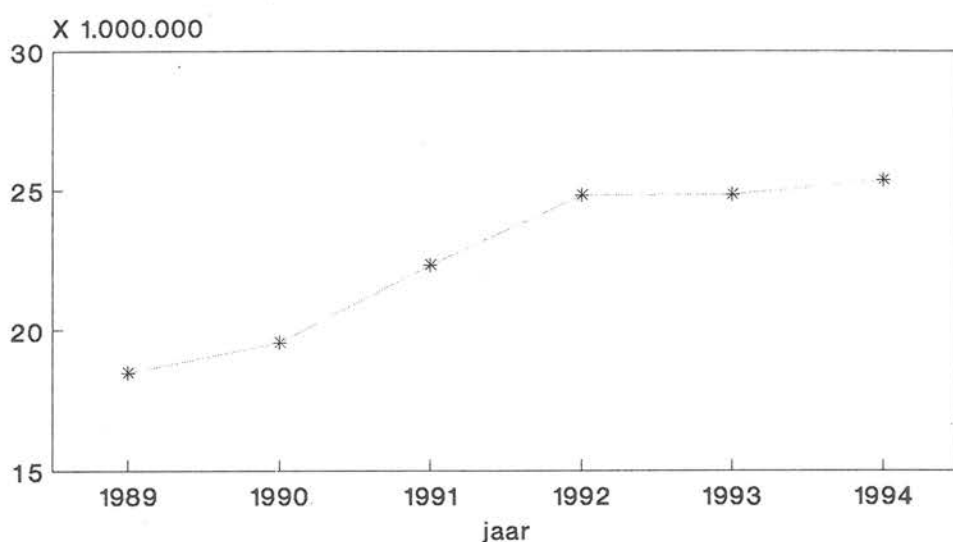
Kosten

De kosten van oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de ziekenfondsen bedroegen over 1994 in totaal f 25,4 miljoen. Dit is vergelijkbaar met de kosten van oefentherapie-Cesar (f 27 miljoen) en betreft ongeveer 3% van de totale kosten van paramedische hulp.

De kosten voor oefentherapie-Mensendieck zijn over de periode 1990-1994 met 24% toegenomen.

Het aantal behandelingen oefentherapie-Mensendieck is over de periode 1990-1994 toegenomen met zo'n 10%; dit is een kleinere stijging dan zichtbaar is bij de oefentherapie-Cesar (16%). De ontwikkeling in kosten van oefentherapie-Mensendieck is weergegeven in figuur 9.1.

Figuur 9.1.: Ontwikkeling in kosten van oefentherapie-Mensendieck over de periode 1989 - 1994



* Mensendieck therap.

Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

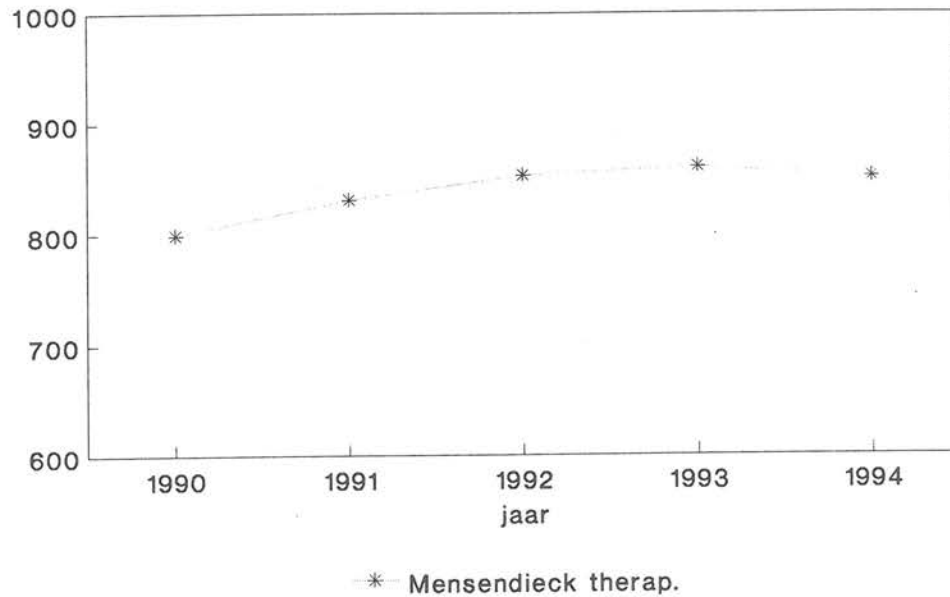
9.2 Aanbod van oefentherapie-Mensendieck

9.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal oefentherapeuten-Mensendieck

Het aantal bevoegde oefentherapeuten-Mensendieck dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.267 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Hiervan is bijna 4% van het mannelijk geslacht. Het aantal werkzame leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck bedroeg per 31 december 1994 in totaal 766. Het aantal werkzamen (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 851 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal beroepsbeoefenaren Mensendieck is van 1990 tot en met 1993 toegenomen en sindsdien weer iets gedaald. De ontwikkeling in het aantal beroepsbeoefenaren is weergegeven in figuur 9.2.

Figuur 9.2.: Ontwikkeling van het aantal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck (1990 - 1994)

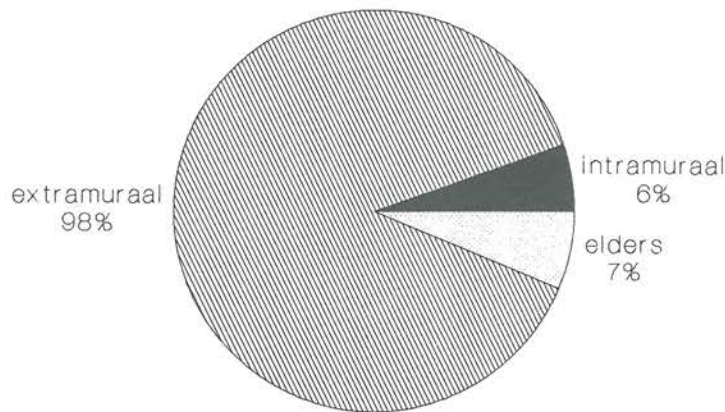


Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Oefentherapeuten-Mensendieck zijn werkzaam in verschillende sectoren in de gezondheidszorg. Het merendeel van de oefentherapeuten is werkzaam in de extramurale gezondheidszorg (98%), voornamelijk in een zelfstandige praktijk. De oefentherapeut is daarnaast werkzaam in de intramurale gezondheidszorg (6%); dit betreft ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en dergelijke. Tenslotte is een klein deel van de oefentherapeuten-Mensendieck (7%) werkzaam in overige sectoren zoals onderwijs, buurthuizen en onderzoek. De verdeling naar werkveld is weergegeven in figuur 9.3.

Figuur 9.3.: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van oefentherapeuten-Mensendieck (het totaal percentage is hoger dan 100% omdat therapeuten meer dan 1 werkplek kunnen hebben)



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

9.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep van oefentherapeuten-Mensendieck bestaat vooral uit vrouwen: 96% is van het vrouwelijk geslacht.

Leeftijd

In tabel 9.2 is de relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht weergegeven.

Tabel 9.2.: Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992.

| Leeftijd | Vrouwen % (N=214) | Mannen % (N=11) | Totaal % (N=225) |
|----------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| < 25 | 3,3 | - | 3,1 |
| 25-29 | 28,5 | 36,4 | 28,9 |
| 30-34 | 20,6 | 18,2 | 20,4 |
| 35-39 | 15,9 | 27,3 | 16,4 |
| 40-44 | 9,3 | 18,2 | 9,8 |
| 45-49 | 10,3 | - | 9,8 |
| 50-54 | 7,0 | - | 6,7 |
| 55-59 | 3,7 | - | 3,6 |
| 60-64 | 0,5 | - | 0,9 |
| > 64 | 0,9 | - | 0,9 |
| Totaal | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

De groep werkzame oefentherapeuten-Mensendieck wordt in het algemeen gekenmerkt door een zeer jonge leeftijdsopbouw. Een ruime meerderheid (bijna 70%) is jonger dan 40 jaar. Het aandeel werkenden van 50 jaar en ouder bedraagt bijna 12%. De leeftijd van de mannelijke oefentherapeuten-Mensendieck varieert tussen de 25 en 45 jaar.

Uren per week naar functie

Uit tabel 9.3 blijkt dat het merendeel (58%) van de oefentherapeuten-Mensendieck tussen de 25 en 40 uur per week werkt. Slechts 8,5% werkt meer dan 40 uur per week. Vrouwen zijn gemiddeld bijna 29 uur per week werkzaam, terwijl het geringe aantal mannen gemiddeld 42 uur per week werkt.

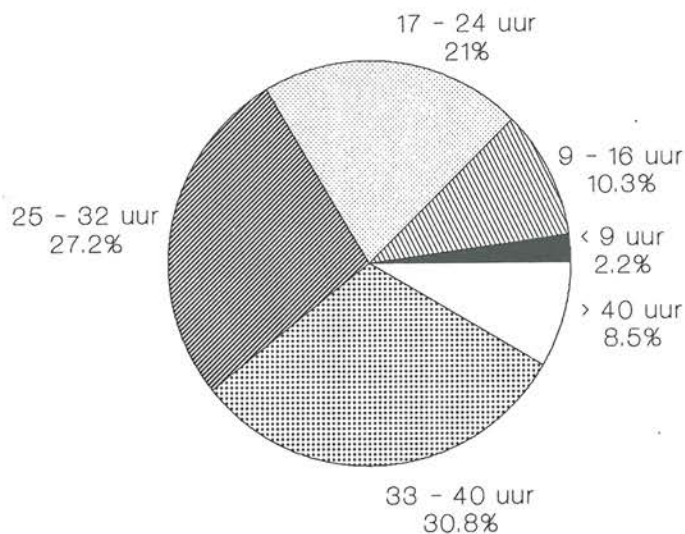
Tabel 9.3.: Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992

| Aantal uren per week | Vrouwen | | Mannen | | Totaal | |
|----------------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | abs | % | abs | % | abs | % |
| < 9 | 5 | 2,3 | - | - | 5 | 2,2 |
| 9-16 | 23 | 10,7 | - | - | 23 | 10,3 |
| 17-24 | 47 | 22,0 | - | - | 47 | 21,0 |
| 25-32 | 61 | 28,5 | - | - | 61 | 27,2 |
| 33-40 | 62 | 29,0 | 7 | 70 | 69 | 30,8 |
| > 40 | 16 | 7,5 | 3 | 30 | 19 | 8,5 |
| Totaal | 214 | 100,0 | 10 | 100,0 | 224 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

De gemiddelde omvang van de werkweek is eveneens weergegeven in figuur 9.4 voor de totale groep werkzame oefentherapeuten-Mensendieck.

Figuur 9.4.: Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck (1992)



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

9.2.3 Spreiding van de beroepsbeoefenaren

Per 1 januari 1993 bedraagt het aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck 20.225 (tabel 9.4). Er zijn echter aanzienlijke regionale verschillen. In Noord-Holland bedraagt de dichtheid 8.942 inwoners per oefentherapeut, terwijl in Groningen het aantal inwoners per oefentherapeut 50.499 bedraagt.

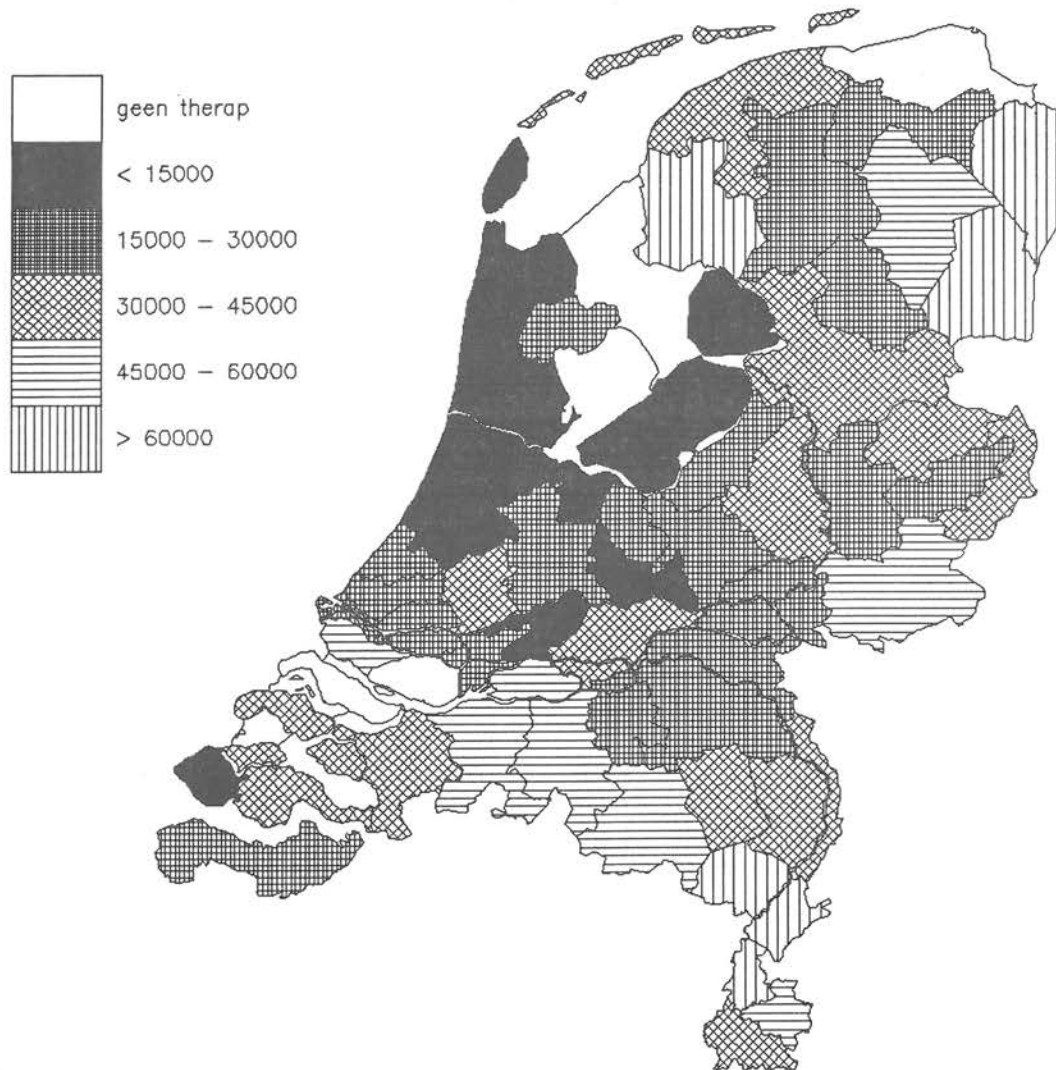
Tabel 9.4.: Aantal inwoners per extramuraal werkende oefentherapeut-Mensendieck in eigen praktijk per provincie (1992)

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal extramuraal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck | Aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck |
|---------------|-----------------|--|--|
| Groningen | 555.493 | 11 | 50.499 |
| Friesland | 601.688 | 18 | 33.427 |
| Drenthe | 445.666 | 9 | 49.518 |
| Overijssel | 1.032.212 | 30 | 34.407 |
| Flevoland | 232.222 | 19 | 12.222 |
| Gelderland | 1.828.184 | 72 | 25.391 |
| Utrecht | 1.037.163 | 61 | 17.003 |
| Noord-Holland | 2.423.503 | 271 | 8.942 |
| Zuid-Holland | 3.271.516 | 153 | 21.382 |
| Zeeland | 359.461 | 16 | 22.466 |
| Noord-Brabant | 2.225.866 | 64 | 34.779 |
| Limburg | 1.156.636 | 24 | 48.193 |
| Nederland | 15.128.610 | 748 | 20.225 |

Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

Met name in Noord-Holland, Flevoland, grote delen van Zuid-Holland en Utrecht zijn de dichtheden het hoogst (figuur 9.5). De laagste dichtheden komen voor in het zuidelijk deel van Noord-Brabant, in Limburg en in het oosten en noorden van ons land.

Figuur 9.5.: Aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck per WGR-subregio per 1 januari 1992



Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

9.3 Vraag naar oefentherapie-Mensendieck

De gegevens over de verwijzing (9.3.2), het gebruik van oefentherapie-Mensendieck (9.3.3), de kenmerken van patiënten (9.3.4), hun diagnose (9.3.5) en behandeling (9.3.6) zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994a).

In het kader van het functie en plaats-onderzoek is in de periode november 1991 - januari 1992 een enquête afgenomen bij 240 oefentherapeuten-Mensendieck werk-

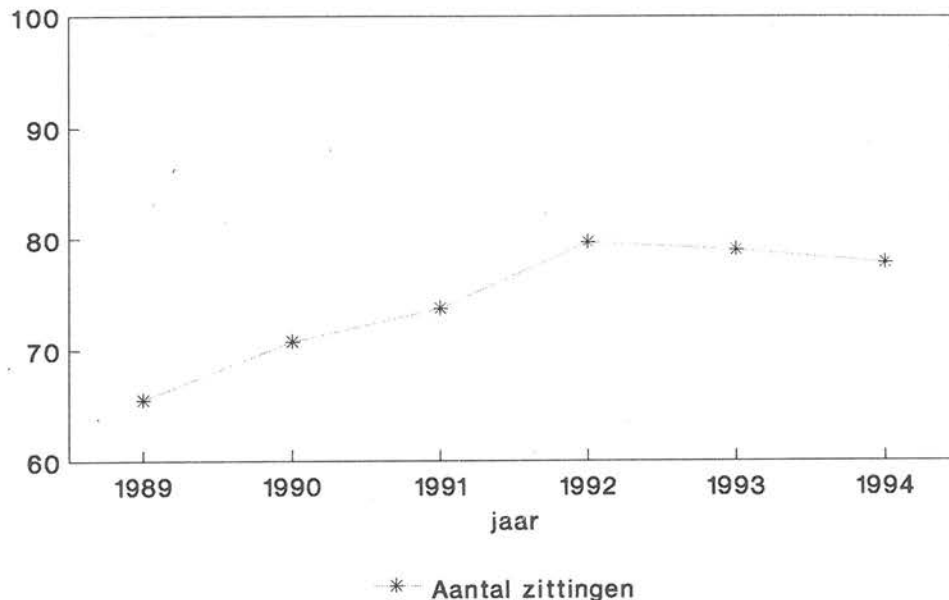
zaam in Nederland. Het betrof een representatieve steekproef van zowel leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) als niet-leden (ingeschreven in het bestand van de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Daarnaast heeft een registratie plaatsgevonden van de consulten van 52 oefentherapeuten-Mensendieck met 1088 patiënten. Deze registratie vond plaats in de periode januari 1992 - maart 1993.

9.3.1 Volume van zorg

In 1993 bedroeg het aantal klinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar gezamenlijk 1,26 per 100 opnamen en het aantal poliklinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar 0,44 per 1000 polikliniekbezoeken in de **algemene** ziekenhuizen (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische** ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar 3,35 per 100 opnamen en het aantal poliklinische zittingen 0,70 per 1000 polikliniekbezoeken (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

Het totaal aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de **ziekenfondsen** bedroeg in 1994 745.166. Per 1000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 77,8 zittingen oefentherapie-Mensendieck (Ziekenfondsraad, 1995). Tot 1992 steeg het aantal zittingen per 1000 ziekenfondsverzekerden jaarlijks; sindsdien lijkt een lichte daling te zijn opgetreden. Deze trend is weergegeven in figuur 9.6

Figuur 9.6.: Aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)



Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

9.3.2 Gebruik van zorg

Omvang van behandeling

Uit het registratie-onderzoek blijkt dat het gemiddeld aantal zittingen per behandeling oefentherapie-Mensendieck 14,1 (standaarddeviatie 7,8) is. Tabel 9.5 geeft een frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling.

Uit de tabel blijkt dat de meeste behandelingen (ruim eenderde) uit 11 t/m 15 zittingen bestaan. Een kwart van de behandelingen bestaat uit 6 t/m 10 zittingen. Kortere of langere behandelingen komen ook voor.

Tabel 9.5.: Frequentieverdeling van het aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per behandeling (N=1088)

| Aantal zittingen | Percentage behandelingen |
|------------------|--------------------------|
| 1 - 5 | 6,5 |
| 6 - 10 | 25,5 |
| 11 - 15 | 34,2 |
| 16 - 20 | 18,6 |
| 21 - 30 | 11,6 |
| 31 - 50 | 3,2 |
| ≥ 51 | 0,4 |

Bron: Zijderduin & Dekker (1994a).

Periode van behandeling

Patiënten behandeld door middel van oefentherapie-Mensendieck zijn gemiddeld 14,2 weken (standaarddeviatie 8,3 weken) onder behandeling. De relatief grote standaarddeviatie laat zien dat kortere of langere behandelingen eveneens vaak voorkomen.

9.3.3 Verwijzing

Verwijzers

Voor de behandeling door een oefentherapeut-Mensendieck dient men te worden verwezen door een arts. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat 83% van de oefentherapeuten-Mensendieck (N=240) nooit patiënten zonder verwijzing behandelt. De oefentherapeuten schatten dat 63% van de patiënten die zij behandelen door de huisarts is verwezen en 36% van de patiënten door een medisch specialist. Ongeveer 1% komt naar schatting in eerste instantie zonder verwijzing. Van de patiënten in het registratie-onderzoek blijkt 69% te zijn verwezen door de huisarts en 28% door een specialist; 2% komt op eigen initiatief.

In tabel 9.6 staan de tien meest genoemde verwijzers. Vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck hebben het afgelopen half jaar te maken gehad met de huisarts, neuroloog en orthopeed als verwijzers van hun patiënten. Ongeveer driekwart van de oefentherapeuten noemt eveneens de reumatoloog en schoolarts als verwijzers.

Tabel 9.6.: De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat deze verwijzers noemt (N=240)

| Verwijzer | Percentage |
|------------------|------------|
| Huisarts | 97,5 |
| Neuroloog | 96,3 |
| Orthopeed | 94,2 |
| Reumatoloog | 75,0 |
| Schoolarts | 71,7 |
| Neurochirurg | 46,7 |
| Revalidatie-arts | 44,2 |
| Kinderarts | 29,2 |
| Internist | 25,8 |

Bron: Zijlenderduin & Dekker, 1994a.

9.3.4 Kenmerken van patiënten

De kenmerken van patiënten die onder behandeling zijn van een oefentherapeut-Mensendieck staan vermeld in tabel 9.7. De patiëntengroep bestaat voor twee derde deel uit vrouwen. Het betreft een vrij jonge patiëntengroep; 63% van de patiënten is tussen de 15 en 45 jaar en slechts 7% is 65 jaar of ouder. Twee derde van de patiënten is ziekenfondsverzekerd. Vrijwel alle patiënten wonen gewoon thuis. Vijfendertig procent van de patiënten is laag opgeleid (t/m lager beroepsonderwijs), terwijl 18% hoog opgeleid is (hoger beroepsonderwijs en universitair onderwijs).

Tabel 9.7.: Kenmerken van patiënten onder behandeling bij oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)

| | Patiënten |
|---|-----------|
| Geslacht (%) | |
| man | 33,0 |
| vrouw | 67,0 |
| Leeftijd (%) | |
| 0 - 14 | 11,1 |
| 15 - 24 | 19,3 |
| 25 - 34 | 23,8 |
| 35 - 44 | 20,1 |
| 45 - 54 | 13,0 |
| 55 - 64 | 5,6 |
| 65 - 74 | 4,0 |
| ≥ 75 | 3,1 |
| Verzekeringsvorm (%) | |
| ziekenfonds | 66,5 |
| particulier | 31,6 |
| niet verzekerd | 0,0 |
| onbekend | 1,9 |
| Woonvorm¹ (%) | |
| thuis | 97,1 |
| thuis, met speciale voorzieningen | 0,6 |
| verzorgingstehuis/bejaardenhuis | 0,2 |
| verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg | 0,9 |
| revalidatiecentrum/ziekenhuis | 0,6 |
| beschermde woonvorm | 0,4 |
| anders | 0,2 |
| Opleiding (%) | |
| geen | 2,1 |
| speciaal onderwijs | 1,0 |
| lager onderwijs | 12,7 |
| lager beroepsonderwijs | 18,7 |
| MAVO | 8,1 |
| middelbaar beroepsonderwijs | 25,5 |
| HAVO/MULO/MMS | 9,6 |
| VWO/Gymnasium/HBS | 4,2 |
| hoger beroepsonderwijs | 13,3 |
| universiteit | 4,6 |

¹ Ten tijde van de behandeling
Bron: Zijderduin & Dekker, 1994a.

9.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

Tabel 9.8 bevat informatie over de verwijsindicaties van patiënten verwezen voor oefentherapie-Mensendieck. Deze verwijsindicaties zijn geïnclassificeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC; Lamberts & Wood, 1987). De meeste patiënten zijn verwezen vanwege rug- en nekklachten. Bij een kleine groep patiënten is sprake van een geheel andere verwijsindicatie, zoals spanningshoofdpijn of hyperventilatie.

Tabel 9.8.: De tien meest voorkomende verwijsindicaties van patiënten voor oefentherapie-Mensendieck (N=1088)

| Verwijsindicatie | Percentage patiënten |
|---------------------------------------|----------------------|
| Verworven afwijkingen wervelkolom | 21,8 |
| Lage rugpijn zonder uitstraling | 18,6 |
| Rugsymptomen/-klachten | 17,8 |
| Afwijkende houding | 14,5 |
| Rugpijn met uitstraling | 9,9 |
| Syndromen gerelateerd aan wervelkolom | 6,9 |
| Neksymptomen/-klachten | 4,7 |
| Osteo-artritis wervelkolom | 3,4 |
| Spanningshoofdpijn | 3,3 |
| Hyperventilatie | 2,8 |

Bron: Zijlenderduin & Dekker, 1994a.

Diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck

Oefentherapeuten-Mensendieck verrichten zelf eveneens diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, de geselecteerde behandeldoelen en interventies zijn in figuur 9.7 weergegeven.

Figuur 9.7.: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de oefentherapeut-Mensendieck

| Diagnostische bevindingen oefentherapeut-Mensendieck | Behandeldoelen | Interventies/behandelvormen |
|--|---|--|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen en beperkingen | Selectie van stoornissen en beperkingen waarop de behandeling primair wordt gericht | Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen en beperkingen |

Bron: Dekker, 1996.

De diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck kunnen worden onderscheiden in stoornissen en beperkingen. Tabel 9.9 geeft weer hoe vaak een stoornis of beperking wordt vastgesteld.

Bij 90% van de patiënten worden stoornissen van de lichaamshouding vastgesteld. Pijn wordt bij 78% van de patiënten geconstateerd. Bij bijna twee derde van de patiënten komen stoornissen van spierlengte en tonus naar voren. De vastgestelde stoornissen komen overeen met de stoornissen die oefentherapeuten-Cesar bij hun patiënten vast-

stellen. Een uitzondering is de stoornis in spierkracht; deze wordt bijna twee keer zo vaak vastgesteld door oefentherapeuten Cesar dan door oefentherapeuten-Mensendieck.

Beperkingen worden minder vaak vastgesteld dan stoornissen. Bij een derde van de patiënten worden beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden en beperkingen in sociale activiteiten gediagnostiseerd. Dit komt overeen met de diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Cesar. Oefentherapeuten-Mensendieck constateren echter minder vaak (bij 15% van de patiënten) een beperkt uithoudingsvermogen dan oefentherapeuten-Cesar (25%).

Tabel 9.9.: Stoornissen en beperkingen van patiënten vastgesteld door de oefentherapeut-Mensendieck (N=1088)

| | Percentage patiënten |
|--|-----------------------|
| STOORNISSEN | |
| Stoornissen van de lichaamshouding | 90¹ |
| kyfose | 54 |
| lordose | 57 |
| scoliose | 49 |
| bekkenscheefstand/-torsie | 35 |
| andere stoornis lichaamshouding | 12 |
| Stoornissen in de bewegingsuitslag | 56 |
| hypermobiliteit | 6 |
| verminderde bewegingsuitslag | 51 |
| Stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen | 18 |
| gangstoornis | 16 |
| stoornis in de coördinatie | 6 |
| Stoornissen van spierlengte en tonus | 65 |
| afwijkende rusttonus musculatuur | 52 |
| afwijkende spierlengte | 32 |
| Stoornis in de spierkracht | 28 |
| Sensorische stoornissen | 22 |
| doof gevoel incl. paraesthesieën | 20 |
| stoornis van de proprioceptie | 3 |
| Stoornissen van de ademhaling | 13 |
| kortademigheid | 4 |
| hyperventilatie | 7 |
| CARA | 2 |
| overige ademhalingsstoornissen | 3 |
| Psychologische stoornissen | 15 |
| stoornis in het slapen | 13 |
| stoornis in concentratie | 5 |
| Pijn | 78 |
| Algemene stoornissen | 31 |
| vermoeidheid | 26 |
| duizeligheid | 9 |
| Overige stoornissen | 25 |
| overgewicht | 13 |
| stoornis in de psychomotoriek | 1 |
| doorbloedingsstoornis/circulatiestoornis | 4 |
| andere stoornissen | 10 |

- vervolg tabel 9.9 -

Vervolg tabel 9.9

| | Percentage patiënten |
|---|----------------------|
| BEPERKINGEN | |
| Beperkingen in het voortbewegen | 14 |
| lopen | 10 |
| traplopen | 8 |
| fietsen | 8 |
| Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden | 32 |
| verandering van lichaamshouding | 10 |
| (op-)tillen | 18 |
| bukken | 17 |
| pakken/reiken en grijpen vasthouden | 11 |
| lange tijd zitten | 18 |
| lange tijd staan | 20 |
| evenwicht bewaren | 7 |
| Beperking uithoudingsvermogen | 15 |
| Beperkingen in sociale activiteiten | 34 |
| huishoudelijke bezigheden | 18 |
| beroepsuitoefening | 22 |
| sportbeoefening | 20 |
| hobby | 9 |

¹ Het percentage bij een hoofdgroep is het percentage patiënten met tenminste één tot deze hoofdgroep behorende stoornis.

Bron: Zuijnderduin & Dekker, 1994a.

9.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

Tabel 9.10 geeft de geselecteerde behandeldoelen weer. Oefentherapeuten-Mensendieck kiezen hun behandeldoelen het meest frequent op het niveau van stoornissen. De belangrijkste behandeldoelen zijn het verbeteren van de lichaamshouding en het doen afnemen van pijnklachten (beide bij meer dan 80% van de patiënten geselecteerd). Bij twee derde van de patiënten is het informeren van de patiënt eveneens een behandeldoel. Andere behandeldoelen worden bij minder dan de helft van de patiënten geselecteerd.

Oefentherapeuten-Mensendieck kiezen iets vaker het doen afnemen van pijnklachten als behandeldoel dan oefentherapeuten-Cesar (81% versus 74%); voor de keuze van het vergroten van de spierkracht als behandeldoel geldt het omgekeerde (44% versus 60%).

Tabel 9.10.: De door de oefentherapeut-Mensendieck gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen (N=1088)

| Behandeldoel | Percentage patiënten ¹ |
|--|-----------------------------------|
| Op het niveau van stoornissen: | |
| verbeteren van de lichaamshouding | 83 |
| vergroten van de spierkracht | 44 |
| verbeteren van de ontspanning van spiergroepen | 49 |
| verbeteren van de sensomotoriek | 5 |
| verbeteren van het adempatroon | 13 |
| verbeteren van de lichamelijke ontspanning | 24 |
| doen afnemen van pijnklachten | 81 |
| doen afnemen van vermoeidheidsklachten | 13 |
| Op het niveau van beperkingen: | |
| verbeteren van beperkingen in het voortbewegen | 12 |
| verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden | 14 |
| verbeteren van situationele beperkingen | 9 |
| Informeren van de patiënt | 67 |
| Overige behandeldoelen | 10 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

Interventies

De behandeling van oefentherapeuten-Mensendieck bestaat (uiteraard) uit oefentherapie, maar ook voorlichting en advies kan een onderdeel van de behandeling zijn. Tabel 9.12 laat zien welke accenten in de behandeling worden gelegd.

Bij 80% van de patiënten bestaat de behandeling (onder andere) uit pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen. Bij 50% van de patiënten worden eveneens ADL-oefeningen aangeleerd en uitgevoerd. Ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en voorlichting of advies maken bij ongeveer een derde van de patiënten onderdeel uit van de behandeling.

Tabel 9.11.: Accent van de behandeling uitgevoerd door oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)

| Behandeldoel | Percentage patiënten ¹ |
|---|-----------------------------------|
| Pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen | 80 |
| Oefeningen gericht op het mobiliseren | 27 |
| Ademhalingsoefeningen | 9 |
| Ontspanningsoefeningen | 32 |
| Oefeningen gericht op spierversterking | 34 |
| ADL-oefeningen | 50 |
| Sensomotorische training | 5 |
| Voorlichting/advies | 36 |
| Anders | 3 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 3 behandelvormen konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

9.4 Kwaliteit en doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck

9.4.1 Kwaliteitsbeleid bij oefentherapie-Mensendieck

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) heeft in 1992 een meerjarenbeleidsplan (1992-1995) ontwikkeld met daarin een onderdeel kwaliteitsbevordering (NVOM, 1992). Het expliciteren en verhogen van de eigen deskundigheid is een van de belangrijkste beleidsdoelen, mede om de afbakening met andere paramedische beroepsgroepen zichtbaar te maken.

Er is een commissie kwaliteit ingesteld. Deze heeft tot taak het stimuleren van het kwaliteitsdenken in de beroepsgroep en het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid. Hiertoe wordt aan de hand van het referentiekader geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten nog moeten worden ontwikkeld.

Uniforme classificatiesystemen met betrekking tot aandoeningen en verrichtingen zijn voorhanden (Heerkens, 1993; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994). Dit geldt eveneens voor uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers en de rapportage aan de verwijzer. Voor oefentherapeuten-Mensendieck is een geautomatiseerd informatie-systeem op praktijkniveau ontwikkeld.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in gedragsregels. Wat het **methodisch/technisch handelen** betreft, beschikt men over een beroepsprofiel en een deskundigheidsomschrijving. Met betrekking tot de **organisatie van de beroepsuitoefening** heeft men richtlijnen opgesteld voor de praktijkinrichting; richtlijnen voor de praktijkvoering zijn in ontwikkeling. De NVOM heeft eveneens richtlijnen voor vestiging opgesteld.

Verbetermethodes/-acties

De NVOM is via overleg betrokken bij de initiële opleiding. De opleiding heeft een module kwaliteitszorg in het curriculum opgenomen. De NVOM heeft criteria voor herintreders opgesteld en een cursusaanbod voor herintreders ontwikkeld. Daarnaast beschikt men over een overzicht van het verenigingsaanbod aan na- en bijscholingscursussen. Criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen zijn in ontwikkeling.

Binnen de NVOM heeft intercollegiale toetsing hoge prioriteit gekregen. In het kader van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg is een methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld en op beperkte schaal ingevoerd.

Behoud en borging

De NVOM beraamt zich over het instellen van een beroepsregister en periodieke herregistratie. Criteria voor herregistratie zijn in ontwikkeling.

Men beschikt over een klachtreglement en een commissie die belast is met de uitvoering van de klachtregeling.

Volgens de NVOM vallen de meeste oefentherapeuten-Mensendieck niet onder een klachtreglement van een instelling, daar de meeste oefentherapeuten ook niet binnen instelling werkzaam zijn.

9.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de oefentherapie-Mensendieck zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van deze oefentherapie.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 9.12 geeft weer hoeveel onderzoeken er per aandachtsgebied zijn uitgevoerd. In totaal zijn 12 onderzoeksprojecten uitgevoerd op het terrein van de oefentherapie-Mensendieck. Drie projecten hebben betrekking op de beroepsuitoefening. Naast de ontwikkeling van het beroepsprofiel en het hier gerapporteerde functie en plaats-onderzoek is onderzocht hoe integrerend de oefentherapie in haar werkwijze is. Op het gebied van de kwaliteit zijn eveneens drie projecten uitgevoerd; deze hebben alle drie betrekking op het kwaliteitsbeleid binnen de beroepsgroep. In de categorie patiënten en verwijzers zijn twee onderzoeken verricht; een inventarisatie van de patiëntenpopulatie en haar klachten en een project waarin de klachten van het bewegingsapparaat naar aanleiding van de werksituatie zijn onderzocht. De twee onderzoeken op het gebied van meetinstrumenten betreffen de bepaling van de betrouwbaarheid van onderzoek van de houding en het komen tot een eenduidige terminologie binnen de oefentherapie-Mensendieck gebaseerd op de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps.

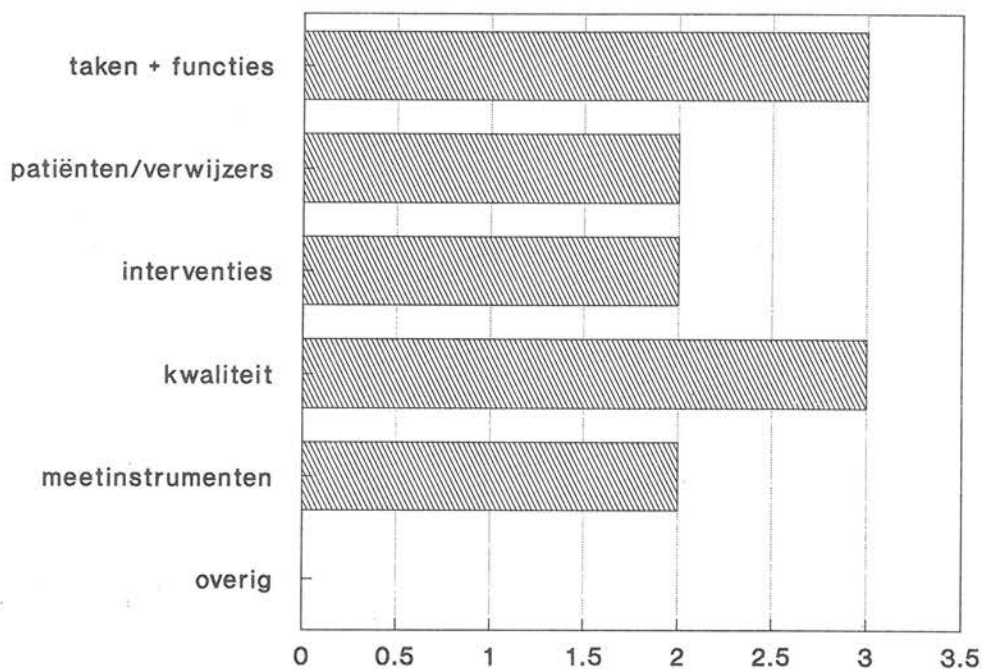
Tabel 9.12.: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 3 |
| Patiënten en verwijzers | 2 |
| Interventies | 2 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | - |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethoden | 1 |
| effectiviteit | 1 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 3 |
| Meetinstrumenten | 2 |
| Overig | - |
| Totaal | 12 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 9.8 is gebaseerd op tabel 9.12 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 9.8.: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

9.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de oefentherapie-Mensendieck

Regulering en financiering

De NVOM besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepsgroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

De beperkende maatregel inzake de aanspraken op oefentherapie-Mensendieck die per 1 januari 1996 is ingegaan, zal consequenties hebben voor de beroepsgroep. De oefentherapie-Mensendieck wordt teruggebracht naar een maximum van 9 zittingen en indien daartoe geïndiceerd wordt dit uitgebreid met nog eens 9 zittingen. Verlenging van het aantal zittingen is slechts mogelijk indien sprake is van een indicatie voor langdurige oefentherapie. Deze maatregel zal in 1996 een vermindering in de kosten voor oefentherapie (en fysiotherapie) moeten opleveren van f 200 miljoen.

Aanbod van oefentherapie-Mensendieck

De vraag naar oefentherapeuten-Mensendieck lijkt iets hoger dan het aanbod ervan. In bepaalde delen van ons land lijken nog voldoende mogelijkheden voor vestiging, maar dit wordt beperkt door de contracteerplicht en de volumebeheersing.

Vraag naar oefentherapie-Mensendieck

De beperking op de aanspraken op oefentherapie zullen mogelijk een verschuiving teweeg brengen in het gebruik van zorg op dit gebied. De groep patiënten die gebruik maakt van oefentherapie-Mensendieck zal van samenstelling kunnen veranderen. De wijze waarop de maatregel in de praktijk zal uitwerken, zal echter eind 1996 formeel worden geëvalueerd.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (inciden-

teel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

10 ORTHOPTIE

10.1 Inleiding

10.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Orthoptisten houden zich bezig met onderzoek en behandeling van oogafwijkingen, met name die afwijkingen die te maken hebben met de oogstand, de beweeglijkheid van de ogen, de samenwerking tussen de ogen en de ontwikkeling van het zien. Het beroep is geregeld in de Wet op de Paramedische beroepen. Volgens het beroepsprofiel van de orthoptist wordt onder de uitoefening van het beroep verstaan: het beroepsmatig tot een geneeskundig doel:

- a. onderzoeken of en in hoeverre bij de patiënt monoculaire en binoculaire functies aanwezig zijn dan wel of deze gestoord zijn;
- b. verrichten van op het herstel van de monoculaire en binoculaire functies gerichte handelingen, niet zijnde chirurgische handelingen.

Volgens het beroepsprofiel wordt het beroep uitgeoefend op verwijzing van een praktijkuitoefenende oogarts, huisarts, kinderarts of neuroloog (Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, 1988). In het Besluit van 21 februari 1994 (Stb. 188) wordt gesteld dat de orthoptist handelt "op verwijzing van een de praktijkuitoefenende oogarts".

Taken van de orthoptist

De orthoptist handelt volgens de algemene probleemoplossende methoden c.q. het methodisch handelen. De volgende fasen worden onderscheiden: de onderzoeksfase, de behandelfase en de evaluatiefase.

De verwijzing wordt geanalyseerd en de orthoptist neemt een aanvullende anamnese af. Vervolgens wordt de oogafwijking onderzocht alsmede de gezichtsscherpte, het gezichtsveld, de sensorische en motorische verhoudingen tussen beide ogen, enzovoorts. Op basis van anamnese en onderzoek wordt een diagnose en een prognose opgesteld. Op basis van de gegevens wordt een behandelingsplan of een behandelingsadvies opgesteld om het functioneren van de ogen te optimaliseren.

De behandeling wordt uitgevoerd volgens het opgestelde behandelplan. De behandeling kan bestaan uit oefeningen, het gebruik en voorschrijven van oclusiemateriaal (o.a. oogpleisters) en oogdruppels en/of het voorschrijven van of adviseren omtrent brilleglazen, prismata, enzovoorts. Aan de patiënt en/of de begeleiders wordt voorlichting, instructie en advies gegeven en zij worden gemotiveerd tot het uitvoeren van de behandeling.

Tijdens de evaluatiefase worden de uitvoering van het behandelplan en de resultaten daarvan geëvalueerd. De orthoptist rapporteert de behandelingsresultaten aan de verwijzend arts. Ook kan de orthoptist adviseren over het tijdstip en de indicatie van een eventuele scheelzienoperatie.

Vormen van orthoptische zorg c.q. zorgprodukten

De meest frequent voorkomende vorm van zorg is diagnostisch onderzoek en behandeling van individuele patiënten met oogafwijkingen (onder andere scheelzien, een lui oog, dubbel zien, hoofdpijn of leesklachten). Daarnaast wordt voorlichting en advies gegeven, zowel aan de patiënt en/of begeleider als aan verwijzend arts. De orthoptist kan ook activiteiten met betrekking tot screening verrichten, met name vroegtijdige

opsporing van visuele stoornissen bij jonge kinderen en baby's (bijvoorbeeld op consultatiebureaus of in het kader van preventieve zorg door basisgezondheidsdiensten) (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

10.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het wettelijk kader voor de orthoptist is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Orthoptistenbesluit van 15 maart 1975 (Stb. 178); laatstelijk gewijzigd op 21 februari 1994. In dit besluit zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, examenregelingen en de Adviescommissie Orthoptist. De laatste wijziging in het Orthoptistenbesluit had betrekking op de omschrijving 'de orthoptist werkt op aanwijzing en controle van de oogarts'. De bevoegdheidsomschrijving is gewijzigd in 'de orthoptist werkt op verwijzing van de oogarts'.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) worden bovengenoemde regelingen vervangen door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van orthoptist geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). De omschrijving van het deskundigheidsgebied zoals omschreven in de concept-amvb, omvat onder andere het onderzoeken en behandelen van patiënten, het voorschrijven en aanmeten van (speciale) brillenglazen en het adviseren van de oogarts met betrekking tot operatieve oogspiercorrecties. Wat betreft de opleidingseisen vermeldt de amvb onder andere het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage.

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking wordt gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

Orthoptische hulp wordt door het ziekenfonds en de meeste particuliere verzekeraars volledig vergoed. De orthoptist heeft geen eigen declaratierecht; als regel declareert de oogarts de verrichtingen van de orthoptist. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld, maar deze worden dus niet door de orthoptist zelf in rekening gebracht.

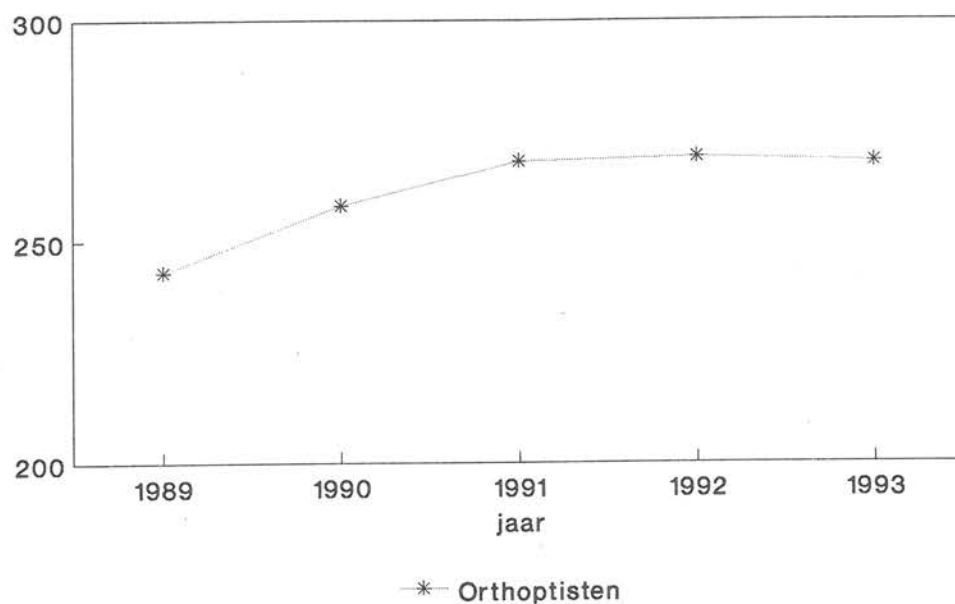
10.2 Aanbod van orthoptische zorg

10.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal orthoptisten

Het aantal bevoegde orthoptisten dat bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is geregistreerd bedroeg per 31 december 1994 379 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal werkzame leden van de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten bedroeg per 31 december 1994 in totaal 268. In figuur 10.1 is de ontwikkeling van het aantal werkzame orthoptisten vanaf 1989 weergegeven.

Figuur 10.1.: Aantal werkzame orthoptisten (1989 - 1993)

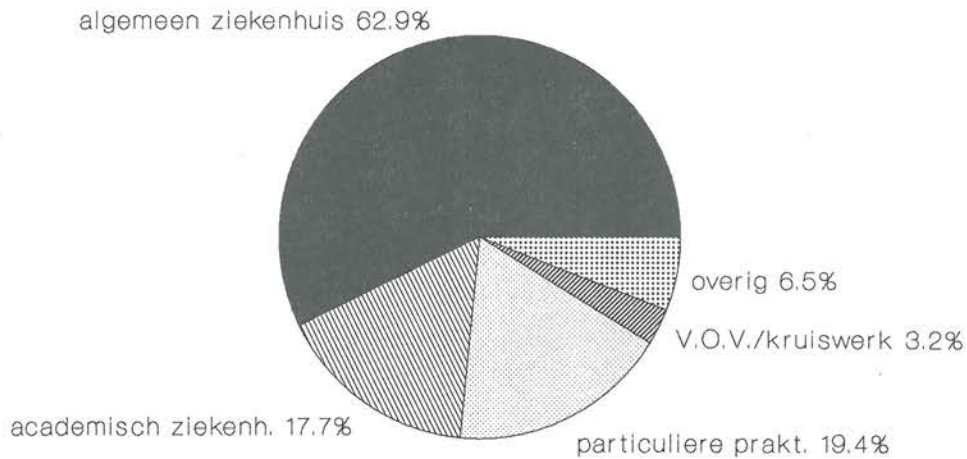


Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Orthoptisten zijn zowel intramuraal als extramuraal werkzaam (figuur 10.2). Intramuraal werkzame orthoptisten werken in algemene ziekenhuizen (63%) of in academische ziekenhuizen (18%). Bijna 20% van de orthoptisten werkt in een particuliere praktijk van een oogarts. Tenslotte zijn orthoptisten werkzaam in overige sectoren zoals bij VOV en kruiswerk (10%).

Figuur 10.2.: Relatieve verdeling van het aantal orthoptisten naar werkveld* (1994)



* Het totaal percentage is groter dan 100% omdat orthoptisten in meer dan één praktijk werkzaam kunnen zijn.

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

10.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep van orthoptisten bestaat vrijwel alleen uit vrouwen; slechts 1% van de orthoptisten is man.

Leeftijd

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de leeftijdsverdeling van de werkzame orthoptisten.

Uren per week naar functie

In tabel 10.1 is de omvang van de werkweek weergegeven voor orthoptisten werkzaam in de oogheeskundige praktijk, c.q. orthoptische afdeling.

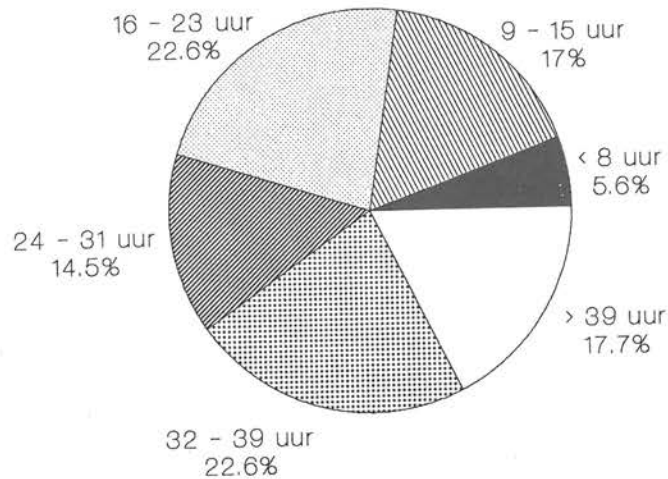
Tabel 10.1.: Relatieve verdeling van de omvang van de werkweek van orthoptisten, werkzaam in de oogheeskundige praktijk, c.q. orthoptische afdeling (1994)

| Aantal uren per week | Totaal % | Waarvan als orthoptist % |
|----------------------|----------|--------------------------|
| < 8 | 5,6 | 10,5 |
| 8 -15 | 17,0 | 25,0 |
| 16-23 | 22,6 | 25,8 |
| 24-31 | 14,5 | 15,3 |
| 32-40 | 22,6 | 16,9 |
| > 40 | 17,7 | 6,5 |
| Totaal | 100,0 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Uit de tabel blijkt dat 40% van de orthoptisten full-time werkt (32 uur per week of meer). Van het percentage werkzaam als orthoptist werkt het merendeel (51%) één tot drie dagen per week. De gemiddelde omvang van de werkweek van de totale groep van orthoptisten is weergegeven in figuur 10.3.

Figuur 10.3.: Gemiddelde omvang van de werkweek van de totale groep orthoptisten werkzaam op een orthoptische afdeling en/of in een oogheelkundige praktijk



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Aantal orthoptisten per afdeling

In tabel 10.2 is het aantal orthoptisten per afdeling weergegeven. Een aanzienlijk deel van de orthoptisten (37 %) werkt alleen. Orthoptisten werken ook vaak samen met één collega (27%). Afdelingen met meer dan drie orthoptisten komen voor in 20 % van de gevallen.

Tabel 10.2.: Relatieve verdeling van het aantal orthoptisten werkzaam per afdeling

| Aantal orthoptisten | % |
|---------------------|-------|
| 1 | 37,1 |
| 2 | 26,6 |
| 3 | 12,9 |
| > 3 | 20,2 |
| onbekend | 3,2 |
| Totaal | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

10.2.3 Spreiding van beroepsbeoefenaren

Er zijn geen gegevens bekend omtrent de spreiding van de beroepsgroep van orthoptisten.

10.3 Vraag naar orthoptie

10.3.1 Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de orthoptische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

10.3.2 Gebruik van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van orthoptische zorg noch over de omvang van de orthoptische behandeling.

10.3.3 Verwijzing

Orthoptisten mogen alleen patiënten behandelen voor wie zij een schriftelijke verwijzing hebben ontvangen. Uit een enquête in 1994 onder 124 leden van de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (respons-percentage van 48%) blijkt dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. Slechts 57% van de orthoptisten schat dat bij 75 tot 100% van de nieuw verwezen patiënten sprake is van een schriftelijke verwijzing. Zevenentwintig procent schat dat dit bij 50 tot 75% van de verwijzingen het geval is. De overige orthoptisten schatten het percentage schriftelijke verwijzingen lager dan 50% (NVvO, 1994).

Verwijzers

Uit de enquête komt naar voren dat de oogarts de belangrijkste verwijzer is voor orthoptisten. Op de tweede plaats komt de consultatiebureau-arts en op de derde plaats de huisarts. De schoolarts is de vierde verwijzer voor orthoptie. Minder frequent zijn de patiënten verwezen door de kinderarts, neuroloog, internist, kaakchirurg of andere specialismen (NVvO, 1994).

Aanmelders

Naast de genoemde verwijzers worden patiënten incidenteel aangemeld via opticiens (NVvO, 1994).

10.3.4 Kenmerken van patiënten

Tot de patiënten van orthoptisten behoren vooral kinderen met verminderde gezichtscherpte aan een of beide ogen, kinderen die scheelzien en kinderen met oogspierverlammingen. Ook volwassenen met dergelijke problemen worden door de orthoptist behandeld. Er zijn echter geen representatieve gegevens voorhanden over de kenmerken van orthoptie-patiënten.

10.3.5 Diagnose

Empirische gegevens over de verwijsindicatie/medische diagnose van orthoptie-patiënten en de bevindingen van de orthoptist op basis van het eigen diagnostisch onderzoek ontbreken.

10.3.6 Behandeling

Empirische informatie over de behandeling door de orthoptist ontbreekt eveneens.

10.4 Kwaliteit en doelmatigheid van orthoptische zorg

10.4.1 Kwaliteitsbeleid bij orthoptische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging van Orthoptisten heeft een werkgroep Kwaliteit ingesteld. Deze is al enige jaren actief, hetgeen ondermeer geleid heeft tot het verschijnen van de nota "Kwaliteitsbevordering in de orthoptie" (NVvO, 1993). De werkgroep Kwaliteit heeft in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut in 1994 een enquête gehouden onder de leden van de vereniging naar de knelpunten in de beroepsuitoefening. Op basis hiervan heeft de NVvO beleidsprioriteiten vastgesteld. De prioriteiten liggen op het terrein van de uniforme verslaglegging (van orthoptisch onderzoek, behandeldoelen en rapportage aan derden), een regeling voor herintreders en het verbeteren van de infrastructuur van het beroep.

De orthoptisten beschikken niet over uniforme classificatiesystemen met betrekking tot aandoeningen en verrichtingen. Wel is men bezig met het ontwikkelen van richtlijnen voor patiëntendossiers en voor de verslaglegging aan verwijzers (project 'Registratie patiëntgegevens in de orthoptische praktijk').

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in de nota "Beroepscode en Gedragsregels Orthoptisten" (NVvO, 1992). Ten aanzien van de normering van het **methodisch/technisch handelen** beschikt men over een beroepsprofiel en een deskundighedsomschrijving. Er zijn geen landelijke protocollen of richtlijnen voor de behandeling van specifieke problemen. Wat de normen ten aanzien van de **organisatie van de beroepsuitoefening** betreft zijn richtlijnen voor de praktijkinrichting ontwikkeld.

Verbetermethodes/-acties

De NVvO is niet betrokken bij de kwaliteit van de initiële opleiding. Wel beschikt men over een overzicht van na- en bijscholingscursussen. In het kader van het eerder genoemde ondersteuningsprogramma heeft de NVvO de herintredersproblematiek geïnventariseerd. Dit heeft geleid tot een definitie van 'herintreders' en tot aanbevelingen over de nodige scholing en begeleiding.

Intercollegiale toetsing is niet gebruikelijk onder orthoptisten. Wel zijn er regiobijeenkomsten waarin onder andere casusbesprekingen plaatsvinden. Daarnaast meldt tweederde van de orthoptisten dat periodiek overleg over de behandeling plaatsvindt met de oogarts.

Behoud en borging

Evenals de beroepsverenigingen van de andere 'artikel 34'-beroepen houdt de NVvO zich bezig met plannen voor het instellen van een beroepsregister; plannen voor periodieke herregistratie zijn hieraan gekoppeld.

De meeste orthoptisten vallen onder het klachtenreglement van het ziekenhuis waar men werkzaam is.

10.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van orthoptische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de orthoptie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van orthoptische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnterpreteerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

Tabel 10.3 geeft een overzicht van het verrichte onderzoek op het gebied van de orthoptie. Er zijn slechts negen onderzoeksprojecten uitgevoerd. Drie ervan hebben betrekking op patiënten en verwijzers. In twee onderzoeken is gekeken naar de haalbaarheid en effecten van oogheelkundige netwerkvorming. Het derde onderzoek betrof een studie naar de oorzaken van oogspierparesen. De drie onderzoeksprojecten op het gebied van kwaliteit hadden de ontwikkeling en ondersteuning van het kwaliteitsbeleid tot doel. Diagnostische methoden in de orthoptie zijn onderzocht in een project naar nieuwe onderzoeksmethoden van motiliteitsstoornissen, herstel van binoculair zien en oogchirurgie. Daarnaast is een prospectief onderzoek gestart naar de psychomotorische en visuele ontwikkeling van risicodragende pasgeborenen.

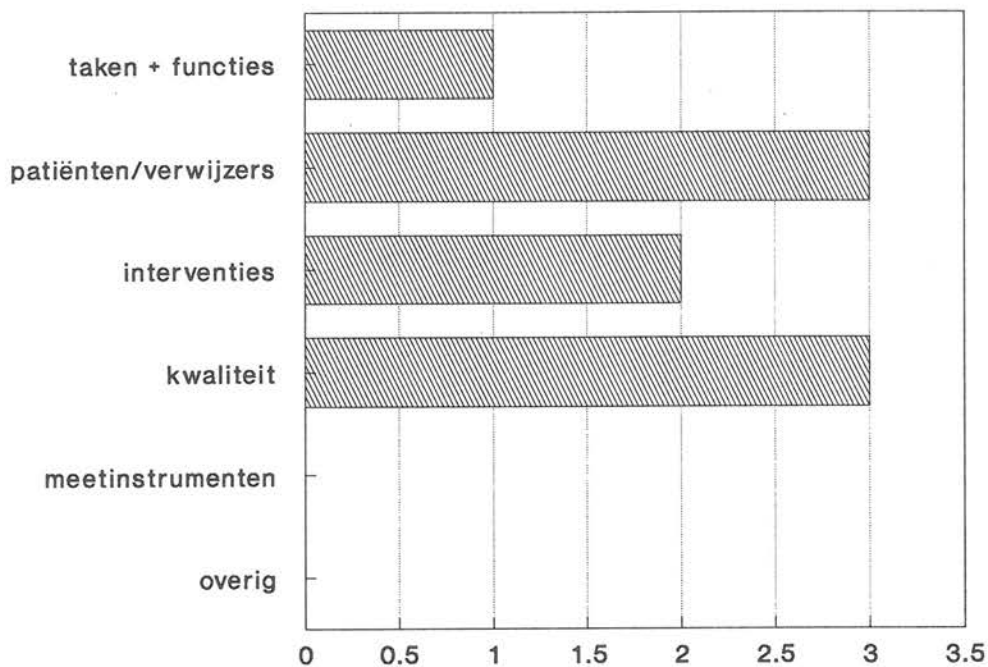
Tabel 10.3.: Aantal onderzoeken in de orthoptie per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 1 |
| Patiënten en verwijzers | 3 |
| Interventies | 2 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | - |
| diagnostiek | 1 |
| screening | - |
| behandelmethode | 1 |
| effectiviteit | - |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 3 |
| Meetinstrumenten | - |
| Overig | - |
| Totaal | 9 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 10.4 is gebaseerd op tabel 10.3 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 10.4.: Aantal onderzoeken in de orthoptie per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

10.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de orthoptie

Regulering en financiering

De NVvO besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

Aanbod en vraag naar orthoptische zorg

Vooralsnog zijn er geen belangrijke ontwikkelingen en knelpunten te vermelden met betrekking tot het aanbod van en de vraag naar orthoptische zorg.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

11 PODOTHERAPIE

11.1 Inleiding

11.1.1 Korte omschrijving van het beroep

Podotherapeuten behandelen patiënten met voetklachten of met klachten die voortvloeien uit het niet goed functioneren van de voeten. Het beroep is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen. Onder de uitoefening van het beroep wordt in het beroepsprofiel verstaan:

1. Ingevolge verwijzing van een praktizerend arts en na onderzoek, gericht op de voor de behandeling benodigde gegevens, toepassen van podotherapie.
Dit wil zeggen het met een geneeskundig doel behouden of verbeteren van de functie van de voet door middel van het aan de voet toepassen van correctieve en protectieve technieken, het uitwendig bestrijden van aan de voet aanwezige huid-aandoeningen en het voorkomen of bestrijden van nagelafwijkingen.
2. Geven van informatie, advies en voorlichting aan cliënten, patiënten/cliëntengroepen, zorgverleners en anderen, omtrent zelfzorg met betrekking tot het voorkomen en bestrijden van voetaandoeningen (Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, 1993).

Taken en functies

De doelen van podotherapie zijn ten eerste, de stand en functie van de voet te behouden of te verbeteren en daardoor de gehele statiek te beïnvloeden. Ten tweede klachten, die voortkomen uit statische en/of dynamische afwijkingen van de voet, te voorkomen of te bestrijden, alsook nagelafwijkingen en huidaandoeningen. De werkwijze verloopt methodisch en bestaat uit de volgende fasen: anamnese, onderzoek en diagnose, behandelplan en behandeling, controle en rapportage.

Na de verwijzing wordt de anamnese afgenomen waarbij gegevens over de klachten worden verzameld.

Tijdens het onderzoek wordt de oorzaak van de klachten opgespoord. Dit onderzoek kan bestaan uit inspectie, palpatie, basis functie-onderzoek, ganganalyse en ander onderzoek zoals bijvoorbeeld het maken van voetafdrukken. Het onderzoek mondt uit in een diagnose.

Het behandelplan wordt opgesteld en uitgevoerd en kan bestaan uit bijvoorbeeld: instrumentele behandeling van nagels of eeltvorming; verband aanleggen of taping; aanbouwen van de nagelplaat; het aanbrengen van correcties met behulp van zolen, orthesen of prothesen; wondbehandeling; advisering omtrent schoenaanpassingen, voetverzorging enzovoorts.

Na de behandeling zijn een of meerdere controles nodig om het verloop van het klachtenpatroon en de mate van correctie te beoordelen. Op basis van de bevindingen kan de therapie worden bijgesteld.

De podotherapeut rapporteert mondeling of schriftelijk aan de verwijzer (Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, 1993).

Vormen van podotherapeutische zorg c.q. zorgprodukten

De meest frequente toepassing van podotherapeutische zorg is onderzoek en behandeling van individuele patiënten. Voorlichting en advisering vindt zowel plaats in het kader van de behandeling alsook los daarvan, zowel in het kader van curatie als van preventie. Preventieve voorlichting kan ook groepsgewijze worden gegeven, bijvoorbeeld aan diabetes patiënten. Aan verwijzers en andere zorgverleners wordt voorlichting en advies verstrekt (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995).

11.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep van podotherapeut is vastgesteld in het Podotherapeutenbesluit dat in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen van kracht werd op 6 mei 1982 (Stb. 62) en laatstelijk gewijzigd is bij besluit van 21 februari 1994 (Stb. 188). De laatste wijziging heeft de opleiding een grotere beleidsvrijheid geboden. In dit besluit is geregeld wat de werkzaamheden zijn van de podotherapeut en welke personen in het bezit worden gesteld van een Bewijs van Bevoegdheid en de titel podotherapeut mogen voeren. Dit zijn diegenen die met goed gevolg hebben afgesloten:

- de experimentele opleiding (1978-1980),
- de regulier opleiding tot podotherapeut (vanaf 1982) of
- de BOP (Bijzondere Opleiding Podotherapie (1985-1988)).

Met het van kracht worden van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen worden vervangen door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe regeling zal het beroep van podotherapeut worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Met uitzondering van de opleidingseisen kent de concept-amvb voor de podotherapie geen belangrijke wijzigingen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

Podotherapie is niet opgenomen in het regulier verzekeringspakket van ziekenfondsen. Wel kan voor bepaalde categorieën patiënten (bijvoorbeeld reuma- of diabetespatiënten) op grond van aanvullende regelingen een vergoeding gegeven worden. De vergoeding door particuliere ziektekostenverzekeraars is veel ruimer. In ziekenhuizen en andere instellingen werken podotherapeuten in dienstverband of in een eigen praktijk (Zuijderduin & Dekker, 1994b).

11.2 Aanbod van podotherapeutische zorg

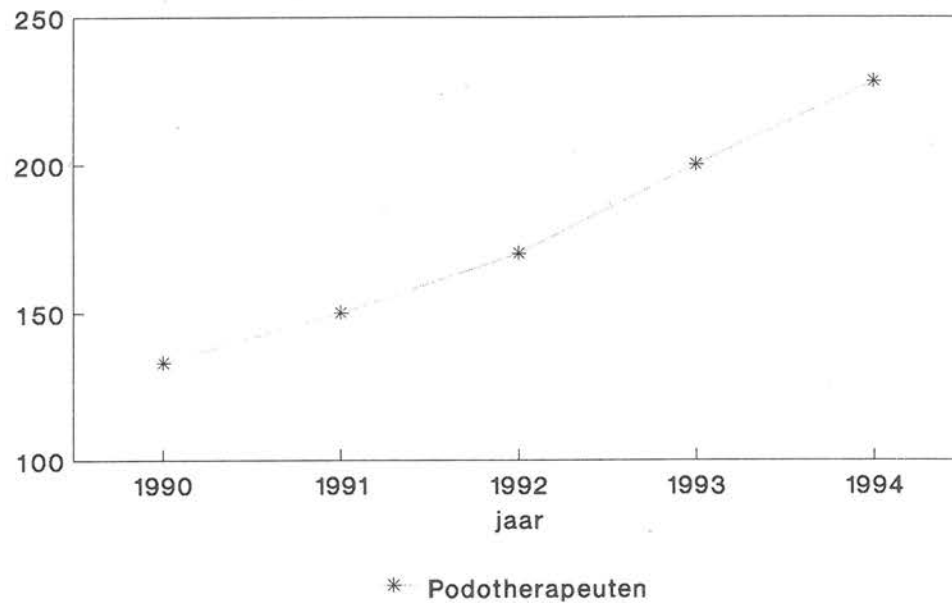
11.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal podotherapeuten

Het aantal bevoegde podotherapeuten geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 252 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal leden van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten bedroeg per 31 december 1994 in totaal 210. Het aantal werkzame podotherapeuten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 228. In

figuur 11.1 is de ontwikkelingen in aantallen beroepsbeoefenaren weergegeven vanaf 1990. Uit figuur 11.1 blijkt dat het aantal podotherapeuten sterk is toegenomen over de afgelopen vijf jaar (1990-1994).

Figuur 11.1.: Aantal werkzame* podotherapeuten (1990 - 1994)

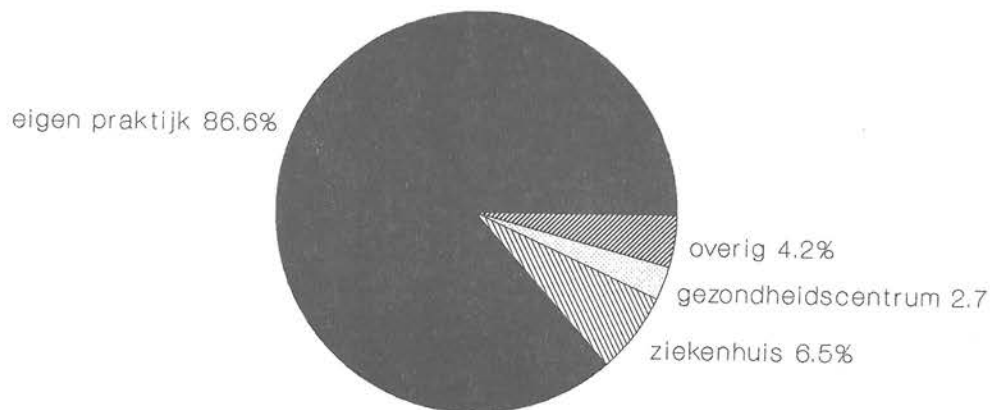


* Geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname.
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

Podotherapeuten zijn werkzaam in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Het merendeel van de podotherapeuten (87%) werkt als vrijgevestigd therapeut met een zelfstandige praktijk. Een klein deel van de podotherapeuten werkt in een ziekenhuis (6,5%) of een gezondheidscentrum (3%). De relatieve verdeling van het aantal podotherapeuten naar werkplek is weergegeven in figuur 11.2

Figuur 11.2.: Relatieve verdeling van het aantal werkzame podotherapeuten naar werkplek, per 31 december 1994



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Praktijken

In Nederland zijn 166 praktijken voor podotherapie. Van deze praktijken zijn 80% solo-praktijken, 18% duopraktijken en 2% praktijken waar 3 of meer podotherapeuten werken (groepspraktijken).

11.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep van podotherapeuten bestaat voor een groot deel uit vrouwen. Van het totaal aantal podotherapeuten is 73% van het vrouwelijk geslacht.

Leeftijd

In tabel 11.1 is de leeftijdsverdeling van het aantal werkzame podotherapeuten gepresenteerd. De beroepsgroep van podotherapeuten kenmerkt zich door een jonge leeftijdsopbouw. Tweeënzestig procent van de podotherapeuten is jonger dan 35 jaar. Slechts 8% van de podotherapeuten is ouder dan 50 jaar.

Tabel 11.1.: Relatieve leeftijdsverdeling van het aantal (extramuraal) werkzame podotherapeuten in 1992

| Leeftijd | % |
|----------|-------|
| < 25 | 10,1 |
| 25-29 | 39,5 |
| 30-34 | 12,6 |
| 35-39 | 3,4 |
| 40-44 | 9,2 |
| 45-49 | 16,8 |
| 50-54 | 5,0 |
| 55-59 | 1,7 |
| > 59 | 1,7 |
| Totaal | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, Nzi & OSA).

Uren per week naar functie

In tabel 11.2 is de relatieve omvang van de werkweek van podotherapeuten weergegeven.

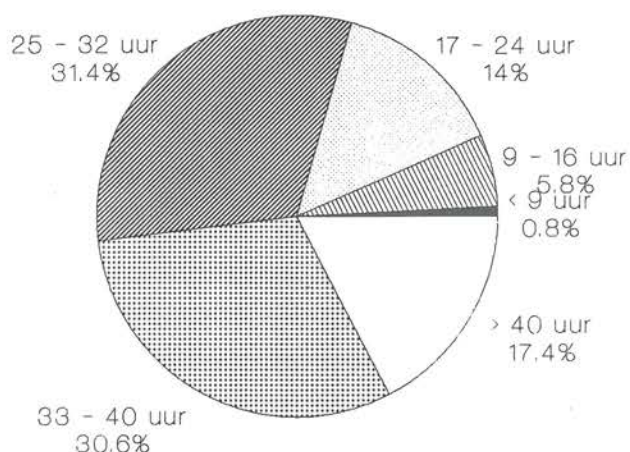
Tabel 11.2.: Relatieve verdeling van het aantal uren dat podotherapeuten per week werkzaam zijn naar geslacht in 1992

| Aantal uren werkzaam | Vrouwen | Mannen | Totaal |
|----------------------|---------|--------|--------|
| < 9 | 1,1 | - | 0,8 |
| 9-16 | 7,5 | - | 5,8 |
| 17-24 | 15,1 | 10,7 | 14,0 |
| 25-32 | 31,2 | 32,1 | 31,4 |
| 33-40 | 30,1 | 32,1 | 30,6 |
| > 40 | 15,1 | 25,0 | 17,4 |
| Totaal | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

De werkweek van de werkzame podotherapeuten bedraagt gemiddeld 33,4 uur. Vrouwen werken circa 32 uur per week, mannen werken gemiddeld vier uur langer. Tabel 11.2 laat zien dat 52% van alle therapeuten minder dan 32 uur werkt; 17% werkt meer dan 40 uur. In figuur 11.3 is de relatieve verdeling gegeven van het aantal uren dat podotherapeuten werkzaam zijn.

Figuur 11.3.: Relatieve verdeling van de omvang van de werkweek van podotherapeuten in 1992



Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Full-time/part-time

Van alle werkzame podotherapeuten werkt 48% full-time, ofwel meer dan vier dagen per week. Bij de vrouwen ligt dit percentage iets onder het gemiddelde (45%); bij de mannen ligt het hoger dan het gemiddelde (57%).

11.2.3 Spreiding van de beroepsbeoefenaren

Uit tabel 11.3 blijkt dat in de provincie Noord-Brabant verreweg de meeste podotherapeuten (43) werkzaam zijn; meer dan een kwart van alle in Nederland werkzame podotherapeuten. Het aantal inwoners per podotherapeut bedraagt in 1993 in Nederland gemiddeld 89.632. Er zijn echter aanzienlijke regionale verschillen. Noord-Brabant heeft het laagste aantal inwoners per full-time equivalent podotherapeut (52.175). In de noordelijke provincies ligt de dichtheid ver boven de 250.000 inwoners per podotherapeut.

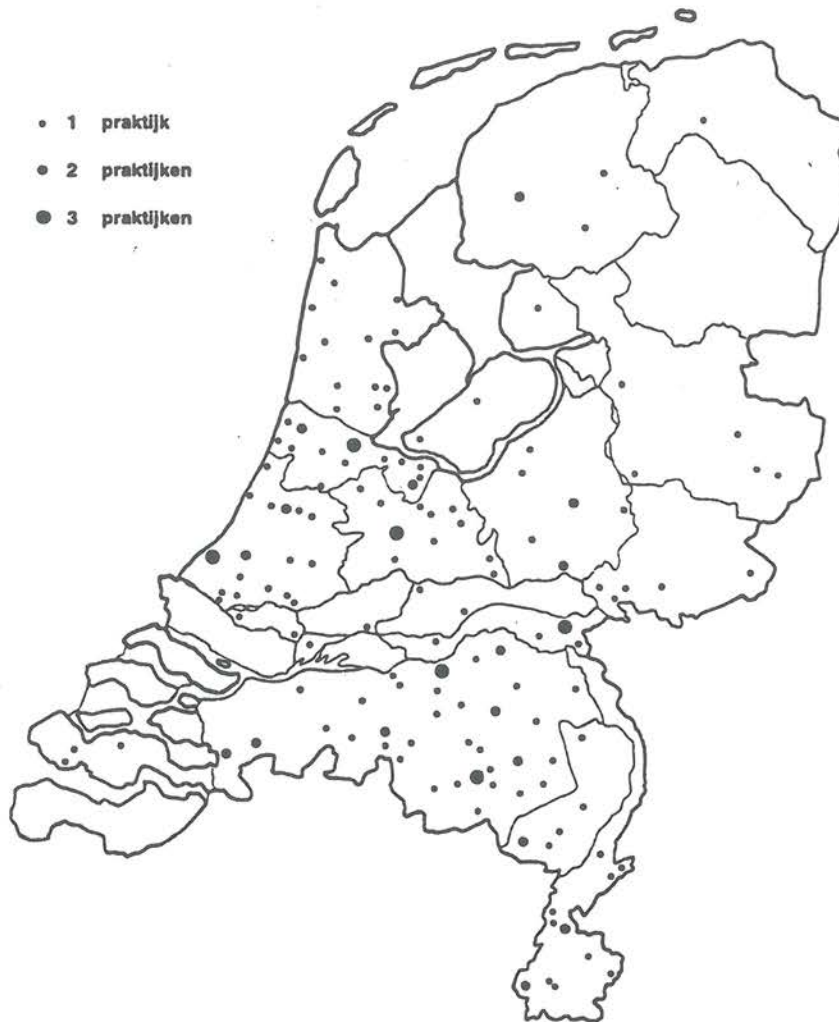
Tabel 11.3.: Aantal inwoners per werkzame podotherapeut* naar provincie in 1993

| Provincie | Aantal inwoners | Aantal podotherapeuten | Aantal inwoners per podotherapeut |
|---------------|-----------------|------------------------|-----------------------------------|
| Groningen | 555.397 | 2 | 277.698 |
| Friesland | 603.998 | 2 | 301.999 |
| Drenthe | 444.256 | - | - |
| Overijssel | 1.039.083 | 6 | 173.180 |
| Flevoland | 234.441 | 4 | 60.860 |
| Gelderland | 1.839.883 | 19 | 96.836 |
| Utrecht | 1.047.035 | 15 | 69.802 |
| Noord-Holland | 2.440.165 | 29 | 84.143 |
| Zuid-Holland | 3.295.522 | 32 | 102.985 |
| Zeeland | 361.195 | 3 | 120.398 |
| Nord-Brabant | 2.243.546 | 43 | 52.175 |
| Limburg | 1.119.942 | 15 | 74.662 |
| Nederland | 15.237.463 | 170 | 89.632 |

* Leden Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, gecorrigeerd naar aantal werkplekken.
Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

In figuur 11.4 is de spreiding van het aantal praktijken voor podotherapie in beeld gebracht. Er blijkt een sterke oververtegenwoordiging van praktijken in Noord-Brabant en Noord- en Zuid-Holland te zijn (Hingstman & Harmsen, 1994).

Figuur 11.4.: Spreiding van podotherapeuten in Nederland per 1 januari 1993



Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

11.3 Vraag naar podotherapeutische zorg

De gegevens over het gebruik van podotherapeutische zorg (11.3.2), de verwijzing (11.3.3), de kenmerken van patiënten (11.3.4), hun diagnose (11.3.5) en behandeling (11.3.6) zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994b).

In het kader van dit onderzoek is in november 1991 - januari 1992 een enquête-onderzoek uitgevoerd onder 125 podotherapeuten werkzaam in Nederland (zowel leden van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten als niet-leden afkomstig uit het bestand van de Inspectie van de gezondheidszorg; netto respons was 85%). Daarnaast

heeft van januari 1992 tot maart 1993 een registratie-onderzoek plaatsgevonden. De gegevens van 897 patiënten werden door 36 podotherapeuten geregistreerd. Daar waar andere bronnen zijn gebruikt wordt dit expliciet vermeld.

11.3.1 Volume van zorg

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de podotherapeutische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

11.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met de podotherapeut

Informatie over het totale aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van podotherapeutische zorg is niet beschikbaar.

Omvang van behandeling

Uit het registratie-onderzoek komt naar voren dat patiënten de podotherapeut gemiddeld twee keer bezoeken. De periode tussen de eerste en de laatste zitting is gemiddeld 14 weken.

11.3.3 Verwijzing

Podotherapeutische zorg is alleen toegankelijk, indien men hiervoor door een arts schriftelijk verwezen wordt. Het enquête-onderzoek geeft informatie over de verwijzing van patiënten voor podotherapie. Naar schatting wordt 59% van alle patiënten verwezen door de huisarts en 10% door de specialist. De overige patiënten komen in eerste instantie zonder verwijzing; 14% wordt doorgestuurd door een aanmelder en 20% komt op eigen initiatief¹.

Verwijzers

Aan de podotherapeuten is gevraagd welke verwijzers het afgelopen half jaar patiënten hadden verwezen voor podotherapie. In tabel 11.4 staan de tien meest genoemde verwijzers vermeld.

Vrijwel alle podotherapeuten noemen de huisarts als verwijzer. Ruim 70% van de podotherapeuten krijgt eveneens patiënten verwezen door een orthopeed. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de podotherapeuten te maken met de schoolarts, reumatoloog of internist als verwijzer.

¹ Het totaal percentage is groter dan 100%, omdat het steeds gaat om het gemiddelde percentage dat door de podotherapeuten werd opgegeven.

Tabel 11.4.: De tien meest genoemde verwijzers; het percentage podotherapeuten dat deze verwijzers noemt (N=125)

| Verwijzer | Percentage |
|------------------|------------|
| Huisarts | 99 |
| Orthopeed | 71 |
| Schoolarts | 53 |
| Reumatoloog | 50 |
| Internist | 49 |
| Dermatoloog | 43 |
| Sportarts | 34 |
| Revalidatie-arts | 23 |
| Kinderarts | 18 |
| Neuroloog | 14 |

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

Aanmelders

Zoals eerder beschreven sturen ook niet-geneeskundigen patiënten door voor podotherapie. In tabel 11.5 staan de aanmelders die door de meeste podotherapeuten worden genoemd. Met name fysiotherapeuten en pedicures spelen een rol als aanmelder. Oefentherapeuten (Mensendieck of niet gespecificeerd) worden eveneens vaak als aanmelders genoemd.

Tabel 11.5.: De vijf meest genoemde aanmelders; het percentage podotherapeuten dat deze aanmelders noemt (N=125)

| Verwijzer | Percentage |
|------------------------------------|------------|
| Fysiotherapeut | 84 |
| Pedicure | 62 |
| Oefentherapeut-Mensendieck | 26 |
| Medewerker schoenenwinkel | 26 |
| Oefentherapeut niet gespecificeerd | 16 |

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

11.3.4 Kenmerken van patiënten

Het registratie-onderzoek heeft informatie opgeleverd over de kenmerken van podotherapie-patiënten. Deze kenmerken staan in tabel 11.6 beschreven.

Uit de tabel blijkt dat de meeste podotherapie-patiënten vrouwen zijn. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 46,2 jaar (standaarddeviatie 20,7). De mannelijke patiënten zijn gemiddeld jonger (40,2 jaar) dan de vrouwelijke patiënten (48,9 jaar). Ruim de helft van de podotherapie-patiënten is ziekenfondsverzekerd. Dit percentage is lager dan het percentage ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse bevolking (62%). Vrijwel alle patiënten wonen gewoon thuis (zelfstandig). Wat het opleidingsniveau betreft kan worden vastgesteld dat 22% van de patiënten geen of alleen lager onderwijs heeft genoten. Bijna 60% van de patiënten heeft lager beroepsonderwijs of middelbaar onderwijs gevolgd. Vijftien procent is hoog opgeleid (hoger beroepsonderwijs of universitair onderwijs).

Tabel 11.6.: Kenmerken van patiënten onder podotherapeutische behandeling (N=897)

| | Patiënten |
|---|-----------|
| Geslacht (%) | |
| man | 30,6 |
| vrouw | 69,4 |
| Leeftijd (%) | |
| 0 - 14 | 9,1 |
| 15 - 24 | 7,8 |
| 25 - 34 | 12,5 |
| 35 - 44 | 16,7 |
| 45 - 54 | 15,9 |
| 55 - 64 | 15,7 |
| 65 - 74 | 14,9 |
| ≥ 75 | 7,3 |
| Verzekeringsvorm | |
| ziekenfonds | 56,5 |
| particulier | 43,1 |
| niet verzekerd | 0,5 |
| Woonvorm¹ (%) | |
| thuis | 95,9 |
| thuis, met speciale voorzieningen | 1,1 |
| verzorgingstehuis/bejaardenhuis | 2,0 |
| verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg | 0,1 |
| beschermde woonvorm | 0,9 |
| Opleiding (%) | |
| geen | 2,8 |
| speciaal onderwijs | 0,2 |
| lager onderwijs | 20,0 |
| lager beroepsonderwijs | 18,1 |
| MAVO | 6,3 |
| middelbaar beroepsonderwijs | 20,3 |
| HAVO/MULO/MMS | 13,4 |
| VWO/Gymnasium/HBS | 4,0 |
| hogere beroepsonderwijs | 11,4 |
| universiteit | 3,5 |

¹ Woonvorm ten tijde van de behandeling.
Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

11.3.5 Diagnose

Verwijsindicatie

In tabel 11.7 staan de medische diagnoses/verwijsindicaties van podotherapie-patiënten vermeld. Deze zijn gecodeerd volgens de International Classification of Diseases (ICD-10; WHO, 1990). Overigens ontbrak in bijna de helft van de gevallen de verwijsindicatie.

De meest voorkomende verwijsindicaties betreffen verworven afwijkingen van de enkel of voet; dit wordt bij 13% van de patiënten geregistreerd. Ruim 9% van de patiënten wordt verwezen vanwege pijn aan de voet. Eelt en likdoorns zijn bij 6% van de patiënten de reden voor verwijzing naar de podotherapeut. De overige verwijsindicaties zijn bij minder dan 5% van de patiënten geregistreerd.

Tabel 11.7.: Medische diagnose/verwijsindicatie van patiënten onder podotherapeutische behandeling

| Verwijsindicatie | Percentage patiënten ¹ |
|--|-----------------------------------|
| Verworven misvormingen van enkel en voet | 13,4 |
| Pijn in voet | 9,4 |
| Eelt en likdoorns | 5,6 |
| Verworven misvormingen van tenen | 3,8 |
| Ingroeïende nagel | 1,9 |
| Gang- en mobiliteitsafwijkingen | 1,8 |
| Weefselstoornissen samenhangend met gebruik/druk | 1,8 |
| Gewrichtsstoornis, niet nader gespecificeerd | 1,6 |
| Verworven hamertenen | 1,4 |
| Hielspoor | 1,4 |

¹ Bij 46,2% van de patiënten werd geen verwijsindicatie geregistreerd.
Bron: Zijlenderduin & Dekker, 1994b.

Diagnostische bevindingen van de podotherapeut

Podotherapeuten verrichten zelf aanvullend diagnostisch onderzoek. De bevindingen worden weergegeven in termen van stoornissen en beperkingen. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de podotherapeut, de geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies zijn in figuur 11.5 weergegeven.

Figuur 11.5.: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, behandeldoelen en interventies van de podotherapeut

| Diagnostische bevindingen podotherapeut | Behandeldoelen | Interventies/behandelvormen |
|--|--|--|
| Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen en beperkingen | Selectie van stoornissen en beperkingen waarop de behandeling zich primair richt | Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen en beperkingen |

Bron: Dekker, 1996.

Tabel 11.8 geeft een overzicht van de diagnostische bevindingen van de podotherapeut. Gemiddeld worden bij patiënten 4,6 stoornissen (spreiding 0 - 16) vastgesteld door de podotherapeut. Meer dan 70% van de patiënten ervaart pijn. Bij meer dan de helft van de patiënten worden bovendien standsafwijkingen van de voet en stoornissen in de motoriek gediagnostiseerd. Bij stoornissen in de motoriek gaat het vooral om gangstoornissen. Bij bijna de helft van de patiënten komen ook huidstoornissen voor; meestal betreft het eeltvorming.

Beperkingen worden minder vaak vastgesteld dan stoornissen. Ruim een kwart van de patiënten heeft een beperking in sociale activiteiten, met name sportbeoefening. Daarnaast heeft ongeveer een kwart van de patiënten een beperking in sensomotorische basisvaardigheden; dit betreft vooral het staan gedurende een langere tijd.

Tabel 11.8.: Stoornissen en beperkingen bij podotherapie-patiënten (N=897)

| | Percentage patiënten ¹ |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| STOORNISSEN | |
| Standsafwijking voet | 58,3 |
| Standsafwijking teen | 38,2 |
| Huidstoornissen | 46,7 |
| eelt | 26,6 |
| wrat | 3,5 |
| likdoorn | 13,5 |
| littekenweefsel | 3,6 |
| ulcus, decubitus | 3,6 |
| zwellling | 12,7 |
| atrofie van de voetzool | 7,1 |
| Nagelstoornissen | 9,3 |
| Stoornissen van het botweefsel | 13,4 |
| hielspoor | 3,0 |
| exostose | 9,9 |
| (teen-)amputatie | 0,7 |
| Stoornissen lichaamshouding | 25,8 |
| kyfose | 1,8 |
| lordose | 5,2 |
| scoliose | 7,9 |
| andere houdingsstoornis | 7,4 |
| bekkenscheefstand/-torsie | 11,1 |
| beenlengteverschil | 13,3 |
| Stoornissen motoriek | 54,7 |
| verminderde bewegingsuitslag | 16,5 |
| hypermobiliteit | 15,2 |
| stoornis in spierkracht | 6,5 |
| afwijkende spierlengte | 4,1 |
| afwijkende rusttonus musculatuur | 4,0 |
| contractuur | 3,7 |
| gangstoornis | 37,2 |
| stoornis in de coördinatie | 2,3 |
| Pijn | 70,8 |
| Algemene stoornissen | 32,1 |
| vermoeidheid | 21,2 |
| doof gevoel incl. pareesthesieën | 10,5 |
| bloedcirculatiestoornis | 7,0 |
| Overige stoornissen | 7,1 |

- vervolg tabel 11.8 -

Vervolg tabel 11.8

| | Percentage patiënten ¹ |
|---|-----------------------------------|
| BEPERKINGEN | |
| Beperkingen in het voortbewegen | 15,3 |
| lopen | 11,8 |
| traplopen | 13,9 |
| Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden | 24,6 |
| verandering van de lichaamshouding | 8,4 |
| lange tijd staan | 22,5 |
| evenwicht bewaren | 12,8 |
| Situationele beperkingen | 17,8 |
| uithoudingsvermogen/conditie | 17,8 |
| Beperkingen in andere (sociale) activiteiten | 28,0 |
| huishoudelijke bezigheden | 11,0 |
| beroepsuitoefening | 13,3 |
| sportbeoefening | 23,9 |
| hobby's | 9,2 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt meerdere stoornissen en beperkingen konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

11.3.6 Behandeling

Behandeldoelen

De door de podotherapeut geselecteerde behandeldoelen konden eveneens in termen van stoornissen en beperkingen worden geregistreerd. Tabel 11.9 geeft een overzicht van de geselecteerde behandeldoelen.

Podotherapeuten richten hun behandeling het meest frequent op het doen afnemen van pijnklachten; eerder kwam naar voren dat pijn ook de meest voorkomende stoornis bij patiënten is. Bij bijna de helft van de patiënten wordt de behandeling gericht op het corrigeren van de stand van de voet. De overige behandeldoelen worden veel minder vaak geselecteerd. Bij ongeveer 18% is het doen afnemen van vermoeidheidsklachten of het corrigeren van standsafwijkingen van de tenen een behandeldoel voor de podotherapeut.

Tabel 11.9.: Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen en beperkingen, in de podotherapeutische behandeling (N=897)

| Behandeldoel | Percentage patiënten ¹ |
|--|-----------------------------------|
| Correctie van standsafwijking voet | 46,4 |
| Correctie van standsafwijking tenen | 17,8 |
| Doen afnemen van nagelaandoeningen | 6,0 |
| Doen afnemen van huidaandoeningen | 12,8 |
| Correctie van houdingsafwijking | 15,1 |
| Doen afnemen van pijnklachten | 83,1 |
| Doen afnemen van vermoeidheidsklachten | 18,5 |
| Informeren/voorlichten van patiënt | 13,4 |
| Overige behandeldoelen | 5,2 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal vijf behandeldoelen konden worden geselecteerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

Interventies

De podotherapeut heeft verschillende interventiemogelijkheden om de patiënt te behandelen. In tabel 11.10 staat vermeld bij welk percentage patiënten een bepaalde behandelvorm wordt toegepast.

Uit de tabel komt naar voren dat bij tweederde van de patiënten podotherapeutische zolen worden vervaardigd. Bij ruim een derde van de patiënten worden adviezen gegeven en oefeningen voorgeschreven; meestal gaat het hier om advies over (aanpassingen aan) schoeisel. Bij een kwart van de patiënten vindt algemene voetverzorging plaats. Daarbij gaat het voornamelijk om instrumentele behandeling, dat wil zeggen het knippen of frezen van nagels of eelt. Tenslotte worden bij ruim 20% van de patiënten silicone hulpmiddelen, vooral protectieve orthesen, vervaardigd.

Tabel 11.10.: Podotherapeutische interventies, het percentage patiënten bij wie de interventie is toegepast (N=897)

| Interventie | Percentage patiënten ¹ |
|--|-----------------------------------|
| Vervaardigen van podotherapeutische zolen | 67,1 |
| Vervaardigen van orthesen/prothesen | 22,4 |
| vervaardigen van een protectieve orthese | 8,5 |
| vervaardigen van een correctieve orthese | 15,8 |
| vervaardigen van een prothese | 0,1 |
| Nagelbehandeling | 3,9 |
| orthonyxie | 2,9 |
| onychoplastie | 1,8 |
| Voetverzorging | 25,8 |
| instrumentele behandeling | 16,2 |
| voorlopige therapie (bandageren, taping) | 9,8 |
| wondbehandeling | 2,7 |
| caustische behandeling | 2,2 |
| Advies/instructie/oefening | 36,8 |
| oefeningen gericht op spierverssterking | 27,2 |
| advies schoenen/schoenaanpassingen | 36,8 |
| preventieve adviezen | 21,6 |
| Overige interventies | 0,7 |

¹ Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat meerdere interventies per patiënt en per gekozen behandel­doel konden worden geregistreerd.

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

De toegepaste interventies blijken verband te houden met de door de podotherapeut geselecteerde behandel­doelen. Podotherapeutische zolen worden met name toegepast bij het doen afnemen van pijnklachten, correctie van standsafwijkingen van de voet, correctie van houdingsafwijkingen en het doen afnemen van vermoeidheidsklachten. Orthesen worden toegepast bij de correctie van standsafwijkingen van tenen en bij het doen afnemen van pijnklachten. Nagelbehandeling wordt zoals verwacht toegepast bij het doen afnemen van nagelaandoeningen en algemene voetverzorging bij het doen afnemen van huidaandoeningen.

11.4 Kwaliteit en doelmatigheid van podotherapeutische zorg

11.4.1 Kwaliteitsbeleid bij podotherapeutische zorg

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

De Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) heeft in 1994 een commissie Kwaliteit ingesteld. Ten aanzien van het kwaliteitsbeleid is met behulp van het bovengenoemde referentiekader geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten in de podotherapie reeds beschikbaar zijn en welke nog ontwikkeld moeten worden. Het bestuur van de NVvP heeft de volgende prioriteiten gesteld: a. een goede beeldvorming van het kwaliteitsniveau van podotherapeuten, b. realiseren van een goed vestigings- en spreidingsbeleid, en c. een goed public relations-beleid om de bekendheid van het beroep onder verwijzers te vergroten. De leden van de vereniging moeten zich uitspreken over deze prioriteiten en zij bepalen welke projecten verder zullen worden uitgewerkt.

Uniforme classificatiesystemen met betrekking tot aandoeningen en therapeutische verrichtingen zijn in ontwikkeling.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

Ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** beschikken de podotherapeuten over een beroeps-/ethische code. Op het gebied van het **methodisch/technisch handelen** heeft de NVvP een beroepsprofiel en een deskundighedsomschrijving ontwikkeld. De podotherapeutische behandeling is niet in richtlijnen of protocollen vastgelegd. Hiermee wil de vereniging wel in 1996 een begin maken. Wat de **organisatie van de beroepsuitoefening** betreft, heeft men minimumeisen voor de praktijkinrichting opgesteld. Tevens wordt gewerkt aan het instellen van een spreidingsreglement teneinde de vestiging en spreiding van podotherapeuten beter te reguleren.

Verbetermethodes/-acties

De NVvP is via overleg betrokken bij de kwaliteit van de opleiding. In samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut is het aanbod aan bij- en nascholing geïnventariseerd. Men houdt zich bovendien bezig met het ontwikkelen van een cursusaanbod voor herintreders.

Een systeem van intercollegiale toetsing is nog niet gangbaar onder podotherapeuten; er zijn wel vergevorderde plannen voor de ontwikkeling van een dergelijk systeem.

Behoud en borging

De NVvP beraadt zich evenals de andere "artikel 34"-paramedische beroepsgroepen op het aanleggen van een beroepsregister. Plannen voor periodieke herregistratie zijn hieraan gekoppeld.

De NVvP heeft een klachtenreglement ontwikkeld, zodat de registratie van klachten op gestandaardiseerde wijze kan plaatsvinden.

11.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van podotherapeutische zorg

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de podotherapie zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van podotherapeutische zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

In tabel 11.11 staan de in Nederland verrichte en lopende onderzoeken op het gebied van de podotherapie vermeld. In totaal zijn 14 onderzoeksprojecten verricht.

Op het gebied van taken en functies is een beroepsprofiel ontwikkeld en een plaats en functie-onderzoek uitgevoerd. Daarnaast is een branche-onderzoek voetverzorging uitgevoerd en is literatuuronderzoek verricht naar de veiligheid en gezondheid van de podotherapeut tijdens het werk. Tenslotte is nagegaan op welke wijze advies over adequaat schoeisel aan de patiënt tot stand komt.

Eveneens vijf onderzoeken zijn op het gebied van interventies uitgevoerd. Een drietal studies heeft betrekking op de behandeling van diabetes patiënten. Daarnaast is een literatuurstudie verricht waarin de effectiviteit van orthonyxie is vergeleken met de effectiviteit van chirurgische ingrepen bij ingroeiende teennagels. Ook is een gerandomiseerd klinisch onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de sub-diafasaire orthese bij mortonse neuralgie.

De drie studies op het gebied van kwaliteit hebben de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid tot onderwerp.

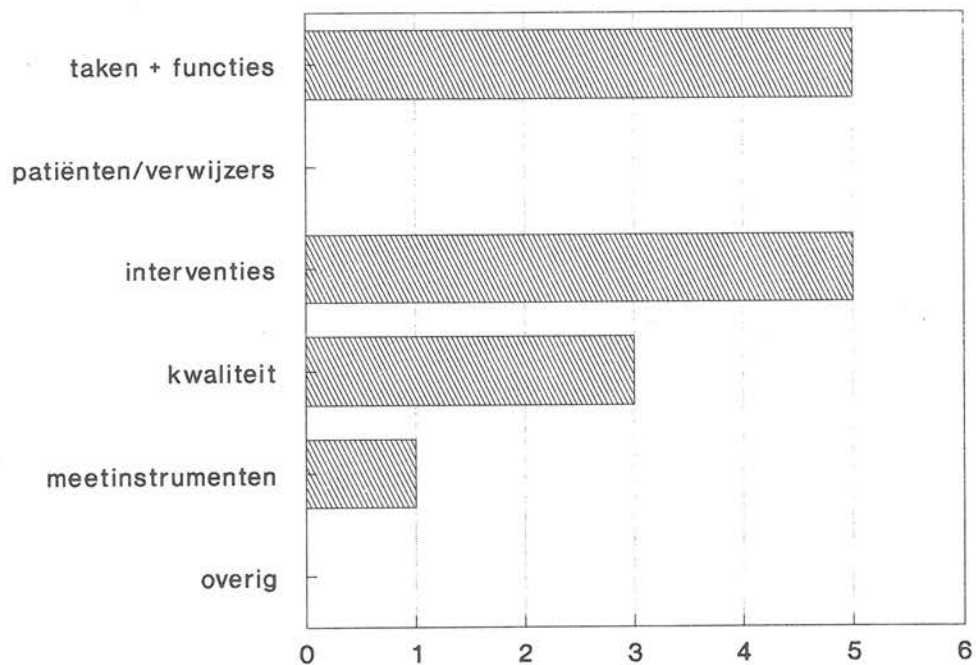
Tabel 11.11.: Aantal onderzoeken in de podotherapie per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 5 |
| Patiënten en verwijzers | - |
| Interventies | 5 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | - |
| diagnostiek | - |
| screening | - |
| behandelmethoden | 4 |
| effectiviteit | 1 |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 3 |
| Meetinstrumenten | 1 |
| Overig | - |
| Totaal | 14 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 11.6 is gebaseerd op tabel 11.11 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 11.6.: Aantal onderzoeken in de podotherapie per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

11.5 Ontwikkelingen en knelpunten in de podotherapie

Regulering en financiering

De NVvP besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

Aanbod van podotherapeutische zorg

Met betrekking tot de paramedische beroepsgroepen blijkt de podotherapie jaarlijks de snelst groeiende beroepsgroep zijn. Het aantal podotherapeuten is in de periode 1990-1994 met 72% toegenomen. Een toekomstig streven van de NVvP is het doen uitvoeren van een beroepskrachtenplanning.

Vraag naar podotherapeutische zorg

Vooralsnog zijn er geen ontwikkelingen en knelpunten te vermelden met betrekking tot het gebruik van podotherapeutische zorg.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

12 RADIOLOGISCH LABORANTEN

12.1 Inleiding

12.1.1 Korte omschrijving van het beroep

De radiologisch laborant verricht werkzaamheden die voortvloeien uit het toepassen van ioniserende stralen in de geneeskunde. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in de diagnostische toepassing van ioniserende stralen (voornamelijk op de röntgenafdeling); dit is het werkterrein van de radiodiagnostisch laborant, en de therapeutische toepassing (voornamelijk in de oncologie) en dit is het werkterrein van de radiotherapeutisch laborant. Beide beroepen zijn geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen. Het beroep wordt uitgeoefend met een geneeskundig doel en op aanwijzing en onder controle van een de praktijkuitoefenend arts. Bij de radiodiagnostisch laboranten kan dit ook een tandarts zijn (Besluit radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten, 1994). In de beroepsprofielen worden de beroepen van radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant als volgt omschreven.

Radiodiagnostisch laborant

De uitoefening van het beroep radiodiagnostisch laborant houdt volgens het beroepsprofiel het volgende in:

- a) functioneel zelfstandig en methodisch uitvoeren van verrichtingen op het gebied van de beeldvormende technieken, waarbij de relatie moet worden gelegd tussen de patiënt, de gegevens op de onderzoeksaanvraag en de wijze waarop het onderzoek moet worden uitgevoerd, opdat ten behoeve van de diagnosestelling optimale informatie wordt verkregen bij minimale belasting van de patiënt.
- b) verstrekken van informatie aan de patiënt omtrent de toe te passen medisch beeldvormende techniek en omtrent het hanteren van de eventuele gevolgen van die toepassing voor hem (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992a).

Radiotherapeutisch laborant

Onder het beroep van radiotherapeutisch laborant wordt volgens het beroepsprofiel verstaan:

- a) met behulp van beeldvormende technieken bepalen en vastleggen van het te bestralen deel van het lichaam van een patiënt
- b) bepalen van de bestralingstechniek en de daarbij behorende dosisverdeling in die patiënt
- c) blootstellen aan ioniserende stralen van een bepaald deel van het lichaam van de patiënt met een therapeutisch doel
- d) geven van informatie en verstrekken van adviezen met betrekking tot de invloeden die de behandeling met ioniserende stralen met zich mee kan brengen (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992b).

Taken van de radiodiagnostisch laborant

De radiodiagnostisch laborant is werkzaam op de afdeling radiodiagnostiek (röntgenafdeling) van een ziekenhuis, doorgaans onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (radiodiagnost).

De taken van de radiodiagnostisch laborant omvatten het afbeelden van lichaamsdelen en/of organen met behulp van straling, ultrageluid (echografie) of magnetische velden (MRI). Het werk van de radiodiagnostisch laborant bestaat uit het positioneren van de patiënt, het deskundig hanteren van de voor het onderzoek benodigde apparatuur, het maken en afwerken van de röntgenfoto's en de daarbij behorende administratie. Ongeveer 80% van het totale aantal (radio-)diagnostische onderzoeken wordt door de radiodiagnostisch laborant zelfstandig verricht en kwalitatief beoordeeld. De radiodiagnostisch laborant is ook verantwoordelijk voor informatie en voorlichting aan de patiënt tijdens en na het onderzoek (Beroepenboek in en om de gezondheidszorg, 1993).

Taken van de radiotherapeutisch laborant

De radiotherapeutisch laborant is werkzaam op de afdeling radiotherapie van een ziekenhuis of in een radiotherapeutisch instituut, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, de radiotherapeut of oncoloog. Door de radiotherapeut worden voornamelijk oncologie patiënten behandeld door middel van bestraling. De radiotherapeutisch laborant bereidt de behandelingsplannen samen met de radiotherapeut voor en voert de bestralingen zelfstandig of in teamverband uit.

Ook verstrekt de radiotherapeutisch laborant informatie en voorlichting aan de patiënt (Beroepenboek in en om de gezondheidszorg, 1993).

12.1.2 Regulering en financiering

Wettelijk kader

Het beroep radiodiagnostisch laborant is binnen de Wet op de Paramedische Beroepen geregeld in het Besluit radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten van 2 juli 1976 (Stb. 400) en laatstelijk aangepast in 1994 (Stb. 362). De radiodiagnostisch laborant verricht onderzoek met behulp van röntgenstralen en is daarmee verantwoordelijk voor de dosis ioniserende straling die aan de patiënten wordt toegediend. Het beleid van de overheid met betrekking tot ioniserende stralen vindt zijn wettelijke grondslag in de Kernenergiewet. Deze wet bevat het voor de radiodiagnostisch laborant relevante Besluit Stralenbescherming, waarin onder andere het rechtvaardigheidsprincipe, het optimaliseringsprincipe en de dosis limieten zijn opgenomen.

Het beroep radiotherapeutisch laborant is eveneens geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen binnen hetzelfde besluit (Stb. 400), laatstelijk gewijzigd in 1994. Ook de radiotherapeutisch laborant werkt onder het Besluit Stralenbescherming (onderdeel van de Kernenergiewet). Het is van groot belang dat de radiotherapeutisch laborant de risico's kent van de toepassing van ioniserende straling. De laborant neemt tijdens de behandeling steeds de nodige maatregelen zodat de gezonde organen en weefsels van de patiënt bespaard worden.

Met het van kracht worden van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen worden vervangen door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe regeling zal het beroep van radiologisch laborant worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Voor het beroep van radiologisch laborant bestaan in-service en hbo-opleidingen. Voor de in-service opleidingen is in de concept-amvb de huidige regeling grotendeels gehandhaafd. Aan de hbo-opleiding Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken kent de minister van VWS nu voor het eerst inhoudelijke opleidingseisen toe. De hbo-opleiding leidt tevens op tot de beroepen van echografist en medisch nucleair werker. De in de amvb genoemde opleidingseisen hebben voor beide radiologische beroepen uitsluitend betrekking op de differentiaties. Aangezien de deskundheidsgebieden van beide beroepen louter voorbehouden handelingen bevatten, werken

deze beroepsbeoefenaren uitsluitend in opdracht van respectievelijk een arts of tandarts (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG kan worden verwezen naar hoofdstuk 2.

Financiering

De radiodiagnostisch laborant heeft een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis of instituut waar hij/zij werkzaam is. Binnen de gezondheidszorg zijn radiodiagnostisch laboranten in twee hoofdgroepen te verdelen. De laborant kan als medewerker van een ziekenhuis of instelling werkzaam zijn en daarmee onder de CAO-ziekenhuiswezen vallen. Ten tweede kan de laborant werkzaam zijn als ambtenaar in academische ziekenhuizen of gemeenteziekenhuizen en daarom vallen onder respectievelijk de CAO voor academische ziekenhuizen en het RRAZ (Rechtspositie Reglement Academische Ziekenhuizen) of het gemeentereglement. Het salaris wordt bepaald door inschaling via het functiewaarderingssysteem van de CAO-ziekenhuiswezen of van het betreffende gemeentereglement of de amvb van het Bezoldigingsbesluit Rijksambtenaren.

De tarieven voor de radiodiagnostische onderzoeken worden voor zowel het honorarium van de medisch specialist (radiodiagnost), als voor de onkostenvergoeding voor het ziekenhuis of instelling gereguleerd door de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Het vaststellen van de tarieven, zowel voor ziekenfonds als particulier verzekerden, geschiedt via de COTG (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992a).

De radiotherapeutisch laborant heeft een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis of instituut waar hij/zij werkzaam is. Binnen de gezondheidszorg zijn er in dit kader twee hoofdgroepen te onderscheiden. Evenals de radiodiagnostisch laborant, werkt ook de radiotherapeutisch laborant als ambtenaar of als werknemer van het ziekenhuis. De tarieven voor de radiotherapeutische behandelingen worden op dezelfde wijze geregeld als voor de radiodiagnostische onderzoeken, namelijk via de COTG (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992b).

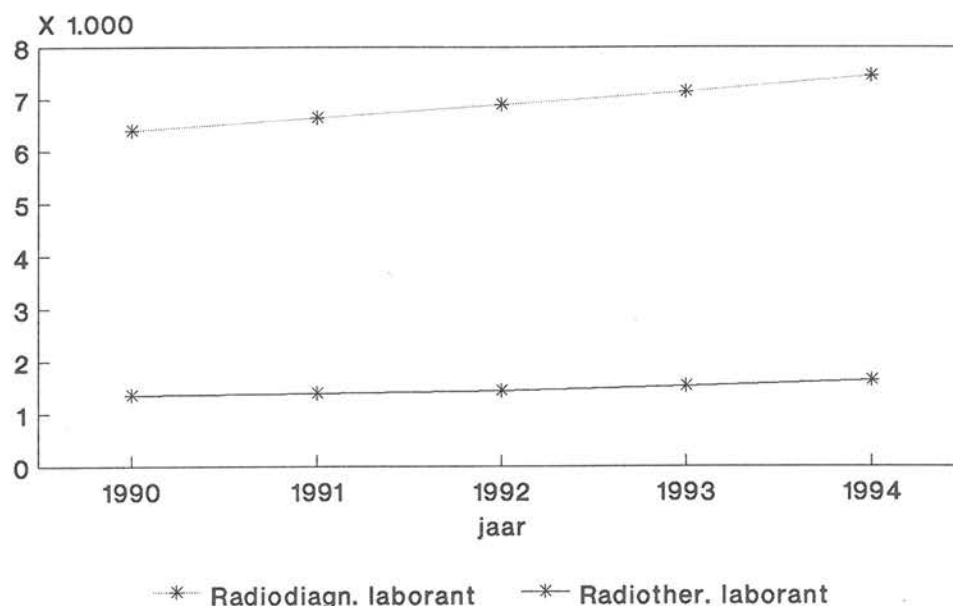
12.2 Aanbod van radiologisch laboranten

12.2.1 Omvang van de beroepsgroep

Aantal radiologisch laboranten

Het totale aantal bevoegde radiologisch laboranten geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 9.072 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Hiervan zijn er 7.445 radiodiagnostisch laborant en 1.628 radiotherapeutisch laborant. In figuur 12.1 is de ontwikkeling van het aantal gekwalificeerde radiologisch laboranten vanaf 1990 weergegeven.

Figuur 12.1.: Aantal gekwalificeerde radiologisch laboranten* (1990 - 1994)



* Dit betreft radiologisch laboranten die zijn geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Werkveld

De radiodiagnostisch laborant is werkzaam op de afdeling radiodiagnostiek (röntgenafdeling) van een ziekenhuis.

De radiotherapeutisch laborant is werkzaam op de afdeling radiotherapie van een ziekenhuis of in een radiotherapeutisch instituut.

Exacte gegevens over de werkvelden zijn niet bekend.

12.2.2 Kenmerken van de beroepsgroep

Geslacht

De beroepsgroep radiologisch laboranten bestaat vooral uit vrouwen. Van het totale aantal radiodiagnostisch laboranten is 19% van het mannelijk geslacht. Van het totale aantal radiotherapeutisch laboranten is 23% man.

Leeftijd

In 1989 was 42% van de radiologisch laboranten jonger dan 30 jaar en slechts 8% 45 jaar of ouder (Van der Windt & Van den Heuij, 1993). De gemiddelde leeftijd was 31,7 jaar. Het betreft dus een relatief jonge beroepsgroep.

Uren per week naar werkveld

Bijna 43% van de radiologisch laboranten werkt in deeltijd. Met name vrouwen ouder dan 30 jaar werken in deeltijd (70%). Mannelijke radiologisch laboranten werken nauwelijks in deeltijd (Van der Windt & Van den Heuij, 1993).

12.2.3 Spreiding van de beroepsbeoefenaren

De spreiding van beroepsbeoefenaren is niet in kaart gebracht.

12.3 Vraag naar zorg verleend door radiologisch laboranten

Met betrekking tot het gebruik van zorg (12.3.2), verwijzing (12.3.3), kenmerken van patiënten (12.3.4), diagnose (12.3.5) en behandeling (12.3.6) is geen representatief onderzoek uitgevoerd onder radiologisch laboranten en patiënten. De informatie in deze paragrafen is afkomstig uit het Beroepsprofiel laborant medisch beeldvormende technieken (1992) en het Beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant (1992). Daar waar andere bronnen zijn gebruikt is dit expliciet vermeld.

12.3.1 Volume van zorg

Een indicatie voor het volume van de zorg van **radiodiagnostisch laboranten** vormt het aantal verrichte röntgenonderzoeken (exclusief CT en MRI) op de afdelingen radio-diagnostiek in de Nederlandse ziekenhuizen. Ongeveer 80% van het totale aantal (radio-)diagnostische onderzoeken wordt door de radiodiagnostisch laborant zelfstandig verricht en kwalitatief beoordeeld (Beroepsprofiel laborant medisch beeldvormende technieken, 1992).

In 1993 zijn in de **algemene ziekenhuizen** 132,14 röntgenonderzoeken per 100 opnamen en 285,09 röntgenonderzoeken per 1000 polikliniekbezoeken verricht. Bij het laatste getal gaat het niet alleen om röntgenonderzoek voor het eigen ziekenhuis, maar ook om onderzoek in opdracht van een huisarts of anderen (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische ziekenhuizen** zijn 199,44 röntgenonderzoeken per 100 opnamen uitgevoerd. Per 1000 polikliniekbezoeken gaat het om 235,94 röntgenonderzoeken. Deze worden voornamelijk voor het eigen ziekenhuis uitgevoerd, hoewel ook in de academische ziekenhuizen soms röntgenonderzoek plaatsvindt voor huisartsen en anderen (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

Het volume van de zorg van **radiotherapeutisch laboranten** kan worden afgeleid uit het aantal zittingen orthovolt- en megavolt-therapie op de afdelingen radiotherapie in de Nederlandse ziekenhuizen. In 1993 bedroeg het aantal klinische zittingen orthovolt-therapie per 100 opnamen in de **algemene ziekenhuizen** 0,02 en het aantal klinische zittingen megavolt-therapie 0,28 per 100 opnamen. Het aantal poliklinische zittingen orthovolt-therapie bedroeg 0,15 per 1000 polikliniekbezoeken en het aantal poliklinische zittingen megavolt-therapie 4,50 per 1000 polikliniekbezoeken (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische ziekenhuizen** vonden in 1993 0,05 klinische zittingen orthovolt-therapie en 4,78 klinische zittingen megavolt-therapie per 100 opnamen plaats. Het aantal poliklinische zittingen orthovolt- en megavolt-therapie bedroeg respectievelijk 0,64 en 52,88 per 1000 polikliniekbezoeken (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

12.3.2 Gebruik van zorg

Personen uit de bevolking met contact met radiologisch laborant

Het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat per jaar voor (radio-) diagnostiek of radiotherapie met een radiologisch laborant contact heeft is onbekend.

Omvang van behandeling

Bij (radio-)diagnostiek gaat het normaliter om één zitting per opdracht. Bij radiotherapie is de situatie geheel anders. Een bestralingsserie bestaat gemiddeld uit 18 zittingen (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hoewel de patiënt in eerste instantie verwezen

wordt naar de radiotherapeut, vinden de meeste zittingen plaats met de radiotherapeutisch laborant.

12.3.3 Verwijzing

De radiodiagnostisch laborant handelt op aanwijzing en onder controle van een praktijkuitoefenend arts. Dit betekent dat de radiodiagnostisch laborant niet te maken heeft met officiële verwijzers. Naast opdrachten van de radiodiagnostisch krijgt de radiodiagnostisch laborant (in)direct opdrachten van andere in het ziekenhuis werkzame specialisten en extramuraal werkzame artsen, zoals huisartsen en verzekeringsartsen.

Ook de radiotherapeutisch laborant handelt op aanwijzing en onder controle van een arts. De bestraling van patiënten door de radiotherapeutisch laborant wordt uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met een praktijk uitoefenend radiotherapeut.

12.3.4 Kenmerken van patiënten

Een radiodiagnostisch laborant heeft contact met een grote verscheidenheid aan patiënten. De radiotherapeutisch laborant heeft daarentegen vrijwel uitsluitend te maken met kankerpatiënten.

12.3.5 Diagnose

De radiodiagnostisch laborant past medisch beeldvormende technieken toe, voornamelijk ten behoeve van de diagnosestelling door de arts. Er is dus meestal geen sprake van een reeds gestelde medische diagnose.

Bij patiënten die radiotherapeutisch behandeld worden is dit vaak wel het geval. In vrijwel alle gevallen betreft de medische diagnose een kwaadaardige aandoening.

12.3.6 Behandeling

Radiodiagnostisch laboranten hebben voornamelijk een diagnostische taak; behandel-doelen en therapeutische interventies zijn dan ook niet relevant. Wel kunnen de werkzaamheden van de radiodiagnostisch laborant worden beschreven.

De radiodiagnostisch laborant is belast met het voorbereiden, positioneren en voorlichten van de patiënt en met diverse verpleegkundige taken die hierbij aan de orde zijn. De radiodiagnostisch laborant bepaalt welke apparatuur nodig is voor het diagnostisch onderzoek en is deskundig ten aanzien van de bediening ervan. Deze apparatuur kan bestaan uit onder andere: doorlichtings- en bucky-apparatuur, mammografie-apparatuur, planigrafie-apparatuur, computer tomograaf, apparatuur voor vaatonderzoek en hartcatheterisatie, echo-apparatuur en ontwikkelmachines/daglichtunits. Naast deze apparatuur worden veel randapparatuur en hulpmiddelen gebruikt om de kwaliteit van het onderzoek te standaardiseren en te optimaliseren en ter bescherming van patiënt en laborant.

Voor de radiotherapeutisch laborant geldt dat deze wel therapeutische werkzaamheden verricht, maar dit gebeurt in opdracht van en in samenwerking met een radiotherapeut. Radiotherapeutisch laboranten selecteren dus niet zelfstandig behandel-doelen en interventies. Daarom worden ook hier alleen de werkzaamheden van de radiotherapeutisch laborant globaal beschreven.

De werkzaamheden van de radiotherapeutisch laborant zijn gerelateerd aan de zes fasen die in een behandeling worden onderscheiden, namelijk:

1. Lokalisatie. Het doelgebied van de behandeling wordt vastgelegd met behulp van beeldvormende technieken.

2. Mouldroom. In de mouldroom worden hulpmiddelen gemaakt voor fixatie van de patiënt en voor afdekking en bescherming, bijvoorbeeld maskers en afdekmaterialen.
3. Bestralingsplanning en berekening. Met behulp van een planningssysteem worden de dosisverdelingen en dosisberekeningen gemaakt en wordt het bestralingsplan vastgelegd.
4. Teletherapie. Het bestralingsplan wordt uitgevoerd met behulp van lineaire versnellers, Cobalttoestellen of orthovolttoestellen. Doorgaans wordt de behandeling uitgevoerd door een team van gemiddeld vier laboranten. De behandeling wordt gecontroleerd met behulp van controlefoto's of megavolt-afbeeldsystemen.
5. Brachytherapie. Bij brachytherapie wordt de tumor in het lichaam van de patiënt bestraald met behulp van ingekapselde bronnen. Een arts voert de behandeling uit en de radiotherapeutisch laborant assisteert hierbij.
6. Voorlichting. Voorlichting aan en begeleiding van de patiënt zijn belangrijke onderdelen van de behandeling door de radiotherapeutisch laborant.

12.4 Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door radiologisch laboranten

12.4.1 Kwaliteitsbeleid van radiologisch laboranten

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten

In 1992 is door de Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (NVRL) een werkgroep Kwaliteit ingesteld. In 1993 is een beleidsplan en een aparte notitie Kwaliteit uitgegeven. Hierin ligt de nadruk vooral op deskundigheidsbevordering en op veiligheid, hygiëne en stralenbescherming.

Met behulp van het eerder genoemde referentiekader heeft men de huidige activiteiten in kaart gebracht en is bepaald waar men over vijf jaar wil zijn. In 1993 is eveneens een enquête onder de leden van de NVRL gehouden om knelpunten en wensen te inventariseren teneinde prioriteiten te kunnen stellen in het kwaliteitsbeleid. Op basis hiervan is gekozen voor vier projecten: vermindering van het aantal foute opnamen (stralenbescherming patiënten), ontwikkeling van een kwaliteitsmodule voor de opleiding en voor nascholing, multidisciplinaire samenwerking en een patiëntenrouting-programma.

Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.

De normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in een beroepscode en gedragsregels.

Voor de normering van het **methodisch/technisch handelen** beschikt men naast de beroepsprofielen voor radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten over deskundigheidsomschrijvingen voor beide beroepen. Door radiologisch laboranten wordt vrijwel altijd gewerkt aan de hand van protocollen en richtlijnen. Deze kunnen per instelling verschillen, afhankelijk van het beleid van de afdeling radiodiagnostiek of radiotherapie.

Op het gebied van de **organisatie van de beroepsuitoefening** heeft men te maken met regels die voortvloeien uit de Kernenergiewet en de ARBO-wet. Bovendien bestaat er internationale regelgeving ten aanzien van stralenbescherming van patiënten (EG-richtlijn). In Nederland is de verantwoordelijkheid voor de stralenbescherming in een standaard geregeld. Daarnaast bestaan er in elke instelling voorschriften omtrent hygiëne en infectiepreventie, waar ook radiologisch laboranten aan gebonden zijn. In het kader van het Proefproject Accreditatie (PACE) is nu een kwaliteitsborgingsnorm voor afdelingen radiodiagnostiek ontwikkeld (Instituut voor Verouderings- en Vaatziekten Onderzoek TNO, Centrum voor Medische Technologie, 1994).

Verbetermethodes/-acties

De NVRL hecht veel waarde aan deskundigheidsbevordering. De vereniging oefent invloed uit op de opleiding en streeft naar brede internationale erkenning van de opleiding. Men heeft een module kwaliteit ontwikkeld voor de opleiding tot radiotherapeutisch laborant; een kwaliteitsmodule voor de opleiding tot radiodiagnostisch laborant is in ontwikkeling. In 1995 is een overzicht van het aanbod aan bij- en nascholingscursussen voor radiologisch laboranten verschenen. De NVRL heeft plannen voor het accrediten van bij- en nascholing als middel om het niveau van bij- en nascholing te bewaken. Verplichtstelling van nascholing wordt overwogen.

Intercollegiale toetsing is niet gangbaar onder radiologisch laboranten; het werk wordt getoetst door het hoofd van de afdeling of dienst waar men werkzaam is. Binnen het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg wordt geëxperimenteerd met andere vormen van kwaliteitstoetsing (CBO, 1996).

Behoud en borging

De NVRL heeft evenals de andere 'artikel 34' paramedische beroepsgroepen plannen gemaakt voor het instellen van een beroepsregister. Daaraan gekoppeld heeft men plannen voor periodieke herregistratie van beroepsbeoefenaars.

Het tuchtrecht is niet van toepassing op radiologisch laboranten. De eindverantwoordelijkheid berust bij de radiodiagnost of radiotherapeut. Radiologisch laboranten vallen onder de klachtregeling van de instelling waar zij werkzaam zijn.

12.4.2 Onderzoek naar doelmatigheid van de zorg verleend door radiologisch laboranten

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die met betrekking tot radiologisch laboranten zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspanningen die men levert ter verbetering van de doelmatigheid van deze zorg.

Informatie over het verrichte onderzoek is afkomstig uit een verkennende studie ten behoeve van de programmering van onderzoek naar de doelmatigheid van de paramedische zorg (Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995). Hiertoe zijn alle Nederlandse onderzoeken alsmede de internationale meta-studies die de afgelopen tien jaar zijn verricht (1985 - 1995) geïnventariseerd. Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden: 1. onderzoek naar taken en functies (welke werkzaamheden worden verricht?), 2. onderzoek naar patiënten en verwijzers (welke patiënten zijn behandeld en door wie worden zij verwezen?), 3. onderzoek op het gebied van de ontwikkeling van interventies (welke behandelingen worden toegepast en wat is het effect van deze behandelingen?), 4. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -verbetering (o.a. normering, protocollering en toetsing) en 5. onderzoek waarbij meetinstrumenten zijn ontwikkeld (meetinstrumenten voor diagnostiek, voor effectmeting en voor kwaliteitsbewaking).

In tabel 12.1 wordt per aandachtsgebied aangegeven hoeveel onderzoek met betrekking tot radiologisch laboranten is uitgevoerd. In totaal zijn 30 onderzoeksprojecten uitgevoerd. Het is duidelijk dat het meeste onderzoek betrekking heeft op kwaliteit. Naast projecten op het gebied van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, zijn relatief veel onderzoeken op het gebied van de kwaliteit van radiodiagnostiek uitgevoerd. Een aantal onderzoeken heeft betrekking op kwaliteitsborgingsprogramma's, kwaliteitsnormen, kwaliteit van apparatuur en normen voor stralenbescherming. Specifieke projecten zijn uitgevoerd naar kwaliteitscriteria voor kinderradiologie, de kwaliteit van mammografische apparatuur en het gebruik van low-absorption cassettes.

In zes projecten zijn interventies onderzocht. Een ervan betrof de patiëntenvoorlichting bij radiodiagnostiek. Verder is onderzoek uitgevoerd naar de pre-operatieve waarde van MRI en pijn bij mammografie. Daarnaast zijn twee vergelijkende onderzoeken uitgevoerd: een vergelijking tussen echografische en röntgenonderzoek-bevindingen bij heupafwijkingen en een vergelijking tussen twee methoden om de mobiliteit van het kaakgewricht vast te stellen. Tenslotte zijn in een gecontroleerd onderzoek diagnosecriteria voor Bechterew-patiënten opgesteld.

Vier projecten zijn uitgevoerd op het gebied van taken en functies; een ervan betrof de ontwikkeling van de beroepsprofielen, in de andere drie stonden de opleiding en na- en bijscholing centraal.

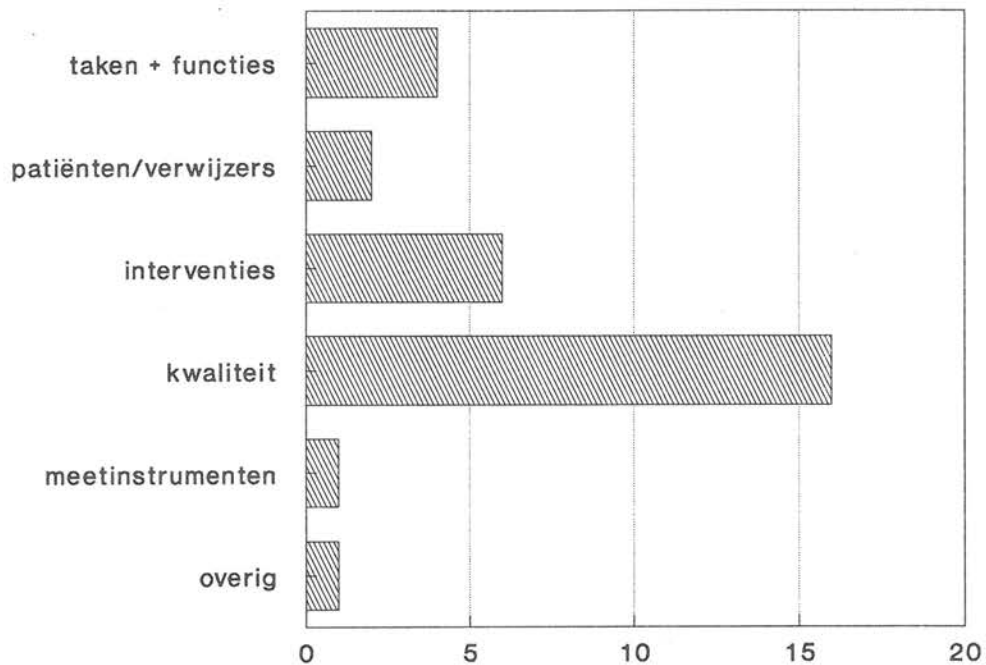
Tabel 12.1.: Aantal onderzoeken met betrekking tot radiologisch laboranten per aandachtsgebied (1985-1995)

| Aandachtsgebied | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Taken en functies | 4 |
| Patiënten en verwijzers | 2 |
| Interventies | 6 |
| algemeen | - |
| preventie, advies en voorlichting | 1 |
| diagnostiek | 5 |
| screening | - |
| behandelmethode | - |
| effectiviteit | - |
| hulpmiddelen, orthesen en prothesen | - |
| Kwaliteit | 16 |
| Meetinstrumenten | 1 |
| Overig | 1 |
| Totaal | 30 |

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Figuur 12.2 is gebaseerd op tabel 12.1 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

Figuur 12.2.: Aantal onderzoeken met betrekking tot radiologisch laboranten per aandachtsgebied



Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

12.5 Ontwikkelingen en knelpunten bij radiologisch laboranten

Regulering en financiering

De NVRL besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.

In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.

Aanbod van zorg

Het aantal vacatures radiologisch personeel per september 1992 betrof in de radio-diagnostiek 99 en in de radiotherapie 58. Recent is besloten een derde MBRT-opleiding te starten in Nederland.

Vraag naar zorg

De inhoud van de radiodiagnostische onderzoeken en radiotherapeutische behandelingen verandert regelmatig gezien de sterke technologische ontwikkelingen op dit vlak. Exacte gegevens over deze verschuivingen zijn niet bekend.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' zal laten uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

LITERATUUR

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition, revised. Washington, DC: APA.

Beroepenboek in en om de gezondheidszorg (1993). Utrecht: De Tijdstroom.

Bersee, A.P.M. & Pluimakers, (1993). *De Wet BIG, de betekenis van de nieuwe wetgeving voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Lelystad: Koninklijke Vermande.

Besluit Radiodiagnostisch en Radiotherapeutisch Laboranten, Wet op de Paramedische Beroepen, 1994.

Besluit van 21 februari 1994, houdende nieuwe regelen inzake de toekenning van de bevoegdheid tot het uitoefenen van de beroepen van mondhygiënist, oefentherapeut-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, orthopedist en podotherapeut (Stb. 188).

Bik, M. (1994). *Project 'Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie'*. Eindrapportage. Utrecht: CBO.

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (1996). *Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Werkplan fase III*. Utrecht: CBO.

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, Utrecht

Coolman, H. (1990). Tevredenheid over eerste regionale overeenkomst volgens budgetsysteem. *Fysiovisie, maart*: 16-18.

Dekker, J., Driessen, M.J., Stumpel, H. et al. (1992). Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten. *Huisarts en Wetenschap*, 35: 425-427.

Dekker, J. & Baar, M.E. van (1995). *Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)*. Eindrapport. Utrecht: NIVEL.

Dekker, J. (1996). Diagnose en behandeling in de paramedische zorg. Het gebied tussen 'cure' en 'care'. *Medisch Contact*, 51 (januari): 53-57.

Driessen, M.J. & Dekker, J. (1994). *Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening*. Utrecht: NIVEL.

Driessen, M.J., Dekker, J. & Abrahamse, H. (1994). *Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdams Kruiswerk in 1993*. Utrecht: NIVEL.

Driessen, M.J., Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport*. Utrecht: NIVEL.

Edelbroek-Van Schaik, W. & Bruijn, H. de (1990). De ontwikkeling van een algemene standaard voor dieetbehandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 45: 163-167.

Ergotherapeutenbesluit, Wet op de Paramedische Beroepen, 1981.

Evers, A. (1995a). Intercollegiale toetsing in theorie. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 7: 148-152.

Evers, A. (1995b). Intercollegiale kwaliteitstoetsing in de praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 7: 153-155.

Foets, M. & Sixma, H. (1991). *Basisrapport Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL.

- Harmsen, J., Hingstman, L. & Driessen, M.J. (1993). *Behoefteraming ergotherapeuten 1993*. Utrecht: NIVEL.
- Hartog, W.H.M. den (1993). Intercollegiale toetsing; de noodzaak tot evaluatie van het feitelijk handelen. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 103(1): 19-25.
- Heerkens, Y.F., Brandsma, J.W., Lakerveld-Heyl, K. & Mischner-Van Ravensberg, C.D. (1991). *Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICIDH*. Amersfoort: Stichting Wetenschappelijke Scholing Fysiotherapie.
- Heerkens, Y.F. (1993). Eenheid van taal als voorwaarde voor kwaliteit binnen de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 103(1): 30-36.
- Hendriks, H.J.M., Wagner, C., Dekker, J. & Brandsma, J.W. (1994). *Evaluatie van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) in de eerste lijn*. Utrecht/Amersfoort: NIVEL/SWS.
- Heugten, C.M. van, Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie*. Utrecht: NIVEL.
- Hingstman, L. & Harmsen, J. (1994). *Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994*. Utrecht: De Tjdstroom/NIVEL.
- Hollands, L. (1990). Standaarden en diëtetiek. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 45: 160-162.
- Instituut voor Verouderings- en Vaatziekten Onderzoek TNO, Centrum voor Medische Technologie (1994). *Kwaliteitsborgingsnorm afdeling Radiodiagnostiek*. TNO.
- Kerssens, J.J. & Curfs, E.C. (1993). *Extramurale fysiotherapie*. Utrecht: NIVEL.
- Knibbe, J.J., Knibbe, N.E., Elvers, J.W.H. et al. (1993). *Inventarisatie van rugscholen in Nederland*. Amersfoort: SWSF.
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (1990). *Beroepsomschrijving fysiotherapeut*. Amersfoort: Centraal Bureau Fysiotherapie.
- Lambert, J., Hollands, L. & Bergen, B. van (1991). Consensus over kwaliteitscriteria binnen de logopedie. *Logopedie en Foniatrie*, 63: 269-272.
- Lamberts, H. & Wood, M. (1987). *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Leemans, G.J.A.C. & Moltzer, G. (1994). *Ervaringen van patiënten*. Amsterdam: Stichting Opleiding Mondhygiënisten.
- Logopedistenbesluit, Wet op de Paramedische Beroepen*, 1980.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1994). *De Wet BIG. Hoofdlijnen van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995a). *Nieuwsbrief Wet BIG, december 1995*. Rijswijk: Ministerie van WVS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995b). *Financieel Overzicht Zorg 1996*. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.
- Molkenboer, C., Boomgaard, J., & Marijen, E. (1994). Ergotherapie in de thuiszorg: produktomschrijvingen. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 22 (2): 57-60.
- Mondelaers, B.J.E. (1993). Masterplan geeft richting. *Kwaliteit in Beeld*, 1: 11-12.
- Mondhygiënistenbesluit, Wet op de Paramedische Beroepen*, 1992.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1993). *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1993*. Utrecht: NZi.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995a). *Productie Statistiek 1993. Soort en omvang van functies, faciliteiten en producties. Academische ziekenhuizen landelijke tabellen*. Utrecht: NZi.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995b). *Productie Statistiek 1993. Soort en omvang van functies, faciliteiten en producties. Algemene ziekenhuizen landelijke tabellen*. Utrecht: NZi.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993). *Beroepengids Zorgsector*. Zoetermeer: NRV.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994a). *WCC-ontwerpstandaard Classificatie van verrichtingen voor paramedische bewegingsberoepen*. Zoetermeer: NRV.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994b). *Tussen cure en care. Advies over een referentiekader voor beleid*. Zoetermeer: NRV.

Nederlands Paramedisch Instituut (1995). *Basisgegevens van het Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk (concept)*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (1993). *Beroepsprofiel diëtist*. Oss: NVD.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (1994). *Jaarverslag 1994 van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten*. Oss: NVD.

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1992). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: NVE.

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1994). *Jaarverslag 1994*. Utrecht: NVE.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (1993). *Beroepsprofiel logopedist*. Gouda: NVLF.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (1994). *Jaarverslag 1994*. Gouda: NVLF.

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (1992). *Beroepsprofiel Mondhygiënist*. Bunnik: NVM.

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (1995). 'Van beroep mondhygiënist'. Resultaten van de NVM Enquête Mondhygiënist. Bunnik: NVM.

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (1992). *Beleidsplan NVOM 1992-1995*. Utrecht: NVOM.

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (1993). *Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck*. Utrecht: NVOM.

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (1988). *Beroepsprofiel orthoptist*. Gevalideerde versie. Enschede: NVvO, Instituut voor Leerplanontwikkeling.

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (1993). *Kwaliteitsbevordering in de orthoptie*. NVvO.

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (1994). *Project Kwaliteitsbeleid NVvO. Inventarisatie van knelpunten ervaren door orthoptisten in de uitoefening van hun beroep*. Amersfoort: NVvO/Nederlands Paramedisch Instituut.

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (1993). *Beroepsprofiel Podotherapeut*.

Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (1992a). *Het beroepsprofiel laborant medisch beeldvormende technieken. Van gevalideerd naar gelegitimeerd*. Utrecht: NVRL.

Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (1992b). *Het beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant. Van gevalideerd naar gelegitimeerd*. Utrecht: NVRL.

Paas, G.R.A. & Friele, R.D. (1995). Literatuuronderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 50: 118-121.

Paas G.R.A. & Friele, R.D. *De relatie tussen de diëtist en andere zorgverleners*. Utrecht: NIVEL (aangeboden).

Podotherapeutenbesluit, Wet op de Paramedische Beroepen, 1994

Raaijmakers, M.F. & Dekker, J. (1995). *Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

Rapportage arbeidsmarkt zorgsector 1995. Opgesteld door NIVEL, NZi & OSA. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Reitsma, E. & Hartog, W.H.M. den (1993). Centrale richtlijnen als instrument voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 103(1): 37-42.

Roebroek, M.E., Hutten, J.B.F., Kerssens, J.J. & Dekker, J. (1995). *De omvang van de fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiëntcategorieën*. Utrecht: NIVEL.

Sluijs, E.M. (1991). *Patient education in physical therapy* (dissertatie). Utrecht: NIVEL.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2: Achtergrondstudies. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Swinkels, H. (1995). Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, 14 (mei): 4-14.

Taverne, E. (1990). Budget en kwaliteit gaan in Venlo hand in hand. *Fysiovisie*, juli/augustus: 14-15.

Timmermans, J.E., Sluijs, E.M., Dekker, J. et al. (1994). *Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen*. Utrecht: CBO/NIVEL.

TNO (1981). *Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps*. Voorburg: TNO.

Uunk, W., Dekker, J. & Groenewegen, P. (1991). Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijzpercentages. Utrecht: NIVEL.

Valk, R.W.A. van der, Dekker, J. & Boschman, M. (1995). *Basisgegevens extramuraal fysiotherapie 1989-1992. Gegevens uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effect onderzoek extramuraal fysiotherapie (BEEF)'*. Utrecht: NIVEL.

VEKTIS (1996). Tabellen 1991-1994.

Velthuizen, L., Lugt-Lustig, K. de & Nieweg, R. (1993). Vijf protocollen voor mondverzorging. *NVM-Tijdschrift*, 3: 74-78.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1994). *Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar*. Utrecht: VBC.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1995a). *Overzicht resultaatgegevens 1982 - 1994*. Utrecht: VBC.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1995b). *Voorlopige beroepskrachtenplanning oefentherapeuten-Cesar*. Utrecht: VBC.

Wiegant, E. (1993). Met elkaar praten bevordert de kwaliteit. Zorgverzekeraars en fysiotherapeuten ontwikkelen toetsingscriteria. *Fysiopraxis*, 2: 7-9.

Wiegerink, R. & Oostendorp, R.A.B. (1994). Profiel Patiënten Populatie: een inventarisatie onder de FON-praktijken naar patiëntenkenmerken bij instroom in de praktijk. Amersfoort: SWSF.

Windt, W. van der & Heuij, V.J.H.M. van den (1993). *Radiologie doorgelicht*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.

literatuur

World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Genève: WHO.

World Health Organisation (1990). *International Classification of Diseases*, 10th revision. Genève: WHO.

Ziekenfondsraad (1994). *Financieel Jaarverslag 1993*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Ziekenfondsraad (1995). *Financieel Jaarverslag 1994*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Zuijderduin, W.M. & Dekker, J. (1994a). *Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

Zuijderduin, W.M. & Dekker, J. (1994b). *Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening*. Utrecht: NIVEL.

LIJST MET OORSPRONKELIJKE BRONNEN

In de hoofdstukken 3 t/m 12 wordt regelmatig verwezen naar de 'Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector' (NIVEL, NZi & OSA, 1995) en naar 'Beroepen in de extramurale gezondheidszorg' (Hingstman & Harmsen, 1994). Deze rapporten zijn gebaseerd op de volgende bronnen:

Diëtisten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1993 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995
- Beroepsuitoefening van diëtisten, verslag van een onderzoek, Rijswijk, 1993.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD). Ledenadministratie, 1990-1995.

Paas G & Friele RD. Onderzoeksverslag diëtisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1995.

Ergotherapeuten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1993 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1993.

Driessen MJ & Dekker J. Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE). Ledenadministratie, 1990-1995.

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE). Lijst van werkadressen van gediplomeerde leden. NVE, 1993.

Fysiotherapeuten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1993 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995

Registratie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten. 1990-1995. Utrecht: NIVEL

Logopedisten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1993 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf). Ledenadministratie, 1990-1995.

Raaijmakers MF & Dekker J. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1995.

Mondhygiënisten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1989 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1989.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)

- Ledenadministratie 1990-1995
- Registratie Enquête Beroepsuitoefening Mondhygiënisten, 1990/1995
- Vacaturegegevens, 1995.

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten. Beroepsuitoefening mondhygiënisten [NVM enquête 1989]. In: NVM Tijdschrift 14 (1990), nr.1, pp 21-27.

Oefentherapeuten-Cesar

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1992 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1992.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995
- Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar, verslag van een onderzoek, Rijswijk, 1993.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC). Ledenadministratie, 1990-1995.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC). Adressenlijst 1992-1993.

Zuijderduin WM & Dekker J. Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.

Oefentherapeuten-Mensendieck

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdsopbouw per gemeente per 1 januari 1992 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1992.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995
- Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck, verslag van een onderzoek, Rijswijk, 1993.

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM). Ledenadministratie 1990-1995.

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM). Adresboek 1991-1992.

Zuijderduin WM & Dekker J. Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.

Orthoptisten

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)

- Ledenadministratie 1990-1995
- Verslag 'Project Kwaliteitsbeleid NVvO', 1995.

Podotherapeuten

Centraal Bureau voor de Statistiek. Leeftijdopbouw per gemeente per 1 januari 1993 [CBS-view.]. CBS, Voorburg/Heerlen, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP). Ledenadministratie, 1990-1995.

Zuiderduin WM & Dekker J. Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.

Radiologisch Laboranten

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de gezondheidszorg (voorheen Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI))

- Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1990-1995.

OVERZICHT VAN TABELLEN

- 2.1 Totale kosten gedeclareerd bij de particuliere ziektekostenverzekeraars (alleen privaatrechtelijk verzekerden) van fysiotherapie, logopedie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck (1991 - 1994)
- 2.2 Het geschatte aantal werkzame paramedici (1990 - 1994)
- 2.3 Percentage van de verschillende beroepsgroepen werkzaam in de intramurale zorg, extramurale zorg en overige werkvelden
- 2.4 Aantal klinische behandelingen per 100 opnamen en aantal poliklinische behandelingen per 1000 polikliniekbezoeken fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck in 1993
- 2.5 Totaal aantal zittingen extramurale fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1992 - 1994)
- 2.6 Frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling (percentages)
- 2.7 De drie meest genoemde verwijzers per beroepsgroep
- 2.8 Leeftijdsverdeling van patiënten per beroepsgroep
- 2.9 De drie meest voorkomende groepen van medische diagnoses per beroepsgroep
- 2.10 De drie meest gekozen behandeldoelen - op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps - per beroepsgroep
- 2.11 Aantal onderzoeken per beroepsgroep per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 3.1 Leeftijdsverdeling van diëtisten, per 31 december 1994
- 3.2 Gemiddelde omvang van de werkweek van diëtisten, per 31 december 1994
- 3.3 Aantal inwoners per werkzame diëtist (leden NVD) naar provincie, per 1 januari 1993
- 3.4 Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze verwijzer noemt
- 3.5 Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze aanmelder noemt
- 3.6 Aantal onderzoeken in de diëtetiek per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 4.1 Relatieve verdeling van het aantal werkzame ergotherapeuten naar werkplekken, per 31 december 1994
- 4.2 Leeftijdsverdeling van werkzame ergotherapeuten per 31 december 1994
- 4.3 Gemiddeld aantal werkuren per ergotherapeut naar werkveld per 1 januari 1992
- 4.4 Aantal inwoners per werkzame ergotherapeut naar provincie, per 1 januari 1993
- 4.5 Aantal zittingen per ergotherapie-behandeling in het kruiswerk (N=419)
- 4.6 Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt (N=264)
- 4.7 Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze aanmelder noemt (N=264)
- 4.8 Kenmerken van patiënten onder ergotherapeutische behandeling
- 4.9 Medische of psychiatrische diagnose van patiënten onder ergotherapeutische behandeling

- 4.10 Stoornissen, beperkingen en handicaps bij ergotherapie-patiënten
- 4.11 Gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps, in de ergotherapeutische zorg
- 4.12 Ergotherapeutische interventies, het percentage somatische patiënten waarbij de interventie is toegepast en het aandeel dat de interventie heeft in het totaal van toegepaste interventies bij somatische patiënten
- 4.13 Aantal onderzoeken in de ergotherapie per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 5.1 De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 april 1995
- 5.2 De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 10 juli 1995
- 5.3 Ontwikkeling in kosten (privaatrechtelijk verzekerden) voor fysiotherapie over de periode 1991 - 1994
- 5.4 Leeftijdsverdeling van extramuraal werkzame fysiotherapeuten naar geslacht, per 31 december 1994
- 5.5 Omvang van de werkweek van fysiotherapeuten naar functie en geslacht, per 31 december 1994 (in percentages)
- 5.6 Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut per provincie per 1 januari 1993
- 5.7 Aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie (x 1000), inclusief logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck, in de Nederlandse ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen) in 1992 (x 1000)
- 5.8 Contact met een fysiotherapeut in één jaar naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm
- 5.9 Frequentieverdeling van het aantal zittingen per fysiotherapie-behandeling
- 5.10 Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie, de mediaan en de standaarddeviatie bij verschillende patiëntkenmerken
- 5.11 Periode van de fysiotherapeutische behandeling (N=17.201)
- 5.12 Verwijzers van patiënten voor extramurale fysiotherapie (N=17.201)
- 5.13 Aantal nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen voor fysiotherapie per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm
- 5.14 Morbiditeitsspecifieke verwijpercentages voor verwijzingen naar de fysiotherapeut (N=285.184 zorgepisodes)
- 5.15 Kenmerken van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling (N=17.201) en kenmerken van de Nederlandse bevolking
- 5.16 Meest voorkomende verwijzindicaties bij fysiotherapie-patiënten (N=25.590)
- 5.17 Duur van de klacht bij patiënten die naar de fysiotherapeut zijn verwezen (N=17.201)
- 5.18 Stoornissen en beperkingen bij fysiotherapie-patiënten (N=17.201)
- 5.19 Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen, in de fysiotherapeutische behandeling (N=17.201)
- 5.20 Toegepaste fysiotherapeutische interventies, relatief aandeel in totaal van interventies en het percentage van behandelingen waarin de interventie is toegepast (N=17.201)
- 5.21 Aantal onderzoeken in de fysiotherapie per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 6.1 Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)

- 6.2 Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)
- 6.3 Ontwikkeling in de kosten van logopedie over de periode 1991 - 1994 met betrekking tot privaatrechtelijk verzekerden
- 6.4 Relatieve verdeling van het aantal werkzame logopedisten naar werkveld, per 31 december 1994
- 6.5 Relatieve leeftijdsverdeling van logopedisten naar geslacht, per 31 december 1994
- 6.6 Gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten naar geslacht, per 31 december 1994
- 6.7 Aantal inwoners per equivalent extramuraal werkende logopedist (leden NVLF) per provincie in 1993
- 6.8 Percentage logopedisten dat contact heeft met verwijzers per werkveld
- 6.9 Verwijzers die het meest verwijzen; percentage logopedisten dat deze verwijzer noemt per werkveld (N=240)
- 6.10 Kenmerken van patiënten onder logopedische behandeling (N=1761)
- 6.11 Verwijsindicaties van logopedie-patiënten (N=1122)
- 6.12 Stoornissen, beperkingen en handicaps bij logopedie-patiënten (N=1761)
- 6.13 Gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps in de logopedische behandeling (N=1567)
- 6.14 Toegepaste logopedische interventies (N=1567)
- 6.15 Aantal onderzoeken in de logopedie per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 7.1 Relatieve verdeling van het aantal werkzame mondhygiënisten naar werkveld (1993)
- 7.2 Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame mondhygiënisten (1993)
- 7.3 Aantal inwoners per full-time equivalent extramuraal werkzame mondhygiënist per provincie in 1989
- 7.4 Kenmerken van patiënten onder behandeling bij de opleiding mondhygiënist (N=154)
- 7.5 Aantal onderzoeken in de mondhygiëne per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 8.1 De maximaal door oefentherapeuten-Cesar in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996
- 8.2 Leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Cesar (leden VBC) per 31 december 1994
- 8.3 Gemiddelde omvang van de werkweek van extramuraal werkzame oefentherapeuten-Cesar naar geslacht, per ultimo 1992
- 8.4 Aantal inwoners per oefentherapeut-Cesar in eigen praktijk per provincie in januari 1992
- 8.5 Frequentieverdeling van het aantal zittingen oefentherapie-Cesar per behandeling (N=1020)
- 8.6 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Cesar dat deze verwijzers noemt (N=239)
- 8.7 Kenmerken van patiënten onder behandeling bij oefentherapeuten-Cesar (N=1020)
- 8.8 De tien meest voorkomende verwijsindicaties van patiënten voor oefentherapie-Cesar (N=1020)

- 8.9 Stoornissen en beperkingen van patiënten vastgesteld door de oefentherapeut-Cesar (N=1020)
- 8.10 De door de oefentherapeut-Cesar gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen (N=1020)
- 8.11 Accent van de behandeling van oefentherapeuten-Cesar bij het verbeteren van de dagelijkse houdingen en bewegingen (N=1020)
- 8.12 Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Cesar per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 9.1 De maximaal door oefentherapeuten-Mensendieck in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996
- 9.2 Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992
- 9.3 Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992
- 9.4 Aantal inwoners per extramuraal werkende oefentherapeut-Mensendieck in eigen praktijk per provincie (1992)
- 9.5 Frequentieverdeling van het aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per behandeling (N=1088)
- 9.6 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat deze verwijzers noemt (N=240)
- 9.7 Kenmerken van patiënten onder behandeling bij oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)
- 9.8 De tien meest voorkomende verwijsindicaties van patiënten voor oefentherapie-Mensendieck (N=1088)
- 9.9 Stoornissen en beperkingen van patiënten vastgesteld door de oefentherapeut-Mensendieck (N=1088)
- 9.10 De door de oefentherapeut-Mensendieck gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen (N=1088)
- 9.11 Accent van de behandeling uitgevoerd door oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)
- 9.12 Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 10.1 Relatieve verdeling van de omvang van de werkweek van orthoptisten werkzaam in de oogheeskundige, c.q. orthoptische afdeling (1994)
- 10.2 Relatieve verdeling van het aantal orthoptisten werkzaam per afdeling
- 10.3 Aantal onderzoeken in de orthoptie per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 11.1 Relatieve leeftijdsverdeling van het aantal (extramuraal) werkzame podotherapeuten in 1992
- 11.2 Relatieve verdeling van het aantal uren dat podotherapeuten per week werkzaam zijn naar geslacht in 1992
- 11.3 Aantal inwoners per werkzame podotherapeut naar provincie in 1993
- 11.4 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage podotherapeuten dat deze verwijzers noemt (N=125)
- 11.5 De vijf meest genoemde aanmelders; het percentage podotherapeuten dat deze aanmelders noemt (N=125)
- 11.6 Kenmerken van patiënten onder podotherapeutische behandeling (N=897)

overzicht van tabellen

- 11.7 Medische diagnose/verwijsindicatie van patiënten onder podotherapeutische behandeling
- 11.8 Stoornissen en beperkingen bij podotherapie-patiënten (N=897)
- 11.9 Gekozen behandeldoelen, in termen van stoornissen en beperkingen, in de podotherapeutische behandeling (N=897)
- 11.10 Podotherapeutische interventies, het percentage patiënten bij wie de interventie is toegepast (N=897)
- 11.11 Aantal onderzoeken in de podotherapie per aandachtsgebied (1985 - 1995)

- 12.1 Aantal onderzoeken met betrekking tot radiologisch laboranten per aandachtsgebied (1985 - 1995)

OVERZICHT VAN FIGUREN

- 1.1 De relatie tussen de begrippen patiënt, behandeling, zitting en verrichting
- 2.1 Totale kosten van (extramurale) fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck gezamenlijk gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1990 - 1994)
- 2.2 De verhouding tussen het aantal werkzame beroepsbeoefenaren per beroepsgroep in 1993
- 2.3 Leeftijdsverdeling van de beroepsbeoefenaren per beroepsgroep
- 2.4 Verhouding tussen het percentage mannelijke en vrouwelijke patiënten per beroepsgroep
- 2.5 Verzekeringsvorm van patiënten per beroepsgroep
- 2.6 De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de paramedicus

- 3.1 Ontwikkeling van het aantal werkzame diëtisten vanaf 1990
- 3.2 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van diëtisten (leden NVD) per 31 december 1994
- 3.3 Omvang van de werkweek van diëtisten per 31 december 1994
- 3.4 Aantal inwoners per diëtist (leden NVD) naar WGR-regio in 1993
- 3.5 Relatief aandeel van verwijzers voor diëtetiek
- 3.6 Relatief aandeel van aanmelders voor diëtetiek
- 3.7 Aantal uitgevoerde onderzoeken in de diëtetiek per aandachtsgebied

- 4.1 Ontwikkeling van het aantal werkzame ergotherapeuten (1990 - 1994)
- 4.2 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van ergotherapeuten (op basis van het meeste aantal uren werkzaam)
- 4.3 Relatieve verdeling van het aantal uren dat ergotherapeuten per week werken, per 1 januari 1992
- 4.4 Aantal inwoners per werkzame ergotherapeut (leden NVE) per provincie, per 1 januari 1993
- 4.5 De relatie tussen diagnostische bevindingen, behandeldoelen, behandelprogramma's en interventies
- 4.6 Aantal onderzoeken in de ergotherapie per aandachtsgebied

- 5.1 Ontwikkeling in kosten (ZFW) voor fysiotherapie (1989 - 1994)
- 5.2 Aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten vanaf 1990
- 5.3 Omvang van de werkweek van fysiotherapeuten per 31 december 1994
- 5.4 Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut per WGR-subregio per 1 januari 1993
- 5.5 Aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie, inclusief logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck, in de Nederlandse ziekenhuizen (exclusief revalidatie-instellingen), 1990 - 1992 (x 1000)
- 5.6 Aantal zittingen fysiotherapie per 1000 ziekenfondsverzekerden (1990 - 1994)
- 5.7 De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de fysiotherapeut
- 5.8 Aantal onderzoeken in de fysiotherapie per aandachtsgebied

- 6.1 Ontwikkeling in de kosten van logopedie met betrekking tot ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)
- 6.2 Ontwikkeling van het aantal werkzame logopedisten (1990 - 1994)
- 6.3 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van de logopedist per 31 december 1994
- 6.4 Gemiddelde omvang van de werkweek van logopedisten per 31 december 1994
- 6.5 Aantal inwoners per equivalent extramuraal werkzame logopedist per WGR-subregio medio 1993
- 6.6 Aantal verrichtingen logopedie per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)
- 6.7 De relaties tussen de logopedische diagnose, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies door de logopedist
- 6.8 Aantal onderzoeken in de logopedie per aandachtsgebied

- 7.1 Ontwikkeling van het aantal werkzame mondhygiënisten (1990 - 1994)
- 7.2 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van mondhygiënisten (leden NVM) (1993)
- 7.3 Aantal inwoners per full-time equivalent extramuraal werkzame mondhygiënist naar provincie in 1989
- 7.4 Landelijke verdeling van mondhygiënisten in 1993
- 7.5 Aantal onderzoeken in de mondhygiëne per aandachtsgebied

- 8.1 Ontwikkeling in de kosten van de oefentherapie-Cesar gedeclareerd bij de ziekenfondsen (1989 - 1994)
- 8.2 Aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar (1990 - 1994)
- 8.3 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van oefentherapeuten-Cesar
- 8.4 Gemiddelde omvang van de werkweek van extramuraal werkzame oefentherapeuten-Cesar
- 8.5 Aantal inwoners per oefentherapeut-Cesar in eigen praktijk per WGR-subregio in januari 1992
- 8.6 Aantal zittingen oefentherapie-Cesar per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)
- 8.7 De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de oefentherapeut-Cesar
- 8.8 Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Cesar per aandachtsgebied

- 9.1 Ontwikkeling in kosten van oefentherapie-Mensendieck over de periode 1989 - 1994
- 9.2 Ontwikkeling van het aantal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck (1990 - 1994)
- 9.3 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van oefentherapeuten-Mensendieck
- 9.4 Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck (1992)
- 9.5 Aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck per WGR-subregio per 1 januari 1992
- 9.6 Aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994)
- 9.7 De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de oefentherapeut-Mensendieck

- 9.8 Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied

- 10.1 Aantal werkzame orthoptisten (1989 - 1993)
- 10.2 Relatieve verdeling van het aantal orthoptisten naar werkveld (1994)
- 10.3 Gemiddelde omvang van de werkweek van de totale groep orthoptisten werkzaam op een orthoptische afdelingen en/of in een oogheeskundige praktijk
- 10.4 Aantal onderzoeken in de orthoptie per aandachtsgebied

- 11.1 Aantal werkzame podotherapeuten (1990 - 1994)
- 11.2 Relatieve verdeling van het aantal werkzame podotherapeuten naar werkplek, per 31 december 1994
- 11.3 Relatieve verdeling van de omvang van de werkweek van podotherapeuten in 1992
- 11.4 Spreiding van podotherapeuten in Nederland per 1 januari 1993
- 11.5 De relaties tussen de diagnostische bevindingen, behandeldoelen en interventies van de podotherapeut
- 11.6 Aantal onderzoeken in de podotherapie per aandachtsgebied

- 12.1 Aantal gekwalificeerde radiologisch laboranten (1990 - 1994)
- 12.2 Aantal onderzoeken met betrekking tot radiologisch laboranten per aandachtsgebied

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

Auteurs: M.J.Driessen, E.M. Sluijs, J. Dekker
Utrecht: NIVEL 1995, 88 pag., fl. 17,50

Dit rapport bevat de eerste evaluatie van het 'Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Het programma heeft als doel de paramedische beroepen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het programma duurt 3 jaar van 1994 - 1997.

De stand van zaken op het gebied van kwaliteitsbeleid en de aanpak die hierbij wordt gevolgd wordt weergegeven. Ook wordt de bijdrage van het ondersteuningsprogramma hieraan geëvalueerd.

Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepsgroepen

Auteurs: J.E. Timmermans, E.M. Sluijs, J. Dekker, W.H.M. den Hartog
Utrecht: NIVEL 1994, 194 pag., fl. 33,00

Dit rapport geeft een overzicht van het kwaliteitsbeleid van de 10 paramedische beroepsgroepen: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënist, Oefentherapeuten Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. Het eerste deel van het rapport beschrijft de kwaliteitsdeelsystemen bij de paramedische beroepsgroepen en de voorwaardenscheppende activiteiten die inmiddels zijn verricht.

In het tweede deel van het rapport wordt een referentiekader gepresenteerd voor het toekomstige kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. Dit referentiekader weerspiegelt een nieuwe bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit: De kwaliteit van de geleverde zorg en de wijze waarop deze tegemoet komt aan de behoefte en verwachtingen van de patiënt staan hierin centraal. Het referentiekader speelt daarmee in op de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de medische en paramedische zorgverlening.

Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie

Auteurs: C.M. van Heugten, E.M.Sluijs, J.Dekker
Utrecht: NIVEL 1995, 144 pag., fl. 25,50

Dit rapport bevat een overzicht van prioriteiten voor onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg. Het is een verkennende studie waarin op hoofdlijnen wordt aangegeven op welke gebieden inmiddels onderzoek is verricht en op welke gebieden toekomstig onderzoek is gewenst. Deze programmeringsstudie omvat de tien paramedische beroepsgroepen, te weten: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënist, Oefentherapeuten - Cesar, Oefentherapeuten - Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. Het rapport bestaat uit drie delen. Het eerste deel bevat de onderzoeksprioriteiten met betrekking tot het onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van paramedische zorg. Deel twee van het rapport bevat een overzicht van paramedische zorg, waarbij elke paramedische beroepsgroep in een afzonderlijk hoofdstuk wordt beschreven. Deel drie van het rapport is een bijlage waarin de inventarisatie van de onderzoeksprojecten is te vinden; dit betreft Nederlands onderzoek dat de afgelopen 10 jaar is verricht en een overzicht van metastudies.

