

OEFENTHERAPIE-CESAR EN OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

Een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening

W.M. Zijderduin
J. Dekker

Maart 1994

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus
1568, 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Zuijderduin, W.M.

Oefentherapie-Cesar, en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg: een beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening / W.M. Zuijderduin, J. Dekker. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-243-1

Trefw.: Cesar-methode / Mensendieck

VOORWOORD

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan over een onderzoek naar de wijze waarop oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck hun beroep in de Nederlandse gezondheidszorg uitoefenen. Dit onderzoek maakt deel uit van het onderzoeksproject 'Functie en plaats oefentherapie-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, podotherapie en ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg'

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft subsidie verleend voor het uitvoeren van dit onderzoek.

De uitvoering van dit onderzoek werd begeleid door een commissie bestaande uit:

- de heer Th.A.G. Koekenbier, namens de Geneeskunde Hoofdinspectie (voorzitter)
- mevrouw C.T. Bos-Droog, namens de Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten-Mensendieck
- mevrouw L. van der Does-de Willebois, namens de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- mevrouw H.C. Hasper e/v Hehenkamp, namens de Vereniging Bewegingsleer Cesar
- mevrouw G.L.M. Romijn-Liem, namens de Ziekenfondsraad
- mevrouw G.J.M. Thijssen-Derwort, namens de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
- namens het Ministerie van WVC hebben opeenvolgend verschillende personen zitting gehad: de heer F.E. Boon, de heer R.A. Dingjan, mevrouw M. Meulmeester en de heer A.J.M. Zengerink.

De auteurs willen hier hun dank uiten voor de zeer constructieve inbreng van de commissieleden.

Dank gaat ook uit naar alle oefentherapeuten die bereid waren in het onderzoek te participeren. Zij hebben op deze wijze een belangrijke bijdrage geleverd aan de beschrijving van de beroepsuitoefening.

Tenslotte danken de auteurs de adviseurs, die in belangrijke mate bijgedragen hebben aan de ontwikkeling van de gebruikte meetinstrumenten (de enquête- en registratieformulieren). Het betreft de heer M.F.K. Balm, mevrouw I. Berendsen, de heer W.H.M. van Eijden en mevrouw B.Y. Janssen.

BELANGRIJKE AANWIJZING

Wie zich in kort bestek een indruk wil vormen van 'oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg' kan zich beperken tot hoofdstuk 1 (waarin in kwalitatieve zin een beschrijving van het beroep gegeven wordt) en hoofdstuk 9 (waarin de resultaten van het kwantitatieve onderzoek naar de beroepsuitoefening samengevat worden).

Het rapport bestaat uit een bundeling van artikelen, die gepubliceerd zijn danwel ter publicatie aangeboden zijn.

INHOUD

pag.

VOORWOORD

BELANGRIJKE AANWIJZING

1.	INLEIDING	1
1.1.	Probleem- en doelstelling	1
1.2.	Korte historie	2
1.3.	Wettelijk en financieel kader	3
1.4.	Omvang, samenstelling en arbeidsterrein	3
1.5.	Opzet van het onderzoek en opbouw van het rapport	4
1.6.	Referenties	5
2.	OEFENTHERAPEUTEN-CESAR: WERKSITUATIE EN TAAKUIT-OEFENING	7
3.	DE RELATIE VERWIJZER OEFENTHERAPEUT-CESAR	15
4.	OEFENTHERAPEUTEN-MENSENDIECK: WERKSITUATIE EN TAAK-UITOEFENING	23
5.	DE RELATIE VERWIJZER OEFENTHERAPEUT-MENSENDIECK	31
6.	RELIABILITY OF THE DIAGNOSIS OF IMPAIRMENTS AND DISABILITIES BY EXERCISE THERAPISTS	41
7.	IMPAIRMENTS AND DISABILITIES IN PATIENTS TREATED BY EXERCISE THERAPISTS	51
8.	TREATMENT GOALS AND TREATMENT IN EXERCISE THERAPY	67
9.	OEFENTHERAPIE-CESAR EN OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG	83

BIJLAGEN

- A. ENQUETE RELATIE VERWIJZER - OEFENTHERAPEUT
- B. REGISTRATIEFORMULIER OEFENTHERAPIE

1. INLEIDING

1.1. Probleem- en doelstelling

Hoewel het beroep van oefentherapeut-Cesar en dat van oefentherapeut-Mensendieck wettelijk erkende en in de gezondheidszorg geïstitutionaliseerde beroepen zijn, bevinden de beroepen zich in een vroeg stadium van professionalisering. De kennis waarop de uitoefening van het beroep gebaseerd is, is nog weinig geëxpliciteerd, gestructureerd of getoetst. Met name voor niet-beroepsbeoefenaren is deze kennis weinig toegankelijk. Ook de relatie met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (met name medische verwijzers) heeft nog weinig vorm gekregen. Het gevolg van één en ander is dat de bijdrage van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck aan het verbeteren van de gezondheidstoestand nog onvoldoende gerealiseerd wordt.

Om hierin verandering te brengen is een traject van activiteiten vereist. Het beschrijven en analyseren van de huidige beroepsuitoefening kan gezien worden als de eerste stap op dit traject. Enerzijds leidt een beschrijvend en analyserend onderzoek naar de huidige beroepsuitoefening tot het expliciteren van kennis, die nu niet of alleen in de vorm van tekstboeken, beschouwingen en een eerste, inventariserend onderzoek (Hasper, 1986; Balm en Lange, 1988) gedocumenteerd is. De ervaring van beroepsbeoefenaren is een zeer waardevolle bron van kennis, die nu echter nauwelijks of niet expliciet gemaakt is. Anderzijds is een beschrijving van de huidige beroepsuitoefening noodzakelijk als vertrekpunt voor het verbeteren van de beroepsuitoefening. Zowel om prioriteiten te kunnen stellen als om toekomstige veranderingen te kunnen evalueren is een beschrijving van de huidige praktijk vereist.

Tegen deze achtergrond is een onderzoek gedaan naar de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatief inzicht in:

- a. de klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten die door oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck behandeld worden;
- b. de aard van de behandeling die aan deze patiënten gegeven wordt;
- c. de verwijzer van deze patiënten en de relatie tussen verwijzers en oefentherapeuten-Cesar respectievelijk oefentherapeuten-Mensendieck.

In het onderhavige rapport wordt verslag gedaan over dit onderzoek. Alvorens echter op het onderzoek in te gaan wordt eerst - in grote lijnen - ingegaan op de historie van de beroepen (paragraaf 1.2), het wettelijk en financieel kader en de omvang, samenstelling en het arbeids terrein van de beroepsgroepen (paragraaf 1.4). Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek en de opbouw van het rapport besproken (paragraaf 1.5).

1.2. Korte historie

Oefentherapie-Mensendieck

De grondlegster van de oefentherapie-Mensendieck is mevrouw Bess M. Mensendieck (1864-1957) geweest. Zij ontwikkelde de methode-Mensendieck rond 1895 als reactie op de Victoriaanse normen ten aanzien van houding en beweging en de daaruit voortvloeiende vervreemding van het lichaam. De oorspronkelijke bedoeling was vrouwen door functionele bewegingen een goede lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen zonder kunstmatige hulpmiddelen (Balm en Gijsbers, 1991). De methode-Mensendieck richt zich op verbetering van de lichaamshouding en de manier van bewegen door bewust spiergebruik, spierversterking, een bewuste bewegingsuitvoering en een bewuste beheersing van de houding. Toepassing van de methode-Mensendieck vond met verschillende doeleinden plaats. Zo had de methode in eerste instantie een esthetisch doel, namelijk vrouwen een mooie lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen, zonder kunstmatige hulpmiddelen te bruiken. Vanaf de jaren twintig is de methode-Mensendieck, die toen nog werd onderricht door de 'lerares-Mensendieck', zich meer gaan richten op het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat. De methode-Mensendieck kon zo uitgroeien van een preventieve methode tot een preventieve en curatieve behandelmethode (Balm, 1989). Door deze ontwikkeling ontstond er behoefte aan wettelijke beroepserkenning. Deze erkenning kwam pas in 1972 met de opname van het beroep in de Wet op de Paramedische Beroepen. De naam werd toen gewijzigd van 'lerares' in oefentherapeut-Mensendieck. In 1974 werd de oefentherapie-Mensendieck in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen en particuliere verzeraars opgenomen. In 1993 is het profiel van het beroep van de oefentherapeut-Mensendieck gepubliceerd. Oefentherapie-Mensendieck wordt hierin gekarakteriseerd aan de hand van de doelstelling "het voorkomen, verminderen, opheffen en/of compenseren van ziekten/aandoeningen, stoornissen, beperkingen en/of handicaps, die verband houden met het steun- en bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen" (Balm, 1993, p.13). Oefentherapeuten-Mensendieck richten zich daarbij op "het verbeteren van individuele houdings- en bewegingsmogelijkheden en individuele houdings- en bewegingsgewoonten en het bevorderen van gezond bewegingsgedrag" (Balm, 1993, p.13).

Oefentherapie-Cesar

De naam oefentherapie-Cesar is ontleend aan de grondlegster van de bewegingsleer Cesar, mevrouw Marie Cesar (1895-1975). Zij volgde de Mensendieck-opleiding van 1925 tot 1927 en heeft daarna als lerares-Mensendieck gewerkt. Op grond van haar voorliefde voor dans pleitte zij voor een oefensituatie waarin minder statisch en minder 'rationeel bewust' werd geoefend. Het bewegen moest natuurlijker en ritmischer wijze geschieden (Hasper, 1985; Balm en Gijsbers, 1991). Omdat een integratie van haar inzichten in de methode-Mensen-

dieck niet werd toegestaan, ontwikkelde zij de Bewegingsleer Cesar en richtte zij in 1937 de opleiding tot lerares-Cesar te Utrecht op. Eerst in 1972 volgde echter pas de wettelijke erkenning van Cesar, in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen, door het Besluit oefentherapeut-Cesar. De naam van het beroep werd veranderd in oefentherapie-Cesar. In 1974 werd de oefentherapie-Cesar in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgenomen. Het profiel van het beroep van de oefentherapeut-Cesar is in 1988 gepubliceerd. Oefentherapie-Cesar wordt hierin omschreven als "een bewegingsleer en bewegingstherapie om gezonde, natuurlijke houdings- en bewegingsgewoonten te ontwikkelen teneinde klachten op het gebied van motorische functies te verhelpen of te voorkomen" (Engels en De Jager, 1988, p.9).

1.3. Wettelijk en financieel kader

Ten tijde van de uitvoering van het onderhavige onderzoek werd het wettelijk kader voor de uitoefening van de beroepen gevormd door de Wet op de Paramedische Beroepen (1963), het besluit oefentherapie-Cesar (1972, 1980), respectievelijk het besluit oefentherapeut-Mensendieck (1972, 1979). Hierin wordt de wettelijke erkenning van de beroepen geregeld. De bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep wordt verleend aan degene die met gunstig gevolg het betreffende examen aflegt, geheimhouding belooft en zich heeft laten registreren bij de Geneeskundige Hoofdinspectie. Deze bevoegdheid geeft het recht de titel oefentherapeut-Cesar danwel oefentherapeut-Mensendieck te voeren. Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: oefentherapeuten-Cesar, respectievelijk -Mensendieck, behandelen "ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenende geneeskundige".

Na de uitvoering van het onderhavige onderzoek is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg aangenomen. In plaats van het oude systeem van beroeps- en titelbescherming komt in de Wet BIG een systeem van titelbescherming (aangevuld met een beperkt systeem van zogenaamde voorbehouden handelingen). Hier wordt op de Wet BIG echter niet nader ingegaan, omdat dit voor het onderhavige onderzoek niet relevant is.

Met betrekking tot de financiering is van belang dat oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in 1974 opgenomen zijn in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. In vrijgevestigde praktijken worden oefentherapeuten betaald door het ziekenfonds, nadat voor de behandeling van de patiënt een machtiging verkregen is; patiënten die bij een particuliere ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn betalen de oefentherapeut eerst zelf en krijgen dit vervolgens, volgens bepaalde regels, vergoed van de verzekeraar. In ziekenhuizen en instellingen vormen de kosten van behandeling door de oefentherapeut onderdeel van de kosten per opnamedag. De oefentherapeuten zijn in dienst van het ziekenhuis of de instelling.

1.4. Omvang, samenstelling en arbeidsterrein

Oefentherapie-Cesar

Over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep zijn geen exacte gegevens bekend. In 1991 omvatte het werkende ledenbestand van de beroepsvereniging - de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) - 714 namen. Het bestand van geregistreerde, gediplomeerde oefentherapeuten-Cesar bij de Geneeskundige Hoofdinspectie omvatte in 1991 974 namen. Uit gegevens van de VBC blijkt dat het overgrote deel van de beroepsgroep uit vrouwen bestaat: in 1986 was dit 96% (Hasper, 1986). De meest recente gegevens over de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep zijn afkomstig uit een enquête van de GHI, die in 1992 gehouden werd: 31% is jonger dan 30 jaar, 43% is tussen de 30 en 39 jaar, 16% is tussen de 40 en 49 jaar en 9% is 50 jaar of ouder (GHI, 1993a).

Uit deze zelfde enquête zijn gegevens beschikbaar over het arbeidsterrein van oefentherapeuten-Cesar. In de enquête is gevraagd naar het aantal dagdelen dat men op een bepaalde locatie werkzaam was. Uit de gegevens blijkt dat het merendeel van de oefentherapeuten-Cesar in vrijgevestigde praktijken voor oefentherapie-Cesar werkzaam was: 83% van de dagdelen werd daar gewerkt. Andere werkvelden waren ondermeer het verpleeghuis (3,6%), het algemeen ziekenhuis (2,1%) en het onderwijs (3,1%). De overige dagdelen waren verspreid over allerlei werkvelden (GHI, 1993a).

Oefentherapie-Mensendieck

Ook over de omvang van deze beroepsgroep zijn geen exacte gegevens bekend. In 1991 omvatte het werkende ledenbestand van de beroepsvereniging - de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) - 687 namen. Bij de Geneeskunde Hoofdinspectie stonden 910 namen geregistreerd. Het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren bedraagt 95% (Balm en De Lange, 1988). Over de leeftijdsopbouw zijn de meest recente gegevens afkomstig uit een enquête van de GHI, gehouden in 1992 (GHI, 1993b). Volgens deze gegevens is 32% jonger dan 30 jaar, 35% is tussen de 30 en 39 jaar, 18% tussen de 40 en 49 jaar en 14% 50 jaar of ouder.

Ook over het arbeidsterrein verschaft deze enquête gegevens (GHI, 1993b). Aan de oefentherapeuten-Mensendieck is gevraagd hoeveel dagdelen men op welke locatie werkzaam was. Bijna 89% van alle dagdelen werd gewerkt in vrijgevestigde praktijken. Andere werkvelden waren ondermeer het academisch ziekenhuis (2,1%), het verpleeghuis (1,6%) en het onderwijs (1,4%). Voor de overige werkvelden liggen de aandelen (nog) lager.

1.5. Opzet van het onderzoek en opbouw van het rapport

Het onderzoek bestaat uit twee delen: een enquête-onderzoek en een registratie-onderzoek. De gegevens over de verwijzers en de relatie tussen verwijzers en oefentherapeuten zijn verkregen door middel van een enquête onder oefentherapeuten. Met deze enquête zijn ook gegevens verzameld over de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten. Over het enquête-onderzoek wordt verslag gedaan in hoofdstuk 2 en 3 voor wat betreft de oefentherapeuten-Cesar en in hoofdstuk 4 en 5 voor wat betreft oefentherapeuten-Mensendieck.

De gegevens over klachten, sociaal-demografische kenmerken en behandeling van patiënten zijn verkregen door oefentherapeuten gegevens te laten registreren over de klachten, kenmerken en behandeling van patiënten. In dit deel van het onderzoek staan de resultaten van het eigen, diagnostisch onderzoek door oefentherapeuten (in termen van stoornissen en beperkingen) centraal. Eerst is nagegaan of oefentherapeuten bij een patiënt tot dezelfde diagnostische bevindingen komen. Het gaat om onderzoek naar de betrouwbaarheid (of reproduceerbaarheid) van de diagnostische bevindingen. Het onderzoek is uitgevoerd voor zowel oefentherapeuten-Cesar als oefentherapeuten-Mensendieck. Over de resultaten wordt gerapporteerd in hoofdstuk 6.

Vervolgens zijn op grote schaal gegevens verzameld over de klachten, medische diagnose, oefentherapeutische diagnose en sociaal-demografische kenmerken van patiënten bij oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Behalve voor een beschrijving van patiënten zijn de gegevens ook gebruikt om na te gaan of binnen de diagnostische bevindingen van de oefentherapeuten bepaalde dimensies onderscheiden kunnen worden. De achterliggende gedachte hierbij is dat het aanbeveling verdient de zeer complexe beschrijvende gegevens te reduceren tot een kleiner aantal dimensies. Over de resultaten wordt verslag gedaan in hoofdstuk 7.

In het registratie-onderzoek zijn tevens gegevens verzameld over behandeldoelen, de behandeling zelf en het bereiken van behandeldoelen. Zowel oefentherapeuten-Cesar als oefentherapeuten-Mensendieck benadrukken dat hun behandeling als een geheel gezien moet worden, waarin geen aparte deel-interventies onderscheiden kunnen worden. Om toch enig empirisch inzicht in de behandeling te krijgen, is onderzocht welke behandeldoelen en accenten in de behandeling oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck kiezen. Over de resultaten wordt, tezamen met de gegevens over het bereiken van behandeldoelen, verslag gedaan in hoofdstuk 8.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 9 een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek naar de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck.

Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck zijn nauw verwante behandelmethoden, hoewel er ook belangrijke verschillen zijn. Vanwege de overeenkomsten is ervoor gekozen de resultaten van het onderzoek naar oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in

één rapport te presenteren. Deze wijze van presenteren maakt het mogelijk een vergelijking te maken tussen de uitoefening van deze twee beroepen.

1.6. Referenties

- BALM M.F.K. - 1989. Oefentherapie-Mensendieck in integraal perspectief: Een synthese van lichamelijke oefening en gezondheidsopvoeding. Doctoraalscriptie Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- BALM M.F.K. (red.) - 1993. Beroepsprofiel Oefentherapeut-Mensendieck. Utrecht: NVOM.
- BALM M.F.K. en GIJSBERS E.R.W. - 1993. Oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegingsgewoonten bij pijn. In: Matti H., Mengers L.J., Spierdijk J. (red.) Pijn-informatorium. Alphen a/d Rijn, Samson Stafleu.
- BALM M.F.K. & DE LANGE C.J. - 1988. Oefentherapie-Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, NVOM.
- ENGELS O. & JAGER J. DE - 1988. Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (gevalideerde versie). Enschede, Instituut voor Leerplanontwikkeling.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE - 1993(a). Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar. Rijswijk.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE - 1993(b). Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck. Rijswijk.
- HASPER H.C. - 1986. Rapport eerste-fase-onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Dolder, Opleiding Oefentherapie Cesar.

2. OEFENTHERAPEUTEN-CESAR: WERKSITUATIE EN TAAKUITOEFENING

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Cesar oefentherapie, 1993; 24;1: 10-15.

Walter Zuijderduin, Joost Dekker.

Oefentherapeuten—Cesar: werksituatie en taakuitoefening

Samenvatting.

In het kader van het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg is een enquête gehouden onder werkzame oefentherapeuten-Cesar. In dit artikel wordt verslag gedaan over de resultaten van deze enquête met betrekking tot de onderwerpen werksituatie en taakuitoefening.

Uit de resultaten blijkt dat oefentherapeuten-Cesar voornamelijk werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ongeveer éénvijfde van de oefentherapeuten-Cesar is werkzaam op meer dan één werkplek. De gegevens over taakuitoefening laten zien dat de oefentherapeut-Cesar zich voornamelijk bezig houdt met taken met betrekking tot de zorgverlening en in mindere mate toekomt aan de overige taken. Tot de overige taken behoren onder andere het op peil houden en het specificeren van deskundigheden door het volgen van na- en bijscholing, het bezoeken van congressen en het bijhouden van vakliteratuur. Ook aan het evalueren van de zorgverlening met patiënten en met collega's komt men in mindere mate toe.

Er zijn verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solo-praktijk: Therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder jaren werk ervaring. Een groter deel van de therapeuten die werken in een solo-praktijk komt nooit toe aan het evalueren van de behandeling met collega's (intercollegiale toetsing).

Inleiding.

De oefentherapie-Cesar is een paramedisch beroep. Het werk van de oefentherapeut-Cesar is gericht op het herstellen of verbeteren van afwijkingen in de houding en beweging van de individuele patiënt. Door middel van een actief, individueel gericht motorisch leerproces wordt een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging geleerd. Het uitgangspunt van de bewegingsleer Cesar is dat er voor elke fundamentele houding en beweging een optimale uitvoeringswijze bestaat. Hoe dicht deze optimale uitvoeringswijze wordt benaderd is afhankelijk van de individuele mogelijkheden en beperkingen van elke patiënt (Hasper, 1985, Engels & de Jager, 1988).

De oefentherapie-Cesar ontleent zijn naam aan de grondlegster van de bewegingsleer Cesar, Mevrouw Marie Cesar (1895-1975). Zij volgde de Mensendieck-opleiding van 1925 tot 1927 en heeft daarna als lerares-Mensendieck gewerkt. Op grond van haar voorliefde voor dans pleitte zij voor een oefensituatie waarin minder statisch en minder "rationeel bewust" werd geoefend. Het bewegen moest op een natuurlijker en ritmischer wijze geschieden (Hasper, 1987). Omdat de integratie van haar inzichten in de methode-Mensendieck niet werd toegestaan, ontwikkelde ze de Bewegingsleer Cesar en richtte ze in 1937 de opleiding tot lerares Cesar te Utrecht op. In 1972 werd oefentherapie-Cesar in het kader van de Wet

op de paramedische beroepen erkend door publicatie van het Besluit oefentherapeuten-Cesar. De naam van het beroep werd veranderd in oefentherapie-Cesar. De naam van de beroepsbeoefenaar werd veranderd van lerares Cesar naar oefentherapeut-Cesar. In 1974 werd oefentherapie-Cesar opgenomen in het ziekenfondspakket.

Onderzoek naar oefentherapie-Cesar is op bescheiden schaal verricht. Over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en het werkterrein van oefentherapeuten-Cesar zijn gegevens beschikbaar van de beroepsvereniging: de Vereniging Bewegingsleer Cesar (V.B.C.). Twee enquêtes die in 1977 en 1985 zijn gehouden bieden samen met de gegevens van de V.B.C.-ledenlijst uit 1986 informatie omtrent deze onderwerpen (Hasper, 1986). Ook is in opdracht van de beroepsvereniging in 1985 een inventariserend onderzoek gedaan naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg (Hasper, 1986; Hasper & Smit, 1988; Hasper, Janssen & Lievaart, 1990). In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over de omvang van praktijken, de samenstelling en omvang van de patiëntenpopulaties, en de mate van succes van behandelingen.

Uit de V.B.C.-ledenlijst van 1986 bleek dat de beroepsgroep voor ongeveer 96% bestond uit vrouwen, de gemiddelde leeftijd was 31 jaar. Oefentherapeuten-Cesar bleken hoofdzakelijk in de eerstelijnsgezondheidszorg in een zelfstandige praktijk werkzaam. Voor 85% van de oefentherapeuten-Cesar vormde de eigen praktijk de bron van inkomsten, ongeveer 22% van de therapeuten werkte in een dienstverband, en 7% werkte zowel in de eigen praktijk als in een dienstverband. Uit dezelfde adressenlijst bleek bovendien dat 27% van de oefentherapeuten-Cesar op meer dan één adres werkzaam was (Hasper, 1986).

De kennis die gegevens over oefentherapie-Cesar kan opleveren is van belang voor de beroepsgroep zelf. Het kan als uitgangspunt dienen voor beleid ten aanzien van bijvoorbeeld na- en bijscholing en intercollegiale toetsing. Dit zijn aspecten die van belang zijn voor het verbeteren en handhaven van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Er bestaat ook buiten de beroepsgroep behoefte aan meer informatie over oefentherapie-Cesar. Informatie over het beroep en de beroepsbeoefenaren is ondermeer van belang voor de overheid, de zorgverzekeraars en verwijzers. Informatie over de leeftijdsverdeling en het aantal werkuren is bijvoorbeeld van belang voor de beroepskrachtenplanning. Informatie over de administratieve oerding kan van belang zijn bij de opzet van toekomstig onderzoek, waarbij men gebruik wil maken van de gegevens die door oefentherapeuten-Cesar worden bijgehouden. Om in deze behoefte te voorzien is in 1990 bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) een project gestart waarin onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg wordt gedaan. On-

derdeel van het project is een enquête over de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en de relatie die oefentherapeuten Cesar hebben met verwijzers. In dit artikel wordt verslag gedaan van de eerst genoemde aspecten. Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

1. demografische en algemene kenmerken;
2. kenmerken van de werksituatie;
3. kenmerken van de taakuitoefening;
4. na- en bijscholing.

In een tweede artikel wordt verslag gedaan over de relatie met de verwijzer. Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk¹ en therapeuten die werkzaam zijn in een solo-praktijk. De mogelijkheid bestaat dat onder deze verschillende werksituaties, oefentherapeuten-Cesar verschillen in taakuitoefening, omdat bepaalde taken gezamenlijk kunnen worden uitgevoerd. Bovendien is de verwachting dat in groepspraktijken de mogelijkheid (en noodzakelijkheid) van overleg met collega's groter is.

METHODE.

Gegevensverzameling.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Cesar in Nederland. Bij de steekproef is gebruik gemaakt van twee bestanden: ten eerste het bestand van namen en adressen van werkende leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC). Daarnaast werd gebruik gemaakt van het bestand van de bij de Geneeskundige Hoofdininspectie (GHI) geregistreerde gediplomeerde oefentherapeuten-Cesar². Uit dit laatste bestand zijn alle therapeuten verwijderd die reeds voorkwamen in het bestand van de VBC. Het grootste deel van de steekproef (267 therapeuten) is afkomstig uit het ledenbestand van de VBC. Om ook niet-leden te betrekken in de steekproef is het overige deel van de steekproef (100 therapeuten) afkomstig uit het bewerkte GHI-bestand. In totaal zijn 367 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992.

DE ENQUETE

De procedure bij het ontwikkelen van de enquête.

Bij de ontwikkeling van de enquête is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij datgene wat bekend is over het werk en de werksituatie van oefentherapeuten-Cesar. Een belangrijke inhoudelijke leidraad is daarbij geweest het beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (Engels & De Jager, 1988). Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de gegevens uit onderzoek naar oefentherapie-Cesar (o.a. Hasper, 1986). De enquête "relatie huisarts-fysiotherapeut" uit het onderzoek Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg heeft tevens als inspiratiebron gediend (Kerssens et al., 1986). Een concept enquête is besproken met een inhoudelijk adviseur en met leden van de begeleidingscommissie. Na aanpassing zijn de enquêtes vervolgens uitgetest op een kleine groep therapeuten. Naar aanleiding van dit vooronderzoek is de definitieve versie van de enquête opgesteld (zie van Gisbergen et al, 1991).

¹ Met een groepspraktijk wordt hier bedoeld een praktijk waar méér dan één oefentherapeut-Cesar werkzaam is.

² Het werkende ledenbestand van de VBC omvatte 714 namen en adressen en het bestand van de GHI 974 namen en adressen.

De inhoud van de enquête.

Onderwerpen die in de enquête aan de orde komen zijn: demografische kenmerken van de therapeuten (geslacht, leeftijd, aantal jaren werkervaring), kenmerken van de werksituatie (eerstelijns of tweede/derdelijnsgezondheidszorg), aard en omvang van de werkzaamheden, de administratievoering en na- en bijscholing. De taken van de oefentherapeut die worden belicht zijn taken die gebaseerd zijn op het beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (Engels & de Jager, 1988). Het gaat daarbij om de taakgebieden: het verlenen van zorg, samenwerken met andere zorgverleners, evalueren van het beroepsmatig handelen, beheren en het ontwikkelen van individuele kennis en kunde. Bij deze vragen is gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal. Middels deze schaal die loopt van "doe ik nooit" tot "doe ik zeer vaak" moesten de respondenten aangeven in hoeverre men deze activiteiten daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uitvoert.

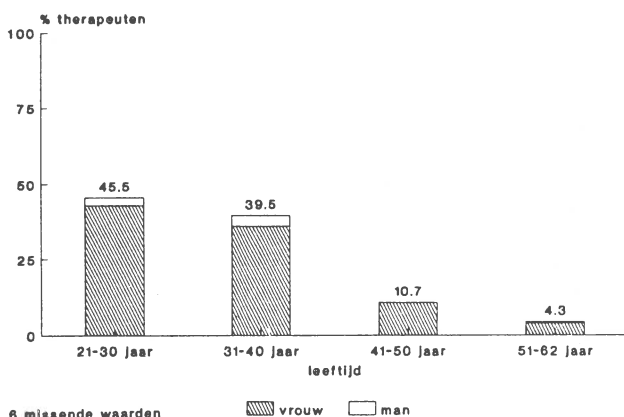
Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solo-praktijk. De verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toets of de chi-kwadraat methode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven in de tekst. Als significantie-niveau is gekozen voor alfa kleiner of gelijk aan 0.05.

RESULTATEN

Respons.

In totaal zijn 367 enquêtes verstuurd. Na 1 rappèl zijn 319 enquêtes terug ontvangen (87%). Van de 319 terug ontvangen enquêtes bleken er 19 onbestelbaar en 61 enquêtes waren afkomstig van respondenten die niet werkzaam waren als oefentherapeut-Cesar. Het grootste deel van de niet werkzame respondenten was afkomstig uit het bewerkte GHI-bestand, namelijk 46. Uiteindelijk bleven 239 respondenten over; 231 uit het VBC bestand en 8 uit het bewerkte GHI-bestand. De netto respons (na aftrek van de onbestelbare enquêtes en de enquêtes die verstuurd waren aan niet werkzame oefentherapeuten-Cesar) was 83%. Gezien de hoogte van de respons en de wijze van steekproeftrekking kan gesteld worden dat het gaat om een representatieve steekproef onder alle werkende oefentherapeuten-Cesar in Nederland.

Demografische en algemene kenmerken.

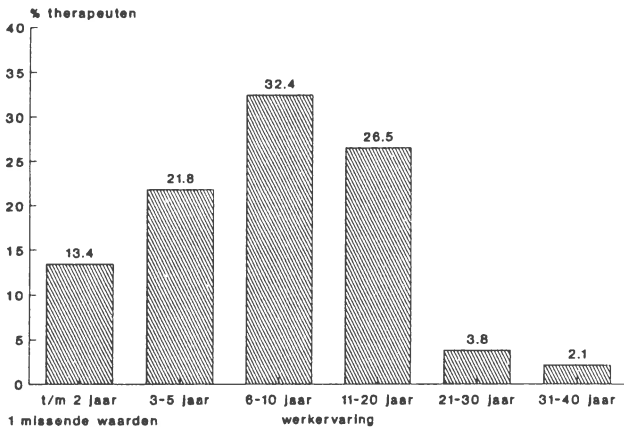


figuur 1: Geslachts- en leeftijdsverdeling van de respondenten. (N = 239)

In figuur 1 staat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de 239 respondenten. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 33.5 jaar. Van de 239 respondenten waren 224 (93.7%) van het vrouwelijk geslacht.

De oefentherapeuten-Cesar die hebben deelgenomen aan de enquête zijn afgestudeerd tussen 1950 en 1991, de meeste van hen in de jaren 80. Ongeveer driekwart van de respondenten is gaan werken als oefentherapeut-Cesar in het jaar van afronden van de opleiding, 22% in het jaar na het jaar van het afronden van de opleiding en de overgebleven 3% later. Men moet zich realiseren dat niet-werkende therapeuten niet bij de enquête betrokken zijn: het is mogelijk dat juist therapeuten die lang na de afronding van de opleiding geen werk hebben gevonden als oefentherapeut-Cesar iets anders zijn gaan doen, waardoor de genoemde cijfers een iets te rooskleurig beeld zouden kunnen geven.

De werkervaring van de respondenten is gemiddeld 9.1 jaar. Het minimum aantal jaren is 0.3 en het maximum aantal jaren is 40.0 (zie figuur 2).



figuur 2: Het aantal jaren werkervaring dat men heeft als oefentherapeut Cesar. (N = 239)

Kenmerken van de werksituatie.

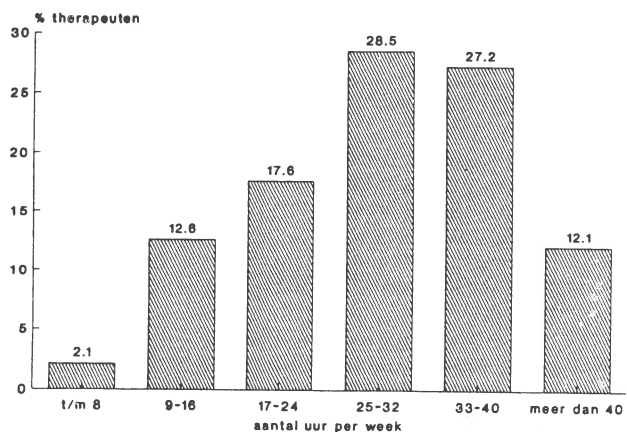
De meeste oefentherapeuten-Cesar (80%) zijn werkzaam op één werkplek, 18% op twee werkplekken en 2% op drie werkplekken. De meerderheid (91%) van de respondenten werkt uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bijna 9% van de respondenten is werkzaam in de tweede/derdelijns gezondheidszorg; 3% uitsluitend en 6% werkt tevens in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van de therapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg (n = 232) werkt 47% als zelfstandig oefentherapeut Cesar, 7% werkt in loondienst en 46% in een ander samenwerkingsverband (bijvoorbeeld in een groepspraktijk). Van de in de eerstelijns werkende therapeuten werkt 45% in een solopraktijk en 55% werkt in een groepspraktijk. Tabel 1 geeft een overzicht van alle soorten praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Cesar werkzaam zijn.

Het aantal uren dat de respondenten werken per week is gemiddeld 29.2 (minimaal 3 uren en maximaal 60 uren). In figuur 3 staat de frequentieverdeling van het totaal aantal uren werk per week (dus over alle werkplekken opgeteld). Het aantal behandelingen per week ligt bij de in de eerstelijns werkende therapeuten tussen 4 en 75 en is

tabel 1: Het soort praktijken/instellingen waar de oefentherapeuten Cesar werkzaam zijn. (N=239)

praktijk/instelling	aantal therapeuten	%
a. eerstelijns gezondheidszorg.		
praktijk voor oefentherapie Cesar	223	(93.3%)
gezondheidscentrum	2	(0.8%)
paramedisch centrum	1	(0.4%)
kruisvereniging	2	(0.8%)
b. tweede/derdelijnsgezondheidszorg		
ziekenhuis	5	(2.1%)
verpleeghuis	11	(4.6%)
zwakzinnigen instelling	1	(0.4%)
gehandicapteninstelling	1	(0.4%)
medisch kleuterdagverblijf	5	(2.1%)
c. elders		
opleiding voor oefentherapie Cesar	1	(0.4%)
LOM-school	3	(1.3%)
ZMLK-school	1	(0.4%)
school n.n.o.	6	(2.5%)
zwembad	3	(1.3%)

gemiddeld 38.9 (N = 224). Het aantal behandelingen per week ligt bij de in de tweedelijns werkende therapeuten tussen 3 en 95 en is gemiddeld 43.00 (n = 20). In de eerstelijns heeft 40.9% van de therapeuten te maken met een wachtlijst voor patiënten. Bij 52.7% van de therapeuten met een wachtlijst is de wachtlijst een structureel probleem. De gemiddelde wachttijd indien er een wachtlijst is bedraagt 3.9 weken.



figuur 3: Het aantal uren dat oefentherapeuten Cesar per week werken. (N = 239)

Bijna de helft (47%) van de respondenten heeft in het jaar voorafgaande aan de enquête een of meerdere cursussen verzorgd/gegeven, bijvoorbeeld pré- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen.

Kenmerken van de taakuitoefening.

Tabel 2 geeft een overzicht van de mate waarin oefentherapeuten-Cesar in de dagelijkse praktijk toekomen aan verschillende taken. Deze taken zijn afgeleid van het beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (Engels & de Jager, 1988). Taken waar de meeste therapeuten vaak aan toekomen hebben te maken met het verlenen van zorg. Het gaat daarbij met name om taken als het inventariseren van de problemen van de patiënt door middel van anamnese en onderzoek, de patiënt voorlichten over de methode en handelwijze van de oefentherapeut-Cesar, de patiënt informeren over het behandelplan, het voorlichten van de patiënt over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen en de zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren en motiveren. De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen, gebeurt bij de meeste therapeuten minder vaak, ditzelfde geldt ook voor het evalueren van de totale behandeling met patiënten.

Aan het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing en het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werkerterrein en de werkwijze van de oefentherapeut-Cesar komt een groter deel van de respondenten nooit aan toe dan aan de andere taken.

tabel 2: Algemene vragen met betrekking tot beroepsuitoefening. (N=239)

	doe ik nooit		doe ik zeer vaak		
	%	%	%	%	%
taakgebied: verlenen van zorg					
De problemen van de patiënt inventariseren d.m.v. anamnese en onderzoek (1 missende waarde)	0.0	0.4	0.0	3.8	95.8
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten (2 missende waarden)	0.4	1.3	7.6	26.2	64.6
De behoeften van de patiënt inventariseren (1 missende waarde)	0.4	0.8	9.7	23.5	65.5
Bepalen welke psychische/ psychosociale problemen van de patiënt van invloed zijn en deze betrekken bij het behandelplan (1 missende waarde)	0.0	2.9	13.4	36.6	47.1
De patiënt voorlichten over de methode en handelwijze van de oefentherapeut Cesar (2 missende waarden)	0.4	3.4	5.5	10.5	80.2
De patiënt informeren over het behandelplan (1 missende waarde)	0.8	0.8	6.3	15.5	76.5

De patiënt voorlichten over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen (2 missende waarden)

De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. de behandeling (5 missende waarden)

De zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren en motiveren (4 missende waarden)

overige taakgebieden

Het evalueren van de totale behandeling met patiënten (4 missende waarden)

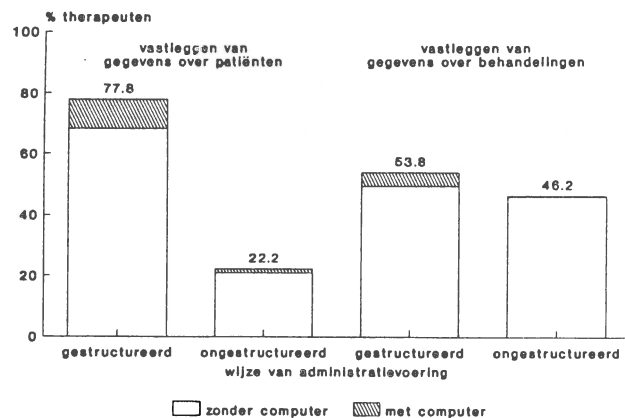
Het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's (bijv. intercollegiale toetsing) (2 missende waarden)

Een deugdelijke registratie van patiënten en behandelingen bijhouden (3 missende waarden)

Het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werkerterrein en de werkwijze van de oefentherapeut-Cesar (3 missende waarden)

Administratievoering.

Driekwart van de respondenten legt op een gestructureerde wijze gegevens vast over patiënten, ongeveer de helft van de respondenten doet dit voor behandelingen. Gestructureerd wil zeggen dat men gebruik maakt van een



figuur 4: De wijze van administratievoering. (N=239)

formulier in tegenstelling tot het maken van losse aantekeningen. Weinig respondenten maken gebruik van een personal computer bij de administratie-voering.

Bijhouden en uitbreiden van deskundigheden.

In tabel 3 staat een overzicht van de mate waarin de respondenten toekomen aan het op peil houden en het specificeren van hun deskundigheden door het bijhouden van literatuur, het deelnemen aan congressen en het deelnemen aan nascholingscursussen. Een klein deel van de respondenten zegt nooit vakliteratuur bij te houden. Het bijhouden van vakliteratuur bij de andere respondenten beperkt zich echter met name tot het tijdschrift "Cesar". Een groot deel van de respondenten zegt nooit buitenlandse vakliteratuur te lezen.

tabel 3: Vragen met betrekking tot het behouden en uitbreiden van deskundigheden.
(N = 239)

	doe ik nooit			doe ik zeer vaak		
	%	%	%	%	%	%
Bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied (2 missende waarden)	1.7	14.3	36.7	28.7	18.6	
Leest u de volgende tijdschriften: Cesar (4 missende waarden)	2.1	2.1	8.1	15.3	72.3	
Binnenlandse vakliteratuur (paramedisch) (24 missende waarden)	27.4	22.8	23.7	14.9	11.2	
Binnenlandse vakliteratuur (medisch) (45 missende waarden)	49.5	24.7	14.4	5.7	5.7	
Buitenlandse vakliteratuur (60 missende waarden)	91.6	5.0	1.7	0.6	1.1	
Deelnemen aan nascholingscursussen (6 missende waarden)	9.0	26.2	33.9	20.2	10.7	
Deelnemen aan congressen (3 missende waarden)	10.6	26.3	32.2	20.8	10.2	

Van de respondenten heeft 85% tenminste één na- of bijscholingscursus gedaan: 19% volgde één cursus, 18% twee, 20% drie en 29% vier of meer cursussen. In tabel 4 staan de tien meest door de respondenten gevolgde na- en bijscholingscursussen. De meeste respondenten (32%) volgden de nascholing op het gebied van de sensomotorische ontwikkeling via de cursus "Skippy". Meer dan 20% van de respondenten volgden de cursussen ademhalings-therapie en sensomotorische training. De andere in de

top-tien opgenomen cursussen werden door tussen de 9% en 15% van de respondenten gevolgd.

tabel 4: De top-tien cursussen wat betreft deelname onder oefentherapeuten Cesar.
(N = 239)

soort cursus	aantal therapeuten	(percentage)
1. skippy	76	(31.8%)
2. ademhalingstherapie	57	(23.8%)
3. sensomotorische training	52	(21.8%)
4. onderzoek LWK-SI	36	(15.1%)
5. zwangerschapsgymnastiek	33	(13.8%)
6. Feldenkrais	28	(11.7%)
7. Samson CWK-SG	25	(10.5%)
8. Le Bon depart	23	(9.6%)
9. Cesar & bedrijfsleven	23	(9.6%)
10. ontspanningstherapie	21	(8.8%)

Verschillen tussen therapeuten uit solo- en uit groepspraktijken.

Voor een aantal aspecten is geanalyseerd of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een solo-praktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk (het gaat daarbij alleen om eerstelijnssettingen). Therapeuten die werken in groepspraktijken zijn gemiddeld jonger (31.3 t.o.v. 36.2 jaar, t-toets, $p = 0.00$) en hebben gemiddeld minder jaren werkervaring (7.4 t.o.v. 11.9 jaar, t-toets, $p = 0.00$). Er zijn geen significante verschillen voor wat betreft het aantal uren werk per week en het aantal behandelingen per week. Therapeuten uit groepspraktijken hebben vaker te maken met wachtlijsten (49% t.o.v. 28%, chi-kwadraat, $p = 0.00$). Van de therapeuten uit groepspraktijken zegt 3.7% nooit toe te komen aan het evalueren van het eigen beroepsmatig handelen met collega's bijvoorbeeld door intercollegiale toetsing, bij solo-praktijken is dat 21.8% van de therapeuten. Dit verschil is significant (chi-kwadraat, $p = 0.00$). Er zijn geen verschillen met betrekking tot het bijhouden en het uitbreiden van deskundigheden.

BESCHOUWING

Het doel van dit (deel) onderzoek is het in kaart brengen van de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Cesar. Een aantal van de onderwerpen in dit onderzoek zijn al eerder aan de orde gekomen in andere studies. Het gaat daarbij om de leeftijds- en geslachtsverdeling, het dienstverband en het aantal werkplekken. Er is niet eerder nagegaan in hoeverre oefentherapeuten-Cesar toekomen aan taken die worden genoemd in het beroepsprofiel. Ook een vergelijking tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk is niet eerder gebeurd.

Een vergelijking met de gegevens uit de V.B.C.-ledenlijst van 1986 (Hasper, 1986) laat zien dat het percentage therapeuten van het mannelijk geslacht iets hoger ligt in dit onderzoek, namelijk 6% ten opzichte van 4% in 1986. De gemiddelde leeftijd ligt ook hoger, namelijk 33.5 jaar ten opzichte van 31 jaar in 1986. Het percentage therapeuten dat werkzaam is op meer dan één plek ligt lager in dit onderzoek; 20% ten opzichte van 27% in 1986. Deze verschillen wijzen vermoedelijk op werkelijke veranderingen

gen in de tijd van kenmerken van de populatie werkende oefentherapeuten-Cesar. De toename van het percentage mannelijke therapeuten kan toegeschreven worden aan een positief discriminatie beleid bij de opleiding ten aanzien van de toelating van mannelijke studenten. Daarnaast treedt er een veroudering van de beroepsgroep op. De oefentherapie Cesar is met name gesitueerd in de eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts een gering deel van de respondenten werkt uitsluitend in de tweede/derdelijns gezondheidszorg.

In het beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar (Engels & de Jager, 1988) worden aan de werkzaamheden van de oefentherapeut-Cesar een belang toegekend. Alle in de enquête voorkomende taken worden belangrijk tot zeer belangrijk gevonden. Ondanks het belang dat aan de verschillen taken wordt gehecht (in het beroepsprofiel) bestaat de indruk dat de oefentherapeuten-Cesar in mindere mate toekomen aan taken die niet direct tot het taakgebied "verlenen van zorg" behoren. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij het interpreteren van de antwoorden op de schaal die loopt van "doe ik nooit" naar "doe ik zeer vaak" enige voorzichtigheid is gewenst. Als men zegt "zeer vaak" een anamnese af te nemen, betekent dit waarschijnlijk iets anders dan als men zegt "zeer vaak" na- en bijscholing te volgen. In het eerste geval gaat het om iets dat vermoedelijk één of twee keer per week gebeurt, in het tweede geval om iets dat één of twee keer per jaar voorkomt. Het meeste duidelijkheid geeft daarom de antwoordcategorie "doe ik nooit".

Ongeveer eentiende van de oefentherapeuten-Cesar antwoordt dat zij nooit het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's (intercollegiale toetsing). Hetzelfde geldt voor het volgen van na- en bijscholing. Voor een deel is dit verklaarbaar vanuit de bestaande situatie. Ten aanzien van intercollegiale toetsing geldt dat er nog geen model is ontwikkeld op basis waarvan dit kan plaatsvinden. Ondersteuning bij de ontwikkeling van methodieken voor intercollegiale toetsing is noodzakelijk. Aangezien hier nog geen sprake van is, is het niet vreemd dat een deel van de therapeuten nooit toekomt aan intercollegiale toetsing. Ook is het aanbod aan voor de beroepsgroep specifieke na- en bijscholing beperkt. Hierdoor zal men genoodzaakt zijn om te zoeken bij of samen te werken met andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld oefentherapie-Mensendieck of fysiotherapie. Intercollegiale toetsing en het volgen van na- en bijscholing zijn bij uitstek taken die een bijdrage kunnen leveren aan het op peil houden en het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Als een deel van de therapeuten nooit toekomt aan deze taken, kan dit gevolgen voor de beroepsgroep als geheel. Aandacht hiervoor is dus belangrijk.

Er zijn een aantal verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. Therapeuten die werken in een groepspraktijk zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder werkervaring. Deze situatie is mogelijk ontstaan omdat net afgestudeerde oefentherapeuten-Cesar eerst gaan werken in de praktijk van een ander, voordat zij aan een eigen praktijk beginnen. Therapeuten in groepspraktijken hebben vaker een wachtlijst voor patiënten. De oorzaak hiervan kan zijn dat groepspraktijken onder één ziekenfondscontract werken waarin het totaal aantal behandelingen per jaar is vastgelegd. Hierdoor moeten therapeuten die werken in groepspraktijken dit aantal delen, waardoor zij mogelijk sneller het toegelaten

maximum bereiken (de enquête is gehouden aan het eind van het jaar). Ook is het mogelijk dat groepspraktijken meer patiënten krijgen verwezen.

Een groter deel van de therapeuten die werkzaam zijn in solo-praktijken komt nooit toe aan intercollegiale toetsing. De oorzaak hiervan kan liggen aan het organisatorische voordeel dat een groepspraktijk hierbij heeft. Overleg en overeenstemming kan ook noodzaak zijn in een groepspraktijk omdat de mogelijkheid bestaat dat een patiënt wordt behandeld door verschillende therapeuten.

In dit artikel is een beschrijving gegeven van de werksituatie en taakuitoefening bij oefentherapeuten-Cesar. In een volgend artikel zal de relatie met verwijzers worden beschreven.

LITERATUUR

Dekker, J.; Driessen, M.J.; Gisbergen, M. van - 1991. Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Utrecht, NIVEL, 1991.

Engels, O.; Jager, J. de - 1988. Beroepsprofiel oefentherapeut Cesar. Instituut voor Leerplanontwikkeling, Enschede.

Gisbergen, M.J.W.M. van; Driessen, M.J.A.; Dekker, J. - 1991. Interimrapport: verslag over de eerste fase van het project "Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, Podotherapie en Ergotherapie". Utrecht, NIVEL, 1991.

Hasper, H.C. - 1986. Rapport eerste fase onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Dolder, Opleiding oefentherapie Cesar.

Hasper, H.C. - 1987. Vijftig jaar Bewegingsleer Cesar. Inleiding op ontstaan, theorie en werkwijze. Den Dolder, Stichting Vormingsfonds Cesar.

Hasper, H.C.; Janssen, B.Y.; Lievaart, W.M. - 1990. Oefentherapie-Cesar en rugklachten. Cesar, februari 1990, 2-12.

Hasper, H.C.; Smit, J. - 1988. Rapport tweede fase onderzoek 1988 naar de resultaten van de oefentherapie-Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Dolder, Opleiding oefentherapie Cesar.

Kerssens, J.J.; Curfs, E.Chr.; Groenenwegen, P. - 1986. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht, NIVEL.

Wet op de paramedische beroepen - 1987. Zesde druk, Zwolle, Tjeenk-Willink.

*Auteurs: drs. W.M. Zuijnderduin en dr. J. Dekker
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.
NIVEL-Postbus 1568, 3500 BN Utrecht,
Drieharingstraat 6, Utrecht. Tel. 030-319946*

3. DE RELATIE VERWIJZER OEFENTHERAPEUT-CESAR

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Cesar oefentherapie, 1993; 24;2: 29-35.

Walter Zuiderduin, Joost Dekker.

De relatie verwijzer - oefentherapeut-Cesar

Samenvatting.

In het kader van het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg is een enquête gehouden. Centraal in deze enquête staat de relatie die oefentherapeuten-Cesar hebben met verwijzers. De belangrijkste resultaten zijn:

Het aantal nieuwe patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen door oefentherapeuten-Cesar is gemiddeld 9 (minimaal 1 en maximaal 49). De therapeuten schatten dat 72% van de patiënten is verwezen door de huisarts en 28% door de medisch specialist. Het aantal verwijzers dat patiënten heeft verwezen in het half jaar voorafgaande aan de enquête is gemiddeld 21 (11 huisartsen en 10 specialisten).

De informatie bij verwijzing omvat volgens ongeveer de helft van de therapeuten altijd de medische diagnose. Aanvullende informatie, over bijvoorbeeld psychosociale achtergronden, krijgt slechts een klein deel van de therapeuten. Tijdens de behandelperiode wordt zelden contact opgenomen door de verwijzer. Aan het einde van de behandelperiode wordt door een groot deel van de oefentherapeuten-Cesar rapport uitgebracht aan de verwijzer over het resultaat van de behandeling. Eënderde van de respondenten vindt dat de communicatie met huisarts altijd goed verloopt. Over communicatie met specialisten is iets minder dan éénzesde van de respondenten dit van mening.

Therapeuten die werken in groepspraktijken en therapeuten die werken in solo-praktijken verschillen in een aantal aspecten. Het aantal verwijzers (huisartsen en medisch specialisten), dat in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten heeft verwezen, wordt door therapeuten die werken in groepspraktijken hoger geschat. En er is een tendens dat therapeuten die werken in groepspraktijken vaker rapport uit brengen aan verwijzers.

In de beschouwing worden enkele aanbevelingen gedaan die mogelijk kunnen leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de relatie tussen oefentherapeuten-Cesar en verwijzers.

Inleiding.

De relatie tussen oefentherapeuten-Cesar en verwijzers is formeel vastgelegd in de Wet op de paramedische beroepen. De zorg van de oefentherapeut-Cesar is voor de patiënt pas toegankelijk na verwijzing door een de praktijk uitoefenende geneeskundige. De verwijzing dient te geschieden in de vorm van een schriftelijke opdracht (ondertekend en gedateerd) en in te houden: naam opdrachtgever; naam, geboorteplaats, woonplaats ten aanzien van wie de opdracht wordt verstrekt en de medische diagnose. Daarnaast kan de verwijzing ook aanwijzingen bevatten ten aanzien van de behandeling. Op basis van de door de verwijzer verstrekte informatie en de informatie uit een eigen aanvullend onderzoek bepaalt de therapeut of oefentherapie-Cesar kan bijdragen tot een effectieve behandeling van de patiënt. Meent de therapeut dat op basis van de door de

verwijzer verstrekte gegevens en/of voorschriften en het eigen onderzoek geen effectieve behandeling mogelijk is, dan dient hierover overleg plaats te vinden met de betreffende verwijzer. De therapeut die een patiënt in opdracht van een verwijzer in behandeling neemt, is verplicht deze op de hoogte te houden over het verloop van de behandeling en diens advies te vragen bij eventuele problemen tijdens de behandeling. De verwijzer kan opdracht geven tot het staken of het continueren van de behandeling. In de rapportage kan de therapeut hierover een advies geven. Naast een eindverslag kan ook een tussentijds verslag worden gegeven (Engels & de Jager, 1988).

De kwaliteit van de samenwerking tussen verwijzer en de oefentherapeut-Cesar houdt verband met de kwaliteit van de hulpverlening aan de patiënt. Het is daarom belangrijk dat er informatie beschikbaar is over de relatie die oefentherapeuten-Cesar hebben met verwijzers. Door de relatie oefentherapeut-Cesar verwijzer te beschrijven kunnen mogelijke knelpunten in deze relatie worden belicht.

Uit onderzoek zijn enkele cijfers over verwijzingen naar oefentherapie-Cesar bekend. Het aantal nieuwe patiënten dat per maand wordt verwezen bedraagt gemiddeld zo'n 10 per therapeut. Hiervan wordt ongeveer 80% door de huisarts verwezen en 20% door de medisch specialist (Hasper, 1986). Er zijn geen gegevens over de inhoud van de relatie die oefentherapeuten-Cesar hebben met verwijzers. In dit artikel wordt verslag gedaan over de resultaten van een enquête die is gehouden in het kader van het project "Functie en plaats van oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg". In deze enquête speelt de relatie die oefentherapeuten-Cesar hebben met verwijzers een centrale rol.

Methode.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Cesar in Nederland. Hiervoor is een aselechte steekproef getrokken uit het bestand van werkende leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) en het bestand van gediplomeerde oefentherapeuten-Cesar van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI). In totaal zijn 367 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992. Na aftrek van enquêtes die terugkwamen omdat zij onbestelbaar waren en enquêtes die zijn teruggestuurd door niet (meer) als zodanig werkende oefentherapeuten-Cesar bleven 239 enquêtes over; de netto-respons was 83%. Gezien de hoogte van de respons en de wijze van gegevensverzameling kunnen de resultaten beschouwd worden als representatief voor alle in Nederland werkende oefentherapeuten-Cesar. Een uitgebreide beschrijving van de wijze waarop de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden en de procedure die is gevolgd bij het ontwikkelen van de enquête staat in het artikel "Oefentherapeuten-Cesar: werksituatie en taakuitoefening" (Zuiderduin & Dekker, 1993).

Met behulp van de enquête zijn gegevens verzameld over het aantal verwijzers en het aantal patiënten dat in behandeling wordt genomen. De gegevens over verwijzers hebben betrekking op het half jaar dat vooraf ging aan de enquête. Daarnaast is informatie verkregen over de inhoud en frequentie van het contact tussen oefentherapeuten-Cesar en verwijzers. Bij de vragen over de inhoud en frequentie van het contact is de chronologische volgorde aangehouden van het zorgverleningsproces. Er zijn vragen die betrekking hebben op de inhoud van het contact bij aanvang van de behandeling (verwijzing), het contact tijdens de behandelperiode en het contact bij beëindiging van de behandelperiode (rapportage).

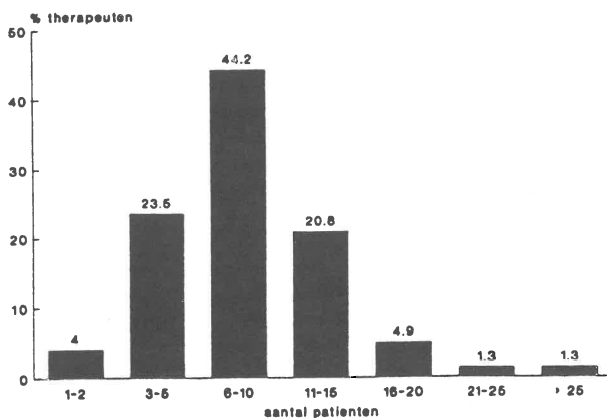
In de enquête is tevens naar het oordeel gevraagd dat oefentherapeuten-Cesar hebben over de communicatie met verwijzers en de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Cesar. Bij de vragen over de inhoud en frequentie van het contact met verwijzers, het oordeel over de communicatie met verwijzers en de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Cesar is gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal om de antwoorden weer te geven. Deze schaal loopt van (bijna) nooit naar (bijna) altijd. In het midden van de schaal staat (ongeveer) de helft. De tusseliggende categorieën betekenen dat de situatie in "minder dan de helft" of in "meer dan de helft" van de keren voorkomt. Bij het oordeel over de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Cesar loopt deze schaal van (bijna) nooit naar zeer vaak.

Er is ook nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een solo-praktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk¹. Deze verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toetsen of de Chi-kwadraat methode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven bij de resultaten. Als significantie-niveau is gekozen voor een alfa gelijk aan 0.05.

Resultaten.

Aantal patiënten.

In de enquête is gevraagd naar het aantal nieuwe patiënten dat gemiddeld per maand in behandeling wordt genomen. Het gaat daarbij ook om patiënten die al eerder zijn behandeld en die klachtenvrij zijn geweest. De schatting van dit aantal vertoont grote verschillen tussen therapeuten.



13 missende waarden

Figuur 1: De frequentieverdeling van het aantal nieuwe patiënten dat naar schatting per maand door oefentherapeuten-Cesar in behandeling wordt genomen (N = 239).

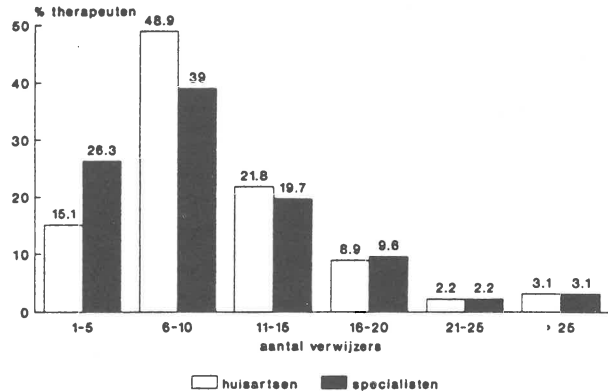
Gemiddeld over alle respondenten worden naar schatting per maand 9 nieuwe patiënten in behandeling genomen. Het minimum aantal is 1 en het maximum 49. In figuur 1 staat de frequentie verdeling van het aantal nieuwe patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen door de oefentherapeuten-Cesar.

Verwijzers.

Tabel 1 geeft een overzicht van het deel van de nieuwe patiënten dat naar schatting verwezen wordt door de huisarts of de medisch specialist en welk deel van de patiënten zonder verwijzing komt. Het grootste deel van de patiënten is verwezen door de huisarts, gemiddeld 72%. De medisch specialist is de verwijzer van gemiddeld 28% van de patiënten. Een klein deel (gemiddeld 2%) van de patiënten komt in eerste instantie zonder verwijzing bij de oefentherapeut-Cesar. Daarbij moet worden opgemerkt dat driekwart van de therapeuten nooit patiënten zonder verwijzing krijgt².

Er is zowel gevraagd om aan te geven welke verwijzers in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten hebben doorverwezen, als naar een schatting van het aantal verwijzers. In tabel 2 staan de tien meest genoemde verwijzers. De huisarts wordt door 95% van de therapeuten genoemd als verwijzer. Na de huisarts worden het meest genoemd de orthopeed en de neuroloog. Ruim tweederde van de respondenten noemt de schoolarts³ als verwijzer en meer dan de helft de reumatoloog. Daarna volgen van boven naar beneden de revalidatiearts, de kinderarts, de neurochirurg, de internist en de gynaecoloog.

Het aantal verwijzers, dat naar schatting patiënten heeft verwezen in het half jaar voorafgaande aan de enquête is, gemiddeld 21. Het minimum aantal verwijzers dat genoemd wordt is 3 en het maximum aantal is 89. Het gemiddeld aantal huisartsen is 11 en het gemiddeld aantal specialisten is 10. Figuur 2 geeft de frequentieverdeling van het aantal huisartsen en medisch specialisten dat door de therapeuten wordt genoemd.



huisartsen 14 missende waarden
specialisten 11 missende waarden

Figuur 2: De frequentieverdeling van het aantal huisartsen en het aantal gespecialiseerden, dat naar schatting patiënten heeft verwezen naar oefentherapeuten-Cesar (N = 239).

De vraag welke verwijzer de meeste patiënten verwijst is met het bovenstaande nog niet beantwoord. Om hierover een indruk te krijgen is gevraagd welke drie categorieën verwijzers de meeste patiënten hebben verwezen in het half

jaar voorafgaande aan de enquête. Het meest wordt daarbij de huisarts genoemd, namelijk door 93% van de therapeuten. Na de huisarts wordt de orthopeed het meest genoemd (64%) en vervolgens de neuroloog (59%). Ook de schoolarts (13%), de reumatoloog (13%) en de revalidatiearts (9%) worden regelmatig genoemd. Andere verwijzers worden door maximaal 3% van de therapeuten genoemd.

Inhoud en frequentie van het contact met verwijzers.

Bij de indeling van de vragen, met betrekking tot de inhoud en frequentie van het contact met verwijzers, is in de enquête de chronologische volgorde van het zorgverlenings-

tabel 3: Inhoud en frequentie van het contact bij verwijzing (N = 239).

	(bijna nooit %)		(ongeveer de helft %)		(bijna altijd %)
Wordt er bij verwijzing een (medische) diagnose vermeld (2 missende waarden)	0.4	3.8	12.2	25.7	57.8
Worden de klachten van de patiënt bij de verwijzing omschreven (3 missende waarden)	8.1	23.3	31.4	22.0	15.3
Krijgt u ongevraagd medisch-somatische achtergrondinformatie van de verwijzer (3 missende waarden)	34.3	42.8	15.7	5.5	1.7
Krijgt u medisch somatische achtergrondinformatie op uw verzoek (3 missende waarden)	0.4	0.8	6.4	19.9	72.5
Krijgt u ongevraagd psycho-sociale achtergrondinformatie van de verwijzer (3 missende waarden)	43.2	45.3	8.1	2.1	1.3
Krijgt u psycho-sociale achtergrondinformatie op uw verzoek (4 missende waarden)	2.6	5.0	10.2	25.5	56.2
Geven verwijzers bij verwijzing suggesties voor de behandeling van de patiënt (1 missende waarde)	37.0	41.2	16.8	4.6	0.4
Is het duidelijk waar het behandelingsvoorstel betrekking op heeft (begeleiding, behandeling, voorlichting) (5 missende waarden)	5.6	11.5	21.4	27.4	34.2

Als de arts een patiënt verwijst voor wie naar uw mening geen oefentherapie-Cesar geïndiceerd is, hoe vaak onderneemt u dan één van de volgende acties?

- Uitvoeren van de gevraagde behandeling (54 missende waarden)	58.4	20.0	10.8	3.8	7.0
- Kontakt opnemen arts (17 missende waarden)	3.6	2.3	7.2	13.1	73.9

Als zich een patiënt bij u meldt zonder verwijzing voor behandeling, hoe vaak onderneemt u dan één van de volgende acties?

- U neemt contact op met zijn/haar huisarts of medisch specialist (45 missende waarden)	52.1	13.9	6.7	4.6	22.7
- U stuurt de patiënt eerst naar zijn/haar huisarts of medisch specialist (12 missende waarden)	4.4	1.8	4.0	5.3	84.6
- U neemt de patiënt in behandeling zonder huisarts of medisch specialist te raadplegen (48 missende waarden)	91.6	4.7	0.5	1.0	2.1

tabel 4: Inhoud en frequentie van het contact tijdens de behandelperiode (N = 239).

	(bijna nooit %)		(ongeveer de helft %)		(bijna altijd %)
Rapporteert u aan de verwijzer over de resultaten van het oefentherapeutisch onderzoek (3 missende waarden)	5.9	10.2	8.5	13.1	62.4
Wordt er door de verwijzer over het verloop van de behandeling (telefonisch) contact met u opgenomen (1 missende waarde)	62.2	31.5	4.2	0.8	1.3
Neemt u (telefonisch) contact op met de verwijzer over het verloop van de behandeling (1 missende waarde)	13.0	40.8	18.5	13.0	14.7
Houdt de verwijzer u op de hoogte van belangrijke informatie die relevant is voor de behandeling van de patiënt (bijv. Röntgenfoto's) (2 missende waarden)	53.2	28.3	10.1	4.2	4.2

Vraagt u zelf aan de verwijzer om deze belangrijke informatie indien u dit nodig vindt? 0.4 1.3 3.8 22.7 71.8 (1 missende waarde)

tabel 5: Inhoud en frequentie van het contact na afloop van de behandelperiode (N = 239).

	(bijna) nooit %	(bijna) nooit %	(ongeveer) de helft %	(ongeveer) de helft %	(bijna) altijd %
Rapporteert u aan de verwijzer over het behandel-resultaat aan het einde van de behandelperiode (3 missende waarden)	2.1	2.1	4.2	11.9	79.7
In welke vorm vindt deze eindrapportage plaats? - mondeling 3.0% - schriftelijk 67.0% - beide 30.0% (6 missende waarden)					
Indien u een huisarts verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd? (6 missende waarden)	0.0	0.4	0.9	6.0	92.7
Indien u een medisch specialist verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd? (3 missende waarden)	0.4	0.4	1.3	15.1	82.8

tabel 6: Communicatie in het algemeen (N = 239).

	(bijna) nooit %	(bijna) nooit %	(ongeveer) de helft %	(ongeveer) de helft %	(bijna) altijd %
Komt de terminologie die door u en de verwijzer gehanteerd wordt overeen met elkaar, m.a.w. is er sprake van een "uniforme nomenclatuur" (2 missende waarden)	0.8	0.8	10.1	37.1	51.1
Vindt u dat de communicatie tussen u en huisartsen goed verloopt (8 missende waarden)	0.4	6.9	28.1	31.2	33.3

Vindt u dat de communicatie tussen u en medisch specialisten goed verloopt (6 missende waarden) 6.4 22.3 28.8 27.5 15.0

Vindt U het wenselijk dat er regelmatig overleg is met huisartsen of medisch specialisten over patiënten die door hen worden verwezen

ja 86.6%
nee 13.4%

(1 missende waarde)

Zo ja, hoe vaak moet dit overleg plaatsvinden:

ongeveer 1 keer per week 2.5%
ongeveer 1 keer per twee weken 4.0%
ongeveer 1 keer per maand 40.1%
ongeveer 1 keer per twee maanden 53.5%

tabel 7: Oordeel over de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Cesar (N = 239).

	(bijna) nooit %	(bijna) nooit %	(bijna) nooit %	(bijna) nooit %	zeer vaak %
Vragen huisartsen u om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie Cesar (19 missende waarden)	45.9	31.8	17.7	3.6	0.9
Vragen medisch specialisten u om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie Cesar (18 missende waarden)	69.2	21.3	8.1	0.9	0.5
Gebeurt het dat huisartsen u een patiënt verwijzen voor wie naar uw mening geen oefentherapie Cesar geïndiceerd is (20 missende waarden)	60.3	33.8	5.5	0.5	0.0
Gebeurt het dat medisch specialisten u een patiënt verwijzen voor wie naar uw mening geen oefentherapie Cesar geïndiceerd is (14 missende waarden)	67.6	28.0	3.1	0.9	0.4
Hebben huisartsen in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie Cesar geïndiceerd is (14 missende waarden)	0.4	8.9	25.3	38.2	27.1

Hebben medisch specialisten in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie Cesar geïndiceerd is 1.3 17.1 26.8 32.5 22.4 (11 missende waarden)

proces aangehouden. Er zijn vragen over de inhoud en frequentie van het contact bij verwijzing (zie tabel 3), tijdens de behandelperiode (zie tabel 4) en na afloop van de behandelperiode (zie tabel 5).

Het contact bij verwijzing (tabel 3).

De informatie, die door de verwijzer wordt gegeven, kan, naast het feit dat de betrokken patiënt is verwezen voor oefentherapie-Cesar, ook andere informatie bevatten. Tot de informatie kan behoren de medische diagnose, klachten van de patiënt, medisch-somatische en/of psycho-sociale achtergrondinformatie en eventuele suggesties voor behandeling van de patiënt. Volgens 58% van de therapeuten wordt altijd de medische diagnose bij de verwijzing omschreven. Ongeveer één derde van de therapeuten zegt dat altijd de klachten van de patiënt zijn omschreven. Medisch-somatische en psycho-sociale achtergrondinformatie wordt volgens een zeer klein deel (respectievelijk 2% en 1%) van de therapeuten altijd gegeven. Wanneer de therapeuten zelf om deze informatie vragen wordt deze in veel gevallen wel gegeven. Medisch-somatische achtergrondinformatie wordt volgens een groter deel van therapeuten gegeven (als men daar zelf om vraagt) dan psycho-sociale achtergrondinformatie. Slechts één therapeut antwoordt dat suggesties voor de behandeling van de patiënt altijd door de verwijzer wordt gegeven. Het is volgens één derde van de therapeuten altijd duidelijk waar het behandelingsvoorstel betrekking op heeft (begeleiding, behandeling, voorlichting). Als een arts een patiënt verwijst, die volgens de therapeut geen indicatie heeft voor oefentherapie-Cesar is, wordt door de meeste therapeuten deze patiënt niet in behandeling genomen en wordt altijd contact opgenomen met de arts. Indien zich een patiënt meldt zonder verwijzing wordt door 23% van de therapeuten altijd eerst contact opgenomen met de huisarts of medisch specialist van de patiënt. Door veel therapeuten wordt de patiënt altijd eerst doorgestuurd naar zijn/haar huisarts of medisch specialist. Door 2% van de therapeuten wordt de patiënt altijd in behandeling genomen zonder de huisarts of medisch specialist te raadplegen. Opvallend is het grote aantal therapeuten dat deze vraag niet heeft beantwoord. Waarschijnlijk is voor dat deel van de therapeuten deze vraag niet van toepassing, omdat zij geen patiënten krijgen zonder verwijzing.

Het contact tijdens de behandelperiode (tabel 4).

Ook tijdens de behandelperiode kan er contact plaatsvinden met de verwijzer. Dit contact kan zowel plaatsvinden op initiatief van de verwijzer als op initiatief van de therapeut. Door 62% van de therapeuten wordt altijd verslag uitgebracht aan de verwijzer over de resultaten van het oefentherapeutisch onderzoek. Een klein deel van de therapeuten zegt, dat de verwijzer altijd (telefonisch) contact opneemt over het verloop van de behandeling. Zelf contact opnemen over het verloop van de behandeling doet een groter deel van de therapeuten altijd. Slechts een klein deel van de therapeuten is van mening, dat de verwijzer hen altijd op de hoogte houdt van belangrijke informatie die re-

levant is voor de behandeling van de patiënt (bijvoorbeeld röntgenfoto's). Een groot deel van de therapeuten vraagt altijd zelf om deze informatie.

Het contact na afloop van de behandelperiode (tabel 5).

Het grootste deel van de oefentherapeuten-Cesar brengt rapport uit aan de verwijzer over het resultaat van de behandeling. Deze rapportage vindt bij 67% van de respondenten schriftelijk plaats, bij 3% mondeling en bij 30% zowel schriftelijk als mondeling.

Indien aan verwijzers een verzoek gericht wordt om de behandeling te vervolgen wordt dit volgens een zeer groot deel van de therapeuten altijd gehonoreerd. Huisartsen doen dit relatief vaker dan medisch specialisten.

Communicatie in het algemeen (tabel 6).

De terminologie die door therapeuten en verwijzers wordt gehanteerd stemt volgens ongeveer de helft van de therapeuten altijd overeen met de eigen terminologie. Met andere woorden er is dan sprake van een "uniforme nomenclatuur".

Eén derde van de therapeuten is van mening dat de communicatie met huisartsen altijd goed verloopt. Over de communicatie met specialisten is minder dan één zesde van de therapeuten dit van mening. Regelmatig overleg met verwijzers is volgens 87% van de respondenten wenselijk. Een groot deel van de therapeuten vindt dat dit overleg niet vaker dan 1 keer per maand moet plaatsvinden.

Het oordeel over kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Cesar (tabel 7).

Zowel huisartsen als medisch specialisten vragen zelden om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie-Cesar. Er wordt zelden een patiënt verwezen die geen indicatie heeft voor oefentherapie-Cesar. Dit geldt zowel voor patiënten die zijn verwezen door huisartsen, als voor patiënten die zijn verwezen door medisch specialisten. Huisartsen en medisch specialisten hebben volgens veel therapeuten een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Cesar geïndiceerd is.

Verschillen tussen therapeuten die werken in solo- en groepspraktijken.

Het gemiddeld aantal nieuwe patiënten per maand dat door oefentherapeuten-Cesar in behandeling wordt genomen verschilt niet significant tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werken in een solo-praktijk. Het gemiddeld aantal nieuwe patiënten is respectievelijk 8.9 en 8.1 (t-toets, $p = 0.22$). Wel zijn er significante verschillen betreffende het gemiddeld aantal verwijzers. Het aantal huisartsen, dat in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten heeft verwezen wordt door therapeuten die werken in groepspraktijken wordt geschat op gemiddeld 12.5. Bij therapeuten die werken in solo-praktijken ligt dit aantal lager, namelijk 8.5 (t-toets, $p = 0.00$). Een vergelijkbaar verschil is er voor wat betreft het aantal medisch specialisten. Therapeuten die werken in groepspraktijken hebben gemiddeld te maken gehad met 10.5 medisch specialisten en therapeuten uit solo-praktijken gemiddeld 8.5 (t-toets, $p = 0.05$). Het percentage patiënten dat naar schatting verwezen wordt door de huisarts, de specialist of dat zonder verwijzing komt verschilt niet.

De inhoud en frequentie van het contact met verwijzers dat plaatsvindt op initiatief van de therapeut zelf verschilt in één aspect. Er is namelijk een tendens dat therapeuten

4. OEFENTHERAPEUTEN-MENSENDIECK: WERKSITUATIE EN TAAKUITOEFENING

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Nederlands tijdschrift voor oefen therapie-Mensendieck, 1993, 54;1: 2-8.

OEFENTHERAPEUTEN- MENSENDIECK: WERKSITUATIE EN TAAKUITOEFENING.

In het kader van het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg is een enquête gehouden onder werkzame oefentherapeuten-Mensendieck. In dit artikel wordt verslag gedaan over de resultaten van deze enquête met betrekking tot de onderwerpen werksituatie en taakuitoefening.

Uit de resultaten blijkt dat oefentherapeuten-Mensendieck voornamelijk werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ongeveer een kwart van de oefentherapeuten-Mensendieck is werkzaam op meer dan één werkplek. De gegevens over taakuitoefening laten zien dat de oefentherapeut-Mensendieck zich voornamelijk bezig houdt met taken met betrekking tot de zorgverlening en in mindere mate toekomt aan de overige taken. Tot de overige taken behoren onder andere het op peil houden en het specificeren van deskundigheden door het volgen van na- en bijscholing, het bezoeken van congressen en het bijhouden van vakliteratuur. Ook aan het evalueren van de zorgverlening met patiënten en met collega's komt men in mindere mate toe. Er zijn verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. Therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder jaren werkervaring. Ook is er de tendens dat meer therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk toekomen aan het evalueren van de zorgverlening met collega's (intercollegiale toetsing). Therapeuten in groepspraktijken komen daarentegen minder toe aan het bijhouden van ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied.

DOOR: WALTER ZUIJDER-
DUIN EN JOOST DEKKER.

Inleiding.

De oefentherapie-Mensendieck is een paramedisch beroep. Het is een vorm van lichamelijke opvoeding die streeft naar een optimaal functioneren van de individuele patiënt op basis van zijn/haar anatomische structuur en bewegingsmogelijkheden. De grondlegster van de oefentherapie-Mensendieck is mevrouw Bess M. Mensendieck (1864-1957). Zij ontwikkelde de methode-Mensendieck rond 1895 als reactie op de Victoriaanse normen ten aanzien van houding en beweging en de daaruit voortvloeiende vervreemding van het lichaam (Balm & Gijsbers, 1991). De methode Mensendieck richt zich op verbetering van de lichaamshouding en de manier van bewegen door bewust spiergebruik, een bewuste bewegingsuitvoering en een bewuste beheersing van de houding. Spier-

versterking en spierontspanning zijn belangrijke elementen van de oefeningen. De behandeling is steeds individueel gericht. Oefeningen worden in de regel niet voorgedaan, maar (aangepast) aan de patiënt mondeling geïnstrueerd. Hierdoor kan de patiënt al analyserend, voelend en kijkend (er wordt gebruik gemaakt van spiegels) de beweging goed leren uitvoeren. Toepassing van de methode-Mensendieck vond met verschillende doeleinden plaats. Zo had de methode in eerste instantie een esthetisch doel, namelijk vrouwen een mooie lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen. Vanaf de jaren twintig is de methode-Mensendieck, die toen nog werd onderricht door de "lerares-Mensendieck", zich meer gaan richten op het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat. De methode-Mensendieck kon zo uitgroeien van een preventieve methode tot een preventieve, palliatieve en curatieve behandelingsmethode (Balm, 1989). In 1972 werd oefen-

therapie-Mensendieck in het kader van de Wet op de paramedische beroepen erkend door publicatie van het besluit oefentherapeuten-Mensendieck. De naam van de beroepsbeoefenaren werd toen gewijzigd van "lerares-Mensendieck" in "oefentherapeut-Mensendieck". In 1974 werd oefentherapie-Mensendieck in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgenomen.

Over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en het werkteur van oefentherapeuten-Mensendieck zijn weinig gegevens beschikbaar. Volgens de beroepsgids zorgsector bedroeg het aantal werkzame oefentherapeuten in 1990 circa 800. Tot de voornaamste werkvelden behoorde de eigen praktijk (circa 90%). Ongeveer 10% van de oefentherapeuten-Mensendieck zou werkzaam zijn in de tweede/derde lijn. Het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren bedroeg in 1990 circa 96% (Beroepsgids zorgsector, 1990).

Verder is er weinig bekend over de werksituatie en taakuitoefening bij oefentherapeuten-Mensendieck. Informatie over deze onderwerpen is van belang voor de beroepsgroep zelf. Het kan als uitgangspunt dienen voor beleid van de beroepsvereniging ten aanzien van bijvoorbeeld na- en bijscholing en intercollegiale toetsing. Dit zijn aspecten die van belang zijn voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ook buiten de beroepsgroep is behoefte aan meer informatie over oefentherapie-Mensendieck. Informatie over het beroep is ondermeer van belang voor de overheid, de zorgverzekeraars en verwijzers. Informatie over de leeftijdsverdeling en het aantal werkuur is bijvoorbeeld van belang voor de beroepskrachtenplanning. Informatie over de wijze van administratieve voering kan van belang zijn bij de opzet van toekomstig onderzoek waarin men gebruik wilt maken van de oefentherapeuten-Mensendieck geregistreerde gegevens. Om in deze behoefte aan informatie

te voorzien is in 1990 bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) een project gestart waarin onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg wordt gedaan. Onderdeel van het project is een enquête over de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck en de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers. In dit artikel wordt verslag gedaan over de eerst genoemde aspecten. Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

1. demografische en algemene kenmerken;
2. kenmerken van de werksituatie;
3. kenmerken van de taakuitoefening;
4. na- en bijscholing.

In een tweede artikel wordt verslag gedaan over de relatie met de verwijzer. Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk¹ en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk.

METHODE.

Gegevensverzameling.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Mensendieck in Nederland. Bij de steekproeftrekking is gebruik gemaakt van het ledenbestand van de beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) en van het bestand van de bij de Geneeskundige Hoofdinspectie van de volksgezondheid (GHI) geregistreerde (gediplomeerde) oefentherapeuten-Mensendieck². Alle therapeuten, die zowel voorkwamen in het ledenbestand van de NVOM als in het GHI-bestand, zijn uit het laatste bestand verwijderd. Het grootste deel van de steekproef (300 therapeuten) is afkomstig uit het ledenbestand van de NVOM. Om ook niet-leden te betrekken in de steekproef is het overige deel van de steekproef (52 therapeuten) afkomstig uit het be-

werkte GHI-bestand. In totaal zijn 352 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992.

DE ENQUETE.

De Procedure bij het ontwikkelen van de enquête.

Bij de ontwikkeling van de enquête is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij datgene wat bekend is over het werk en de werksituatie van oefentherapeuten-Mensendieck. Een belangrijke inhoudelijke leidraad is daarbij geweest het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de gegevens uit onderzoek naar oefentherapie-Mensendieck (Balm & de Lange, 1988). De enquête "relatie huisarts-fysiotherapeut" uit het onderzoek Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg heeft tevens als inspiratiebron gediend (Kerssens et al., 1986). Een concept enquête is besproken met een inhoudelijk adviseur en met leden van de begeleidingscommissie. Na aanpassing zijn de enquêtes vervolgens uitgetest op een kleine groep therapeuten. Naar aanleiding van dit vooronderzoek is de definitieve versie van de enquête opgesteld (zie van Gisbergen et al, 1991).

De Inhoud van de enquête.

Onderwerpen die in de enquête aan de orde komen zijn: demografische kenmerken van de therapeuten (geslacht, leeftijd, aantal jaren werker-
varing), kenmerken van de werksituatie (eerstelijns of tweede/derdelijnsgezondheidszorg), aard en omvang van de werkzaamheden, de administratievoering en na- en bijscholing. De taken van de oefentherapeut die worden belicht zijn taken die gebaseerd zijn op het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Het gaat daarbij om de taakgebieden: het verlenen van zorg, samenwerken met andere zorgverleners, evalueren van het beroepsmatig handelen, beheren en het ontwikkelen van individuele kennis en kunde³. Bij deze vragen is gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal.

Middels deze schaal die loopt van "doe ik nooit" tot "doe ik zeer vaak" konden de respondenten aangeven in hoeverre men deze activiteiten daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uitvoert.

Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. De verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toets of de chikwadratmethode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven in de tekst.

RESULTATEN.

Respons.

In totaal zijn 352 enquêtes verstuurd. Na 1 rappel zijn 294 enquêtes terug ontvangen (84%). Van de 294 terug ontvangen enquêtes kwamen er 7 oningevuld terug omdat zij onbestelbaar bleken en 47 enquêtes waren afkomstig van respondenten die niet werkzaam waren als oefentherapeut-Mensendieck. Van de onbestelbare enquêtes waren 3 adressen afkomstig uit het NVOM bestand en 4 uit het bewerkte GHI-bestand. Van de niet-werkzame therapeuten kwamen er 27 uit het NVOM bestand en 20 uit het bewerkte GHI-bestand. Uiteindelijk bleven 240 respondenten over, de netto respons (na aftrek van de onbestelbare enquêtes en de enquêtes die verstuurd waren aan niet werkzame oefentherapeuten-Mensendieck) was 81%. Gezien de hoogte van de respons en de wijze van steekproeftrekking kan er vanuit ge-

¹ Met een groepspraktijk wordt hier bedoeld: een praktijk waar meer dan één oefentherapeut-Mensendieck werkzaam is.

² Het werkende ledenbestand van de N.V.O.M. omvatte 687 namen en adressen, het G.H.I.-bestand 910 namen en adressen.

³ Over behandelingen zijn geen vragen gesteld. Dit onderwerp komt elders in het onderzoeksproject aan de orde.

gaan worden dat het gaat om een representatief deel van alle werkende oefentherapeuten-Mensendieck in Nederland.

Demografische en algemene kenmerken.

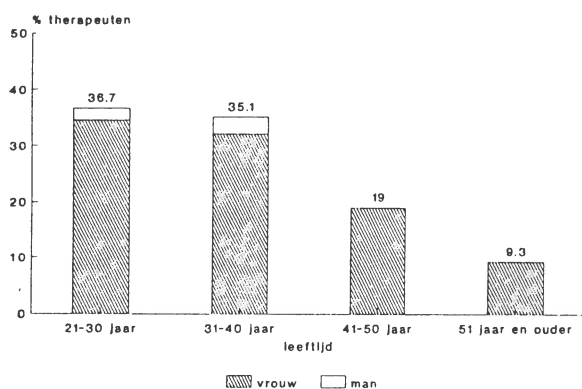
In figuur 1 staat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de 240 respondenten.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 36.0 jaar. Van de 240 respondenten zijn 228 (95%) van het vrouwelijk geslacht.

De oefentherapeuten-Mensendieck die hebben deelgenomen aan de enquête zijn afgestudeerd tussen 1947 en 1990. In de jaren 80 zijn de meeste respondenten afgestudeerd. Een groot deel van de respondenten (88%) is gaan werken als oefentherapeut-Mensendieck in het jaar van afronden van de opleiding, 8% in het jaar na het jaar van het afronden van de opleiding en de overgebleven 3% later. Hierbij moet men zich realiseren dat alle respondenten werkzaam zijn als oefentherapeut-Mensendieck en

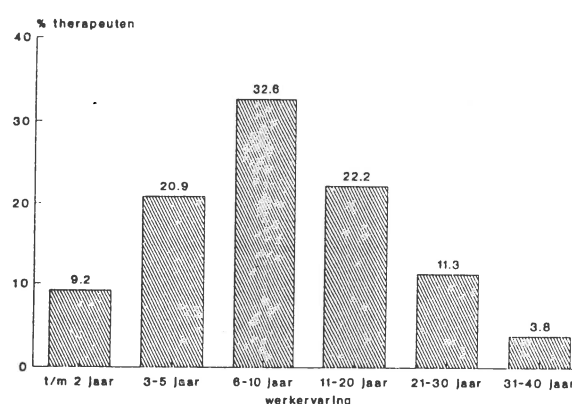
dat dus dit beeld niet opgaat voor alle afgestudeerde oefentherapeuten-Mensendieck. De mogelijkheid bestaat dat juist de niet-werkzame therapeuten lang hebben gewacht op een baan en daardoor wat anders zijn gaan doen. De werkervaring van de respondenten is gemiddeld 10.9 jaar. Het minimum aantal jaren is 1.0 en het maximum aantal jaren is 38.0.

Kenmerken van de werksituatie. Driekwart van de oefentherapeuten-Mensendieck (76%) is werkzaam op



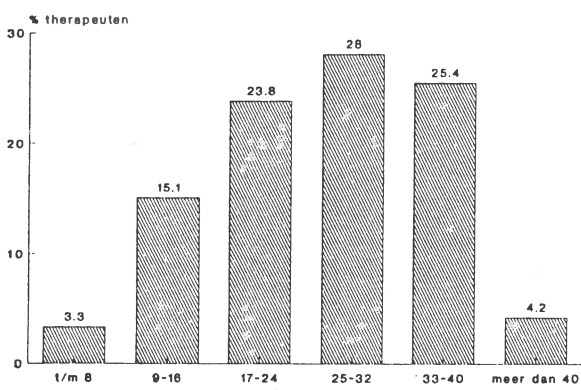
3 missende waarden

figuur 1: Geslachts- en leeftijdsverdeling van de respondenten. (N=240)



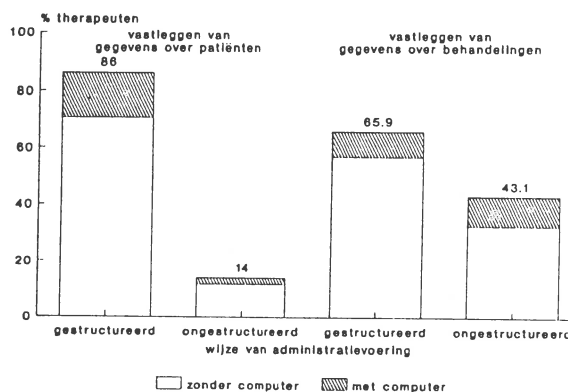
1 missende waarde

figuur 2: Het aantal jaren werkervaring dat men heeft als oefentherapeut-Mensendieck. (N=240)



1 missende waarde

figuur 3: Het aantal uren dat oefentherapeuten-Mensendieck per week werken. (N=240)



figuur 4: De wijze van administratievoering. (N=240)

NIVEL-RAPPORT

label 1: Het soort praktijken/instellingen waar de oefentherapeuten Mensendieck werkzaam zijn (N=240)

praktijk/instelling	aantal therapeuten (percentage)
a. eerstelijns gezondheidszorg.	
praktijk voor oefentherapie Mensendieck	229 (95.4%)
gezondheidscentrum	1 (0.4%)
paramedisch centrum	1 (0.4%)
kruisvereniging	6 (2.5%)
b. tweede/derdelijnsgezondheidszorg	
ziekenhuis	5 (2.1%)
verpleeghuis	6 (2.5%)
zwakzinnigen instelling	2 (0.8%)
c. elders	
bedrijfst rainingen/opleiding	4 (1.7%)
LOM-school	1 (0.4%)
opleiding	1 (0.4%)
school gezondheidszorg	1 (0.4%)
sportschool	1 (0.4%)
gymnastiek buurthuis/gymzaal/elders	9 (3.8%)

label 3: Vragen met betrekking tot het behouden en uitbreiden van deskundigheden. (N=240)

	doe ik nooit	%	%	%	doe ik zeer vaak
Bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied (5 missende waarden)	2.1	10.6	34.9	28.9	23.4
Leest u de volgende tijdschriften:					
Nederlands tijdschrift voor oefentherapeuten Mensendieck (7 missende waarden)	2.1	1.7	10.7	11.6	73.8
Binnenlandse vakliteratuur (paramedisch) (42 missende waarden)	28.8	26.3	22.2	9.1	13.6
Binnenlandse vakliteratuur (medisch) (47 missende waarden)	42.5	27.5	17.6	5.7	6.7
Buitenlandse vakliteratuur (62 missende waarden)	82.0	10.1	3.9	1.7	2.2
Deelnemen aan nascholingscursussen (4 missende waarden)	11.9	16.5	30.1	22.5	19.1
Deelnemen aan congressen (7 missende waarden)	31.3	21.9	24.0	14.2	8.6

label 2: Algemene vragen met betrekking tot beroepsuitoefening. (N=240)

	doe ik nooit	%	%	%	doe ik zeer vaak
taakgebied: verlenen van zorg					
De problemen van de patiënt inventariseren d.m.v. anamnese en onderzoek (4 missende waarden)	0.4	0.0	1.7	5.5	92.4
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	1.3	0.8	8.0	22.8	67.1
Inventariseren van de mogelijkheden van de patiënt (3 missende waarden)	0.4	2.1	4.2	16.9	76.3
Bepalen welke psychische/psychosociale problemen van de patiënt van invloed zijn op behandeling (4 missende waarden)	0.4	3.0	12.3	25.5	58.7
Het voorlichten van de patiënt over de methode en handelswijze van de oefentherapeut Mensendieck (3 missende waarden)	0.0	1.3	1.7	6.3	90.7
De patiënt informeren over inhoud, doel en verloop van de behandeling (3 missende waarden)	0.4	0.8	3.8	11.0	84.0
De patiënt voorlichten over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen (3 missende waarden)	0.8	0.8	0.4	6.3	91.6
De zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren (6 missende waarden)	0.0	0.4	0.4	6.3	92.8
De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. de behandeling	2.5	14.3	21.1	30.4	31.6
overige taakgebieden					
Het evalueren van de totale behandeling met patiënten (4 missende waarden)	2.5	4.7	7.6	26.3	58.9
Het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's (bijv. intercollegiale toetsing) (3 missende waarden)	11.4	21.1	29.5	24.5	13.5
Een deugdelijke registratie van patiënten en behandelingen bijhouden (3 missende waarden)	0.0	1.3	5.1	20.7	73.0
Het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werktein en de werkwijze van de oefentherapeut Mensendieck	52.1	33.5	9.7	3.0	1.7

label 4: De top-tien cursussen wat betreft deelname onder oefentherapeuten-Mensendieck. (N=240)

soort cursus	aantal therapeuten (percentage)
1. onderzoek SI/LWK/CWK	75 (31.3%)
2. haptonomie	57 (23.8%)
3. psychosomatiek	51 (21.3%)
4. bedrijf en oefentherapie	46 (19.2%)
5. ademhalingstherapie	35 (14.6%)
6. sportmassage	28 (11.7%)
7. klinische anatomie	14 (5.8%)
8. zwangerschapsgymnastiek	14 (5.8%)
9. stagebegeleiding	13 (5.4%)
10. ontspanningstherapie	12 (5.0%)

één werkplek, 22% op twee werkplekken en 6% op drie werkplekken. Het grootste deel (96%) van de respondenten werkt uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onge-

veer 4% van de respondenten is werkzaam in de tweede/derdelijns gezondheidszorg; 3% uitsluitend en 1% werkt tevens in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van de therapeuten die

werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg (n = 227) werkt 51% als zelfstandig oefentherapeut Cesar, 4% werkt in loondienst en 45% in een ander samenwerkingsverband

(bijvoorbeeld in een groepspraktijk). Van de in de eerstelijns werkende therapeuten werkt 49% in een solo-praktijk en 51% werkt in een groepspraktijk. Tabel 1 geeft een overzicht van alle soorten praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam zijn.

Het aantal uren dat de respondenten per week werken is gemiddeld 29,0 (minimaal 6 uren en maximaal 61 uren). In figuur 3 staat de frequentieverdeling van het totaal aantal uren werk per week (dus over alle werkplekken opgeteld). Het aantal behandelingen per week ligt tussen 4 en 100 en is gemiddeld over alle therapeuten 38,3.

In de eerstelijns heeft 56% van de therapeuten te maken met wachtlijsten voor patiënten. Bij 21% van de in de eerstelijns werkende therapeuten is de wachtlijst een structureel probleem. De gemiddelde wachttijd indien er een wachtlijst is bedraagt 3,1 weken.

Ruim de helft (59%) van de respondenten heeft in het jaar voorafgaande aan de enquête een of meerdere cursussen verzorgd/gegeven, bijvoorbeeld pré- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen.

Kenmerken van de taakuitoefening.

Tabel 2 geeft een overzicht van de mate waarin oefentherapeuten-Mensendieck in de dagelijkse praktijk toekomen aan verschillende taken. Deze taken zijn afgeleid van het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Taken waar de meeste therapeuten vaak aan toekomen hebben te maken met het verlenen van zorg. Het gaat daarbij met name om taken als het inventariseren van de problemen van de patiënt door middel van anamnese en onderzoek, de patiënt voorlichten over de methode en handwijze van de oefentherapeut-Mensendieck, het voorlichten van de patiënt over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen en de zelf-

werkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren en motiveren. De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. de behandeling, gebeurt bij de meeste therapeuten minder vaak, ditzelfde geldt in mindere mate ook voor het evalueren van de totale behandeling met patiënten.

Aan het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing en het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werkterrein en de werkwijze van de oefentherapeut-Mensendieck komen de respondenten duidelijk minder toe dan aan de andere taken.

Administratievoering.

Een groot deel (86%) van de respondenten legt op een gestructureerde wijze gegevens vast over patiënten, een kleiner deel (66%) legt op een gestructureerde wijze gegevens vast over behandelingen. Met een gestructureerde wijze van gegevens vastleggen wordt bedoeld dat dit gebeurt met bijvoorbeeld een registratieformulier, dit in tegenstelling tot het maken van losse aantekeningen. Weinig respondenten maken gebruik van een personal computer bij de administratievoering. Figuur 4 geeft een overzicht van de wijze van administratievoering.

Bijhouden en uitbreiden van deskundigheden.

In tabel 3 staat een overzicht van de mate waarin de respondenten toekomen aan het op peil houden en het specificeren van hun deskundigheden door het bijhouden van literatuur, het deelnemen aan congressen en het deelnemen aan nascholingscursussen. Slechts een klein deel van de respondenten zegt nooit de vakliteratuur bij te houden. Het bijhouden van vakliteratuur beperkt zich echter met name tot het Nederlands tijdschrift voor oefentherapeuten Mensendieck. Een groot deel van de respondenten zegt nooit buitenlandse vakliteratuur te lezen.

Van de respondenten heeft 82% ten-

minste één na- of bijscholingscursus gedaan: 22% volgde één cursus, 21% twee, 16% drie en 19% vier of meer cursussen. In tabel 4 staat de top-tien van de door de respondenten gevolgde na- en bijscholing. De meeste respondenten (31%) volgden een cursus die te maken heeft met onderzoek bij aandoeningen van de lumbale wervelkolom en het sacroiliacaal gewricht en bij aandoeningen van de cervicale wervelkolom (in feite twee verschillende cursussen). Ongeveer 20% van de respondenten volgden de cursussen haptonomie, psychosomatiek en bedrijf en oefentherapie-Mensendieck. De andere in de top-tien opgenomen cursussen werden door tussen de 5% en 15% van de respondenten gevolgd.

Verschillen tussen therapeuten uit solo- en uit groepspraktijken.

Voor een aantal aspecten is geanalyseerd of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een solo-praktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk (het gaat daarbij alleen om eerstelijnsinstellingen). Therapeuten die werken in groepspraktijken zijn gemiddeld jonger (34,1 t.o.v. 39,4 jaren, t-toets, $p = 0,00$) en hebben gemiddeld minder jaren werkervaring (8,7 t.o.v. 13,5 jaren, t-toets, $p = 0,00$). Er zijn geen significante verschillen voor wat betreft het aantal uren werk per week en het aantal behandelingen per week. Therapeuten uit groepspraktijken hebben vaker te maken met wachtlijsten (67,5% t.o.v. 41,0%, chi-kwadraat, $p = 0,00$). Voor wat betreft intercollegiale toetsing is er een tendens dat een groter van de therapeuten uit groepspraktijken hier aan toekomt (chi-kwadraat, $p = 0,06$). Van de therapeuten uit groepspraktijken zegt 7% dat zij nooit toekomen aan het evalueren van het eigen beroepsmatig handelen met collega's, bij solo-praktijken is dat 17% van de therapeuten. Er zijn geen verschillen voor wat betreft het evalueren van de totale behandeling met patiënten. Therapeuten die werken in solo-

praktijken komen vaker toe aan het bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied (chi-kwadraat, $p = 0.01$); dit verschil is echter klein. Voor wat betreft het volgen van nascholing en het bijwonen van congressen bestaat dit verschil niet.

BESCHOUWING.

Het doel van dit (deel) onderzoek is het in kaart brengen van de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck.

De oefentherapie-Mensendieck is met name gesitueerd in de eerste lijnsgezondheidszorg. Slechts een gering deel (3%) van de respondenten werkt uitsluitend in de tweede/derdelijns gezondheidszorg. Het is mogelijk dat er in de afgelopen jaren een afname heeft plaatsgevonden van het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat werkzaam is in de tweedelijns. Volgens de beroepskrachtenplanning van 1988 lag het percentage in de tweede/derdelijns werkende oefentherapeuten-Mensendieck eind 1987 nog op 19%. Als kanttekening moet hierbij worden gemaakt dat de gegevens die gebruikt zijn in de beroepskrachtenplanning de leden van de toenmalige Nederlandse Mensendieck bond betrof. Er kan sprake zijn van verschillen die ontstaan zijn door de verschillen in de steekproef. Echter omdat vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck lid zijn van de beroepsvereniging (99.2%) zal dit verschil gering zijn.

Bijna een kwart van de oefentherapeuten-Mensendieck werkt op meer dan één plek, dit heeft onder andere te maken met het gegeven dat 42% van de therapeuten cursussen heeft verzorgd/gegeven zoals pré- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen. Deze cursussen worden mogelijk voor een deel buiten de eigen praktijk gegeven (bijvoorbeeld in een buurthuis of in het gebouw van de kruisvereniging).

In het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989)

worden aan de werkzaamheden van de oefentherapeut-Mensendieck een belang toegekend. Alle in de enquête voorkomende taken worden belangrijk tot zeer belangrijk gevonden. Het valt op dat ondanks het belang dat aan taken wordt gehecht (in het beroepsprofiel) oefentherapeuten-Mensendieck in mindere mate toekomen aan een aantal taken. Er is bij de interpretatie van de van de antwoorden op de schaal die loopt van "doe ik nooit" naar "doe ik zeer vaak" wel enige voorzichtigheid geboden. Het is natuurlijk zo dat bij de ene taak "doe ik zeer vaak" iets anders betekend dan bij de andere taak. Als men zegt "zeer vaak" een anamnese af te nemen dan gaat het om iets dat een aantal keren per week voorkomt. Als men zegt "zeer vaak" iets anders of bijscholingscursus te volgen dan heeft men het over iets dat men één of twee keer per jaar doet. De antwoordcategorie "doe ik nooit" geeft daarom het meeste duidelijkheid.

Iets meer dan eentiende van de oefentherapeuten-Mensendieck zegt nooit toe te komen aan het evalueren van het beroepsmatig handelen met collega's (intercollegiale toetsing). Hetzelfde geldt voor het volgen van na- en bijscholing. Dit zijn bij uitstek taken die een bijdrage kunnen leveren aan het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Dat een deel van de therapeuten nooit toekomt aan de bovenstaande taken is verklaarbaar. Voor intercollegiale toetsing zijn geen methoden ontwikkeld op basis waarvan dit kan plaatsvinden. Wat betreft nascholing kan gesteld worden dat het aanbod aan voor het vak specifieke na- en bijscholing beperkt is men is daarom genoodzaakt om te zoeken bij of samen te werken met andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld oefentherapie-Cesar of fysiotherapie. Meer aandacht voor intercollegiale toetsing en na- en bijscholing en de systematische ondersteuning daarbij zijn belangrijke thema's van toekomstig beleid.

Er zijn verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groeps-

praktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. Therapeuten die werken in groepspraktijken zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder werkervaring. Deze situatie is mogelijk ontstaan omdat net afgestudeerde oefentherapeuten-Mensendieck eerst gaan werken in de praktijk van een ander, voordat zij aan een eigen praktijk beginnen. Therapeuten in meermanspraktijken hebben vaker een wachtlijst voor patiënten. Dit kan veroorzaakt zijn omdat groepspraktijken mogelijk meer patiënten krijgen doorverwezen. Het kan daarnaast veroorzaakt worden doordat groepspraktijken onder een ziekenfondscontract werken waarin een maximum gesteld is aan het aantal te geven behandelingen per jaar. Hierdoor moeten therapeuten in groepspraktijken dit aantal delen, waardoor zij mogelijk sneller het toegelaten maximum bereiken (de enquêtes zijn afgenomen aan het eind van het jaar).

Een groter deel van de therapeuten in solopraktijken komen nooit toe aan het evalueren van de zorgverlening met collega's door middel van intercollegiale-toetsing. Dit kan het gevolg zijn van organisatorische voordeel dat een groepspraktijk heeft bij overleg met collega's. Vaak is overleg en overeenstemming ook noodzaak in een groepspraktijk omdat de mogelijkheid bestaat dat een patiënt wordt behandeld door verschillende therapeuten.

In dit artikel is een beschrijving gegeven van de werksituatie en taakuitoefening bij oefentherapeuten-Mensendieck. In een volgend artikel zal de relatie met verwijzers worden beschreven.

LITERATUUR.

BALM, M.F.K. - 1989. Oefentherapie-Mensendieck in integraal perspectief: Een synthese van lichamelijke oefening en gezondheidsopvoeding. Doctoraalscriptie: Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

NIVEL-RAPPORT

- BALM, M.F.K. & LANGE, C.J. DE - 1988. Oefentherapie-Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. N.V.O.M., Utrecht.
- DEKKER, J.; DRIESSEN, M.J. & GISBERGEN, M. VAN - 1991. Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Utrecht, NIVEL, 1991.
- JAGER, J. DE - 1989. Beroepsprofiel oefentherapeut Mensendieck. Instituut voor Leerplanontwikkeling, Enschede.
- GISBERGEN, M.J.W.M. VAN;
- DRIESSEN, M.J.A. & DEKKER, J. - 1991. Interimrapport: verslag over de eerste fase van het project "Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, Podotherapie en Ergotherapie". Utrecht, NIVEL, 1991.
- KERSSENS, J.J.; CURFS, E.CHR. & GROENENWEGEN, P. - 1986. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht, NIVEL.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1988. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg, 1988.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1990. Beroepengids zorgsector. Zoetermeer, 1990.
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Zesde druk, Zwolle, Tjeenk-Willink.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Telefoon : 030 - 31 99 46. Fax: 030 - 31 92 90.
-

5. DE RELATIE VERWIJZER OEFENTHERAPEUT-MENSENDIECK

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, 1993, 54;3: 70-77.

DE RELATIE VERWIJZER - OEFENTHERAPEUT-MENSENDIECK

In het kader van het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg is een enquête gehouden. Het doel van deze enquête was het verzamelen van gegevens over de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers. De belangrijkste resultaten zijn:

Het aantal nieuwe patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen is gemiddeld 9 (minimum 1, maximum 20). Naar schatting wordt 63% van de patiënten verwezen door huisartsen, 36% door medisch specialisten en 1% van de patiënten komt op eigen initiatief. Het aantal verwijzers dat patiënten heeft verwezen in het half jaar voorafgaande aan de enquête, is gemiddeld 25 (ongeveer 12 huisartsen en 12 specialisten).

De medische diagnose wordt volgens ongeveer driekwart van de respondenten altijd gegeven bij verwijzing. Extra informatie over medisch-somatische en psycho-sociale achtergronden van de patiënt krijgt de therapeut doorgaans alleen op eigen verzoek. Tijdens de behandelperiode wordt zelden contact opgenomen door de verwijzer. Aan het eind van de behandeling brengt driekwart van de therapeuten altijd rapport uit aan de verwijzer over het resultaat van de behandeling.

Eenderde van de therapeuten vindt dat de communicatie met huisartsen altijd goed verloopt. Over communicatie met specialisten is iets minder dan een derde van de therapeuten dit van mening.

Oefentherapeuten-Mensendieck die werken in een groepspraktijk hebben te maken met meer verwijzers dan therapeuten die werken in een solopraktijk. Zowel het aantal huisartsen als het aantal specialisten die in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten hebben verwezen wordt door therapeuten die werken in groepspraktijken hoger geschat. Andere significante verschillen tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werken in een solopraktijk zijn er niet geconstateerd.

Er worden enkele aanbevelingen gedaan ter verbetering van de kwaliteit van de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers.

DOOR: WALTER ZUIJDER-
DUIN EN JOOST DEKKER

INLEIDING.

Als uitgangspunt voor de relatie tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers dient de Wet op de paramedische beroepen. De zorg van de oefentherapeut-Mensendieck is voor de patiënt pas toegankelijk na verwijzing door een de praktijk uitoefende geneeskundige. De verwijzing dient te geschieden in de vorm van een schriftelijke opdracht (ondertekend en gedateerd) en in te houden: naam opdrachtgever; naam, geboorteplaats, woonplaats ten aanzien van wie de opdracht wordt ver-

strekt en de medische diagnose. Daarnaast kan de verwijzing ook aanwijzingen bevatten ten aanzien van de behandeling. Op basis van de door de verwijzer verstrekte informatie en de informatie uit een eigen aanvullend onderzoek bepaalt de oefentherapeut-Mensendieck of oefentherapie-Mensendieck kan bijdragen tot een effectieve behandeling van de patiënt. Meent de therapeut dat op basis van de door de verwijzer verstrekte gegevens en/of voorschriften en het eigen onderzoek geen effectieve behandeling mogelijk is, dan dient hierover overleg plaats te vinden met de betreffende verwijzer. De therapeut die een patiënt in opdracht van een verwijzer in behandeling neemt, is

verplicht deze op de hoogte te houden over het verloop van de behandeling en diens advies te vragen bij eventuele problemen tijdens de behandeling. De verwijzer geeft opdracht tot het staken of het continueren van de behandeling. In de rapportage kan de therapeut hierover een advies geven. Naast een eindverslag kan ook een tussentijds verslag worden gegeven. Formeel ligt daarmee de relatie verwijzer-oefentherapeut-Mensendieck vast. Er is echter weinig bekend over de feitelijke situatie.

Met betrekking tot het verwijzen naar oefentherapie-Mensendieck zijn enige gegevens beschikbaar. Balm en de Lange (1988) constateerden in hun onderzoek naar de patiëntenpopulatie bij oefentherapeuten-Mensendieck in de eerstelijns gezondheidszorg dat 65% van de patiënten was verwezen door de huisarts, 33% had een medisch specialist als verwijzer en 1% kwam op eigen initiatief. Tot de medisch specialisten die patiënten hadden verwezen behoorden met name de neuroloog de orthopeed en de reumatoloog. Over de inhoud van het contact tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers zijn echter geen gegevens beschikbaar. De kwaliteit van de samenwerking tussen verwijzer en de oefentherapeut-Mensendieck houdt verband met de kwaliteit van de hulpverlening aan de patiënt. Het is daarom belangrijk dat er informatie beschikbaar is over de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers. Door de relatie oefentherapeut-Mensendieck verwijzer te beschrijven kunnen ook mogelijke knelpunten in deze relatie worden belicht.

In dit artikel wordt verslag gedaan over de resultaten van een enquête die is gehouden in het kader van het project "Functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg". In deze enquête speelt de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers een centrale rol.

Met de enquête zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld over de relatie oefentherapeut-Mensendieck-verwijzer.

METHODE

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Mensendieck in Nederland. Hiervoor is een steekproef getrokken uit het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck en uit de registratie van gediplomeerde oefentherapeuten-Mensendieck van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI). In totaal zijn 352 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992. In totaal zijn 294 enquêtes terugontvangen. Na aftrek van de enquêtes die terugkwamen omdat zij onbestelbaar bleken en de teruggezonden enquêtes van niet werkzame oefentherapeuten-Mensendieck bleven 240 enquêtes over, een netto respons van 81%. Gezien wijze waarop de steekproef is samengesteld en de hoogte van de respons kunnen de resultaten beschouwd worden als representatief voor alle in Nederland werkende oefentherapeuten-Mensendieck. Een uitgebreide beschrijving van de wijze waarop de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden en de procedure die is gevolgd bij het ontwikkelen van de enquête staat in het artikel "Oefentherapeuten-Mensendieck: werksituatie en taakuitoefening" (Zuijderduin & Dekker, 1993).

Met de enquête zijn gegevens verzameld over het aantal verschillende verwijzers en de aantallen nieuwe patiënten die worden verwezen. De gegevens over verwijzers hebben betrekking op het half jaar dat voorafging aan de enquête. Daarnaast is informatie verkregen over de inhoud en frequentie van het contact tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers. Bij de vragen over de inhoud en frequentie van het contact is de chronologische volgorde aangehouden van het zorg-

verleningsproces. Er zijn vragen die betrekking hebben op de inhoud van het contact bij aanvang van de behandeling (verwijzing), het contact tijdens de behandelperiode en het contact bij beëindiging van de behandelperiode (rapportage).

In de enquête is tevens naar het oordeel gevraagd dat oefentherapeuten-Mensendieck hebben over de communicatie met verwijzers en de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck. Bij de vragen over de inhoud en frequentie van het contact met verwijzers, het oordeel over de communicatie met verwijzers en de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck is gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal om de antwoorden weer te geven. Deze schaal loopt van (bijna) nooit naar (bijna) altijd. In het midden van de schaal staat (ongeveer) de helft. De tussenvallende categorieën betekenen dat de situatie in "minder dan de helft" of in "meer dan de helft" van de keren voorkomt. Bij het oordeel over de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck loopt deze schaal van (bijna)

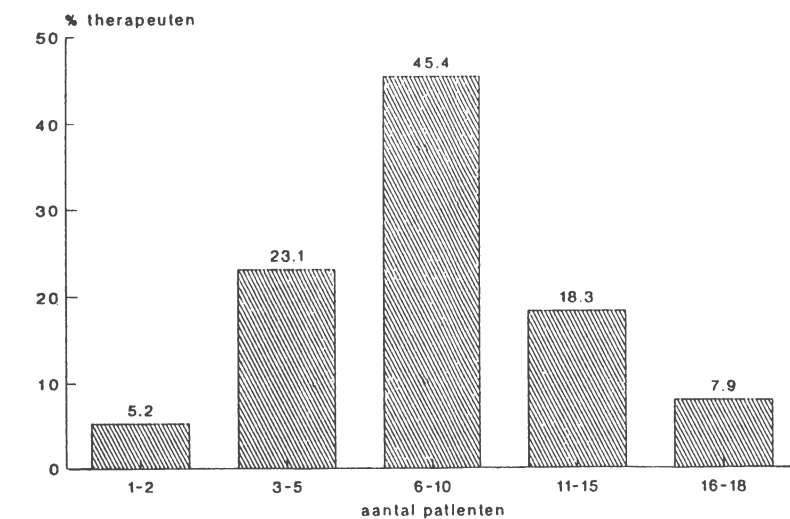
nooit naar zeer vaak.

Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een solopraktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk¹. De verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toetsen of de Chi-kwadraat methode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven bij de resultaten. Als significantieniveau is gekozen voor een alfa van 0.05.

RESULTATEN

het aantal patiënten

In de enquête is gevraagd naar het aantal nieuwe patiënten dat gemiddeld per maand in behandeling wordt genomen. Het gaat daarbij ook om patiënten die al eerder zijn behandeld en die klachtenvrij zijn geweest. De schatting van dit aantal vertoont grote verschillen tussen therapeuten. Gemiddeld over alle respondenten worden naar schatting per maand 9 nieuwe patiënten in behandeling genomen. Het minimum aantal is 1 en het maximum 20. In figuur 1 staat de frequentie verdeling van het aantal nieuwe



11 missende waarden

figuur 1: De frequentieverdeling van het aantal nieuwe patiënten dat naar schatting per maand door oefentherapeuten-Mensendieck in behandeling wordt genomen. (N=240).

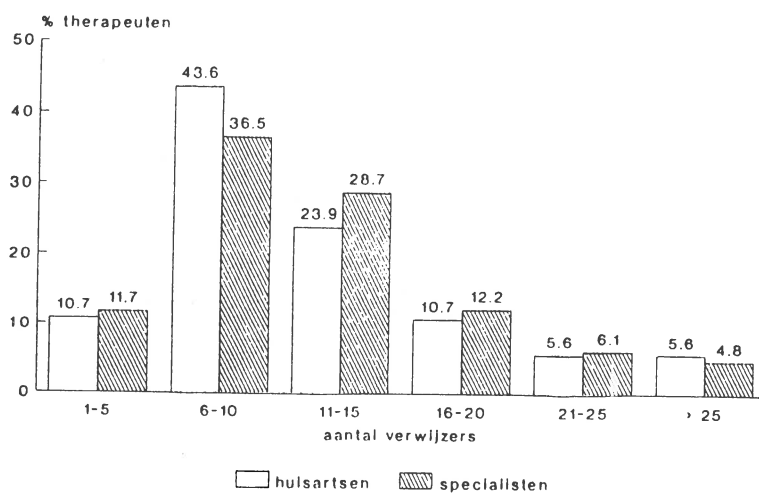
NIVEL-RAPPORT

Tabel 1. Het deel van de nieuwe patiënten dat naar schatting wordt verwezen door de huisarts, de medisch specialist en het deel van de patiënten dat op eigen initiatief komt (N=240)

	gemiddeld percentage (st dev)	minimum	maximum
verwezen door huisarts (12 missende waarden)	63.4% (16.2%)	5%	100%
verwezen door medisch specialist (13 missende waarden)	36.3% (16.8%)	2%	100%
op eigen initiatief (12 missende waarden)	1.2% (5.6%)	0%	60%

Tabel 2. De top-tien verwijzers: het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat deze verwijzer noemt (N=240)

verwijzers	%
1. huisarts	97.5
2. neuroloog	96.3
3. orthooped	94.2
5. reumatoloog	75.0
6. schoolarts	71.7
7. neurochirurg	46.7
8. revalidatie-arts	44.2
9. kinderarts	29.2
10. internist	25.8



huisartsen 6 missende waarden
specialisten 10 missende waarden

figuur 2. De frequentie van het aantal huisartsen en het aantal specialisten, dat naar schatting patiënten heeft verwezen naar oefentherapeuten-Mensendieck. (N=240).

patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen door de oefentherapeuten-Mensendieck.

verwijzers

Tabel 1 geeft een overzicht van het deel van de nieuwe patiënten dat naar schatting verwezen wordt door de huisarts of de medisch specialist en welk deel van de patiënten zonder verwijzing komt. Het grootste deel van de patiënten is verwezen door de huisarts, gemiddeld 63%. De medisch specialist is de verwijzer van gemiddeld 36% van de patiënten. Een klein deel (gemiddeld 1%) van de patiënten komt in eerste instantie zonder verwijzing bij de oefentherapeut-Mensendieck. Daarbij moet worden opgemerkt dat 83% van de therapeuten nooit patiënten zonder verwijzing krijgt². Er is zowel gevraagd om aan te geven welke verwijzers in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten hebben doorverwezen, als naar een schatting van het aantal verwijzers. In tabel 2 staan de tien meest genoemde verwijzers. Vrijwel alle therapeuten noemen de huisarts als verwijzer. Na de huisarts komen als eerste medisch specialismen de neuroloog, de orthooped en de reumatoloog. Ruim tweederde van de respondenten noemt de schoolarts³ als verwijzer. Daarna volgen van boven naar beneden de neurochirurg, de revalidatiearts, de kinderarts en de internist.

Het aantal verwijzers dat naar schatting patiënten heeft verwezen in het half jaar voorafgaande aan de enquête is gemiddeld 25. Het minimum aantal verwijzers dat genoemd wordt is 3 en het maximum aantal is 67. Het gemiddelde aantal huisartsen is 12, en het gemiddeld aantal specialisten is 12.

Figuur 2 geeft de frequentieverdeling van het aantal huisartsen en medisch specialisten dat door de therapeuten wordt genoemd.

De vraag welke verwijzer de meeste patiënten verwijst is met het bovenstaande nog niet beantwoord. Om

Tabel 3: Inhoud en frequentie van het contact bij verwijzing (N=240)

	(bijna nooit %	%	(ongeveer de helft %	%	(bijna altijd %
Wordt er bij verwijzing een (medische) diagnose vermeld (1 missende waarde)	0.0	0.4	5.4	21.8	72.4
Worden de klachten van de patiënt bij de verwijzing omschreven (1 missende waarde)	15.5	23.8	35.6	15.9	9.2
Krijgt u ongevraagd medisch-somatische achtergrondinformatie van de verwijzer (1 missende waarde)	44.8	35.6	13.8	2.9	2.9
Krijgt u medisch somatische achtergrondinformatie op uw verzoek (4 missende waarden)	2.1	2.1	5.9	17.4	72.5
Krijgt u ongevraagd psycho-sociale achtergrondinformatie van de verwijzer (1 missende waarde)	54.8	35.6	5.4	1.7	2.5
Krijgt u psycho-sociale achtergrondinformatie op uw verzoek (6 missende waarden)	3.0	2.1	12.0	20.9	62.0
Geven verwijzers bij verwijzing suggesties voor de behandeling van de patiënt (1 missende waarde)	26.8	44.4	23.4	4.6	0.8
Is het duidelijk waar het behandelingsvoorstel betrekking op heeft (begeleiding, behandeling, voorlichting) (7 missende waarden)	12.1	14.7	20.3	27.7	25.1
Als de arts een patiënt verwijst voor wie naar uw mening geen oefentherapie-Mensendieck geïndiceerd is, hoe vaak onderneemt u dan een van de volgende acties?					
-Uitvoeren van de gevraagde behandeling (92 missende waarden)	42.9	25.2	15.6	5.4	10.9
-Kontakt opnemen met arts (17 missende waarden)	3.6	2.7	6.8	14.9	72.1
Als zich een patiënt bij U meldt zonder verwijzing voor behandeling, hoe vaak onderneemt U dan één van de volgende acties?					
-U neemt contact op met zijn/haar huisarts of medisch specialist (85 missende waarden)	51.3	13.6	7.1	7.1	20.8
-U stuurt de patiënt eerst naar zijn/haar huisarts of medisch specialist (13 missende waarden)	4.9	1.8	3.1	6.2	84.1
-U neemt de patiënt in behandeling zonder huisarts of medisch specialist te raadplegen (85 missende waarden)	86.6	8.4	1.9	0.6	2.6

hier een indruk van te krijgen is gevraagd welke drie categorieën verwijzers de meeste patiënten hebben verwezen in het half jaar voorafgaande aan de enquête. Het meest wordt daarbij de huisarts genoemd, namelijk door 95% van de therapeuten. Na de huisarts worden de neuroloog (74%), de orthopeed (58%) en de reumatoloog (19%) het meest genoemd.

Inhoud en frequentie van het contact met verwijzers

Bij de indeling van de vragen met betrekking tot de inhoud en frequen-

tie van het contact met verwijzers is in de enquête de chronologische volgorde van het zorgverleningsproces aangehouden. Er zijn vragen over de inhoud en frequentie van het contact bij verwijzing (zie tabel 3), tijdens de behandelperiode (zie tabel 4) en na afloop van de behandelperiode (zie tabel 5).

het contact bij verwijzing (tabel 3)

- De informatie die door de verwijzer wordt gegeven kan naast het feit dat de betrokken patiënt is verwezen voor oefentherapie-Mensendieck ook andere informatie bevatten. Tot de

informatie kan behoren de medische diagnose, de klachten van de patiënt, medisch-somatische achtergrondinformatie en eventuele suggesties voor behandeling van de patiënt. Volgens ongeveer driekwart van de therapeuten wordt de medische diagnose altijd bij verwijzing vermeld. Een klein deel van de therapeuten zegt dat altijd de klachten van de patiënt zijn omschreven.

Medisch-somatische en psychosociale achtergrondinformatie wordt bij een zeer klein deel (beide 3%) van de therapeuten altijd gegeven. Wanneer de therapeuten zelf om deze informatie vragen wordt deze in veel gevallen wel gegeven. Medisch-somatische achtergrondinformatie wordt volgens een groter deel van de therapeuten altijd gegeven dan psychosociale achtergrondinformatie. Slechts 2 respondenten (1%) zegt dat suggesties voor de behandeling van de patiënt altijd worden gegeven. Volgens 12% van therapeuten is altijd duidelijk waarop het behandelingsvoorstel betrekking heeft (begeleiding, behandeling, voorlichting).

Als een arts een patiënt verwijst die volgens de oefentherapeuten-Mensendieck geen indicatie heeft voor oefentherapie-Mensendieck, wordt door de meeste therapeuten deze patiënt nooit in behandeling genomen, en wordt altijd contact opgenomen met de verwijzer.

Indien zich een patiënt meldt zonder verwijzing wordt door 21% van de therapeuten altijd eerst contact opgenomen met zijn/haar huisarts of medisch specialist. Bij 84% wordt de patiënt altijd eerst doorgestuurd naar zijn/haar huisarts of medisch specialist. Door 3% van de therapeuten wordt de patiënt altijd in behandeling genomen zonder de huisarts of medisch specialist te raadplegen. Opvallend is het grote aantal ontbrekende waarden, waarschijnlijk is voor dat deel van de therapeuten deze vraag niet van toepassing, omdat zij geen patiënten zonder verwijzing ontvangen.

Tabel 4. Inhoud en frequentie van het contact tijdens de behandelperiode (N=240)

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd	
	%	%	%	%	%	%
Rapporteert U aan de verwijzer over de resultaten van het oefentherapeutisch onderzoek (4 missende waarden)	13.6	5.9	9.3	17.8	53.4	
Wordt er door de verwijzer over het verloop van de behandeling (telefonisch) contact met U opgenomen (2 missende waarden)	70.2	23.1	3.8	0.0	2.1	
Neemt U (telefonisch) contact op met de verwijzer over het verloop van de behandeling (2 missende waarden)	13.4	41.2	29.4	7.6	8.4	
Houdt de verwijzer U op de hoogte van belangrijke informatie die relevant is voor de behandeling van de patiënt (bijv. Röntgenfoto's) (2 missende waarden)	55.5	20.6	14.7	5.0	4.2	
Vraagt U zelf aan de verwijzer om deze belangrijke informatie indien U dit nodig vindt? (1 missende waarde)	0.8	4.6	9.6	23.0	61.9	

het contact tijdens de behandelperiode (tabel 4)

- Ook tijdens de behandelperiode kan er contact plaatsvinden tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers. Dit contact kan zowel plaatsvinden op initiatief van de verwijzer als op initiatief van de oefentherapeut-Mensendieckzelf. Ongeveer de helft van de respondenten brengt altijd verslag uit over de resultaten van het oefentherapeutisch onderzoek aan de verwijzer. Een zeer klein deel van de respondenten zegt dat de verwijzer altijd (telefonisch) contact met hun

opneemt over het verloop van de behandeling. Een wat groter deel van de therapeuten neemt altijd zelf (telefonisch) contact op met de verwijzer over het verloop van de behandeling. Wanneer er informatie is die relevant kan zijn voor de behandeling van de patiënt (bijvoorbeeld röntgenfoto's) neemt volgens een klein deel de verwijzer zelf contact met hen op. Een groot deel van de therapeuten zegt dat zij altijd zelf om deze belangrijke informatie vragen.

Tabel 5. Inhoud en frequentie van het contact na afloop van de behandelperiode. (N=240)

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd	
	%	%	%	%	%	%
Rapporteert U aan de verwijzer over het behandelresultaat aan het einde van de behandelperiode (4 missende waarden)	0.8	2.5	8.1	14.4	74.2	
In welke vorm vindt deze eindrapportage plaats?						
-mondeling	3.0%					
-schriftelijk	66.9%					
-beide	30.1%					
(4 missende waarden)						
Indien U een huisarts verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd? (4 missende waarden)	0.0	0.0	1.3	3.0	95.8	
Indien U een medisch specialist verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd? (5 missende waarden)	0.4	0.0	0.4	11.9	87.2	

het contact na afloop van de behandelperiode (tabel 5)

- Bijna driekwart van de oefentherapeuten-Mensendieck brengt rapport uit aan de verwijzer over het resultaat van de behandeling. Deze rapportage vindt bij 67% van de respondenten schriftelijk plaats, bij 3% mondeling en bij 30% zowel schriftelijk als mondeling.

Indien aan verwijzers een verzoek gericht wordt om de behandeling te vervolgen wordt dit volgens een zeer groot deel van de respondenten altijd gehonoreerd. Huisartsen honoreren volgens een groter deel van de respondenten altijd een dergelijk verzoek dan medisch specialisten.

communicatie in het algemeen (tabel 6)

De terminologie die door henzelf en verwijzers wordt gehanteerd komt volgens 55% van de therapeuten altijd overeen. De communicatie met huisartsen verloopt volgens 31% van de respondenten altijd goed. De communicatie met specialisten verloopt volgens minder dan eenzesde van de respondenten altijd goed. Regelmatig overleg met verwijzers is volgens 87% van de respondenten wenselijk. Volgens het grootste deel van de therapeuten moet dit overleg niet vaker dan 1 keer per maand plaatsvinden.

het oordeel over kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck (tabel 7)

Zowel huisartsen als medisch specialisten vragen zelden om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck. Er wordt zelden een patiënt verwezen die geen indicatie heeft voor oefentherapie-Mensendieck. Dit geldt zowel voor patiënten die zijn verwezen door huisartsen, als voor patiënten die zijn verwezen door medisch specialisten. Volgens minder dan een kwart van de respondenten hebben huisartsen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Mensen-

NIVEL-RAPPORT

tabel 6: Communicatie in het algemeen.
(N=240)

	(bijna nooit)		(ongeveer de helft)		(bijna altijd)
	%	%	%	%	%
Komt de terminologie die door U en de verwijzer gehanteerd wordt overeen met elkaar, m.a.w. is er sprake van een "uniforme nomenclatuur" (3 missende waarden)	0.4	0.4	12.7	31.2	55.3
Vindt u dat de communicatie tussen U en huisartsen goed verloopt (6 missende waarden)	3.4	5.6	30.3	29.9	30.8
Vindt u dat de communicatie tussen U en medisch specialisten goed verloopt (5 missende waarden)	6.8	22.1	28.1	26.0	17.0
Vindt U het wenselijk dat er regelmatig overleg is met huisartsen of medisch specialisten over patiënten die door hen worden verwezen (3 missende waarden)	- ja	87.7%	- nee	12.2%	
Zo ja, hoe vaak moet dit overleg plaatsvinden: (33 missende waarden)			ongeveer 1 keer per week	1.9%	
			ongeveer 1 keer per twee weken	3.9%	
			ongeveer 1 keer per maand	44.4%	
			ongeveer 1 keer per twee maanden	48.3%	
			anders	1.5%	

tabel 7: Oordeel over de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck.
(N=240)

	(bijna nooit)			zeer vaak	
	%	%	%	%	%
Vragen huisartsen U om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck (10 missende waarden)	50.3	23.5	14.3	3.9	0.0
Vragen medisch specialisten U om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van oefentherapie-Mensendieck (13 missende waarden)	72.2	20.7	6.2	0.4	0.4
Gebeurt het dat huisartsen U een patiënt verwijzen voor wie naar Uw mening geen oefentherapie-Mensendieck geïndiceerd is (8 missende waarden)	54.7	37.1	7.3	0.4	0.4
Gebeurt het dat medisch specialisten U een patiënt verwijzen voor wie naar Uw mening geen oefentherapie-Mensendieck geïndiceerd is (7 missende waarden)	63.5	31.8	3.4	0.9	0.4
Hebben huisartsen in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Mensendieck geïndiceerd is (6 missende waarden)	2.1	9.3	24.4	40.6	23.5
Hebben medisch specialisten in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Mensendieck geïndiceerd is (6 missende waarden)	2.1	9.4	23.5	42.3	22.6

dieck geïndiceerd is. Voor medisch specialisten geldt ongeveer hetzelfde.

verschillen tussen therapeuten die werken in solo- en groepspraktijken
Het gemiddeld aantal nieuwe

patiënten per maand dat door oefentherapeuten-Mensendieck die werken in groepspraktijken in behandeling wordt genomen verschilt niet significant van het gemiddeld aantal patiënten bij therapeuten die werken in een solo-praktijk. Het gemiddeld aantal nieuwe patiënten is respectievelijk 8.2 en 9.0 (t-toets, p=0.19). Wel zijn er significante verschillen betreffende het gemiddeld aantal verwijzers. Het aantal huisartsen die in het half jaar voorafgaande aan de enquête patiënten hebben verwezen wordt door therapeuten die werken in groepspraktijken geschat op gemiddeld 14.3. Bij therapeuten die werken in solo-praktijken ligt dit aantal lager, namelijk 10.2 (t-toets, p=0.00). Een vergelijkbaar verschil is er voor wat betreft het aantal medisch specialisten. Therapeuten die werken in groepspraktijken hebben gemiddeld te maken gehad met 13.3 medisch specialisten en therapeuten uit solo-praktijken gemiddeld 11.4 (t-toets, p=0.04).

Het percentage patiënten dat naar schatting verwezen wordt door de huisarts, de specialist of dat zonder verwijzing komt verschilt niet tussen bij therapeuten uit solo- en therapeuten uit groepspraktijken.

Betreffende de inhoud en frequentie van het contact is verwijzers is nagegaan of er verschillen in het contact dat plaatsvindt op initiatief van de oefentherapeut-Mensendieck. Hierbij zijn geen significante verschillen geconstateerd. Het oordeel over de kennis van verwijzers betreffende oefentherapie-Mensendieck verschilt ook niet tussen therapeuten die werken in groepspraktijken en therapeuten die werken in een solo-praktijk.

BESCHOUWING

Een oefentherapeut-Mensendieck neemt per maand gemiddeld 9 nieuwe patiënten in behandeling. Het aantal nieuwe patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen verschilt tussen therapeuten. Deze verschillen hangen mogelijk

samen met het aantal uren dat men werkzaam is. In een eerder verschenen artikel over de enquête wordt een overzicht gegeven van het aantal uren dat men werkt. Opvallend hierbij is dat ongeveer tweederde van de therapeuten minder werkt dan 33 uren per week (Zuijderduin & Dekker, 1993). De enquête geeft echter geen antwoord op de vraag of het aantal uren dat men werkt het gevolg is van het aantal patiënten dat men krijgt doorverwezen. De verwachting is echter dat een deel van de therapeuten bewust heeft gekozen niet full-time werkzaam te zijn. Het feit dat er bij 56% van de therapeuten die werken in de eerstelijns een wachtlijst voor patiënten heeft versterkt het vermoeden dat het aanbod aan patiënten doorgaans niet de beperkende factor zal zijn. Het aantal verwijzers waar oefentherapeuten-Mensendieck mee te maken hebben is gemiddeld 25. Dit getal is hoger dan dat bij fysiotherapeuten die gemiddeld te maken hebben met 15 verwijzers (Kerssens e.a., 1986). Zowel het aantal huisartsen als het aantal specialisten ligt iets hoger. Een dergelijk verschil kan het gevolg zijn van grotere werkgebieden bij oefentherapeuten-Mensendieck dan bij fysiotherapeuten. Er zijn in Nederland veel meer fysiotherapeuten dan oefentherapeuten-Mensendieck. Dit kan tot gevolg hebben dat oefentherapeuten-Mensendieck patiënten krijgen uit een groter gebied, dan fysiotherapeuten en daarom met meer verwijzers te maken hebben. Het relatief grote aantal verwijzers waar oefentherapeuten-Mensendieck mee te maken hebben kan gevolgen hebben voor de samenwerking met deze verwijzers. Vanuit organisatorisch oogpunt is regelmatig overleg met een groot aantal verwijzers moeilijk. Het aandeel dat huisartsen en het aandeel dat medisch specialisten hebben bij het verwijzen van patiënten naar oefentherapie-Mensendieck is vrijwel gelijk aan hetgeen bekend is uit het onderzoek van Balm en de Lange (1988). Het aandeel van huis-

artsen ligt volgens Balm en de Lange (1988) op 65% en dat van medisch specialisten op 33% van de patiënten. Hier ligt het deel van de patiënten dat verwezen wordt door de huisarts op 63%, en 28% heeft de medisch specialist als verwijzer. Ook als rekening wordt gehouden met het feit dat het onderzoek van Balm en de Lange uitsluitend in de eerstelijns werkende therapeuten betrof en de cijfers hier ook betrekking hebben op in de tweedelijns werkende therapeuten is het verschil klein. Het gemiddeld percentage patiënten dat is verwezen door de huisarts is berekend over uitsluitend in de eerstelijns werkende therapeuten 64%. De specialist is dan de verwijzer bij gemiddeld 35% van de patiënten. Slechts een klein deel van de patiënten (gemiddeld 1%) is niet verwezen door een arts. Dit getal is vergelijkbaar met cijfers die bekend zijn uit de fysiotherapie (Curfs e.a., 1989). De relatie tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers kan op een aantal punten worden verbeterd. Het betreft bijvoorbeeld de informatie die door verwijzers wordt gegeven. De medische diagnose wordt redelijk vaak gegeven, 72% van de therapeuten krijgt deze altijd. Extra-informatie zoals de klachten van de patiënt, psychosociale en medisch-somatische achtergronden krijgen oefentherapeuten-Mensendieck echter doorgaans alleen op eigen verzoek. De mogelijkheid bestaat dat verwijzers niet weten welke informatie van belang kan zijn voor de oefentherapeut-Mensendieck. Overleg met verwijzers over welke informatie relevant is, is een mogelijkheid om hier verbetering in aan te brengen. Een groot deel van de therapeuten brengt rapport uit aan verwijzers over het resultaat van de behandeling. Er zijn echter therapeuten die dit niet altijd doen. Voor verbetering van het contact met verwijzers is het van belang dat er altijd rapport wordt uitgebracht over het verloop van de behandeling. Het uitbrengen

van rapport is namelijk een goede methode om te verduidelijken voor welke patiënten oefentherapie-Mensendieck een geschikte behandelingsmethode is. De meningen over het verloop van de communicatie met verwijzers is niet uitgesproken positief. De communicatie met huisartsen wordt iets beter beoordeeld dan de communicatie met specialisten. Mogelijk heeft dit met de regelmaat van het contact te maken. Huisartsen verwijzen meer patiënten dan specialisten, het gemiddeld aantal huisartsen waarvan de respondenten patiënten ontvangen is echter ongeveer even groot als het aantal specialisten. Hierdoor staan de therapeuten vaker in contact met dezelfde huisarts. Het is mogelijk dat hierdoor het contact met deze huisartsen beter verloopt dan het contact met medisch specialisten. Oefentherapeuten-Mensendieck die werken in een groepspraktijk hebben te maken met meer verwijzers dan oefentherapeuten die werken in een solo-praktijk. Dit verschil is mogelijk een gevolg van het (inmiddels afgeschafte) spreidingsreglement van de NVOM in samenwerking met de Vereniging Bewegingsleer Cesar. De norm die werd gehanteerd was één full-time oefentherapeut (Cesar of Mensendieck) op 12.000 inwoners. Aangezien therapeuten die werken in een solo-praktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk gemiddeld hetzelfde aantal uren werken (Zuijderduin & Dekker, 1993) betekent dit dat groepspraktijken gemiddeld een groter zorggebied moeten hebben. In een groter zorggebied bevinden zich ook meer verwijzers.

In dit artikel is een beschrijving gegeven van de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers. De kwaliteit van deze relatie kan samenhangen met de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënten. De hier gepresenteerde gegevens kunnen een uitgangspunt vormen bij beleid dat gericht is op

het verbeteren van de relatie tussen oefentherapeuten-Mensendieck en verwijzers.

DANKWOORD

De volgende personen hebben een bijdrage geleverd aan het tot stand komen van de enquête, te weten: dhr. M.F.K. Balm, inhoudelijk adviseur en leden van de begeleidingscommissie te weten: dhr. Th. Koekenbier, dhr. K. Klom, mw. P. Romijn, mw. K. Bos.

Wij danken hen voor de door hun geleverde bijdrage.

LITERATUUR

BALM, M.F.K. & LANGE, C.J. DE - 1988. Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Utrecht, NVOM, 1988.

CURFS, E.CHR., KOOL VAN LANGENBERGHE, H. KERSSENS, J.J., DEKKER J. - 1991. Basisgegevens extramuraal fysiotherapie 1989: gegevens uit het project 'beleidsgerichte evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie (BEEF). Utrecht, NIVEL.

JAGER, J. DE - 1989. Beroepsprofiel oefentherapeut Mensendieck. Instituut voor Leerplanontwikkeling, Enschede.

KERSSENS, J.J., CURFS, E.CHR. & GROENENWEGEN, P. - 1986. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht, NIVEL.

WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Zesde druk, Zwolle, Tjeenk-Willink.

ZUIJDERDUIN, W.M. & DEKKER, J - 1993. Oefentherapeuten-Mensendieck: werksituatie en taakuitoefening. Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, jrg 54,1, 1993.

De auteurs zijn werkzaam bij het NIVEL Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

*Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Tel. 030 - 319946*

**6. RELIABILITY OF THE DIAGNOSIS OF IMPAIRMENTS AND
DISABILITIES BY EXERCISE THERAPISTS.**

Gisbergen M.J.W.M. van en Dekker J.

Journal of Rehabilitation Sciences, 1992; 3: 67-73.

Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists

Marc J.W.M. van Gisbergen and Joost Dekker

Marc J.W.M. van Gisbergen and Joost Dekker, Netherlands Institute for Primary Health Care, P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands

Introduction

Exercise therapy according to Cesar (Cesar therapy) and exercise therapy according to Mensendieck (Mensendieck therapy) are both well-known rehabilitation professions in the Netherlands, but outside the Netherlands they are rather unknown. Both paramedical professions work in primary health care (in private practice), and in secondary health care (in nursing homes, hospitals and rehabilitation centers). Both professions treat the same kind of patients. The greatest part of patients are those with complaints related to back problems and basic motor skills (coordination problems). The interventions of both Cesar and Mensendieck therapy are aimed at rehabilitation by improving the posture and basic motor skills by means of an active, individual motor learning process (1,2). However, there are some differences in treatment by both therapies. These differences are expressed in the nature of the exercises (Cesar: dynamic; Mensendieck: static) and the instruction (Cesar: verbal instruction and demonstration; Mensendieck: verbal instruction) (2). Compared with physical therapy both therapies stress the pedagogical aspects of their motor learning process, whereas exercise therapy by physical therapists is more aimed at training motor skills. Physical therapy treats functional disorders by means of different kinds of interventions (e.g. physical applications, exercise therapy, massage therapy (3)), whereas exercise therapy is more aimed at improving functional disorders by means of a motor learning process.

Only recently the need for research on Dutch paramedical professions like Cesar and Mensendieck therapy has been recognized. The need for information especially concerns professional practice, diagnosis and treatment by exercise therapists (1). There is no history of scientific research on these professions and very little data on the practice of these professions is available. Therefore a survey study aimed at describing characteristics of patients, diagnosis by exercise therapists and their interventions is regarded a necessary first step in research on exercise therapy. This kind of research provides in the lack of knowledge on fore-mentioned aspects and further re-

Summary

In the Netherlands both Cesar and Mensendieck therapy are well-known professions. However, there is no history of scientific research on these professions. A necessary first step is a survey study on professional practice, diagnosis and treatment by these professions. A requirement for a survey study is a reliable and valid registration form. In this study a registration form that draws on the conceptual framework of the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) was tested on interobserver-reliability. Two therapists from each profession examined patients independently. Reliability was determined using two measures; the percentage of agreement and Cohen's Kappa. Findings of this study indicate that the reliability of the registration form for the assessment of functional diagnosis by exercise therapists is satisfactory.

Key words: *ICIDH, Rehabilitation, Registration Form, Interobserver reliability, Measuring Instrument, Functional Diagnosis*

search, aimed at assessing the effects of interventions, can be initiated based on such knowledge.

The assessment of diagnostic data by both therapies is concerned with functional disorders that may or may not be the consequences of an underlying disease. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (4) (ICIDH) is considered an adequate system to classify diagnostic data concerning functional disorders. In the ICIDH the consequences of disease are described in terms of impairments (consequences of disease at the organ level), disabilities (consequences at the level of the person) and handicaps (consequences at the level of social roles). Diagnostic assessment in Cesar therapy and Mensendieck therapy is mainly at the level of impairment and disability. The assessment of handicap is a less appropriate task for these professions, because both exercise therapies mainly aim at treatment of functional disorders at the level of impairments and disabilities.

Quite a number of categories at the level of impairments, that are important to a Cesar therapist or a Mensendieck

therapist, do not occur in the ICDH. Therefore, a registration form that draws on the conceptual framework of the ICDH was developed with diagnostic categories at the impairment and disabilities level which are slightly different from the ICDH-categories. A category concerning handicaps is not included in the registration form.

A requirement for a survey study is that the assessment of diagnostic data with a registration form, based on the clinical observations of therapists, must be evaluated as reliable. The present study was designed to test the interobserver reliability of the assessment of diagnostic data based on clinical observations by Cesar therapists and Mensendieck therapists. Two Mensendieck therapists and two Cesar therapists examined patients independently and the degree of agreement was determined, based on their observations.

Method

Design

The present study was conducted in two primary health practices, one consisting of two Cesar therapists and one consisting of two Mensendieck therapists. Each patient applying for treatment was examined by both therapists in a practice. The obtained information was specified on the registration form. The degree of agreement between the observations of both therapists was determined.

Registration form

A standard registration form was used to obtain the information on patients applying for treatment. The registration form consisted of three main categories. The first category concerned general patient characteristics, complaints and the medical diagnosis by the referring physician. The second category concerned the functional diagnosis. The third category of the registration is concerned with treatment characteristics, but was not used in this study.

The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (4) (ICIDH) was used as a framework to develop the category that was concerned with the recording of the clinical observations of the therapists. Two sections were developed concerning the assessment of data regarding impairments and disabilities, respectively. There were two consensus meetings with exercise therapists on the functional diagnosis. Use was also made from recently formulated proposals for revision of the ICDH, including diagnostic categories for exercise therapy (5).

The impairments section was subdivided into a number of categories, each consisting of several items (table 3). If the therapist diagnosed an impairment during the examination of the patient, it was specified in this section, together with the localization(s) of the impairment. The therapists could specify up to a maximum of four localizations (see appendix A).

The disabilities section was also subdivided into a number of categories (table 4). The therapist had to indicate the severity of the disability on a three point scale (see appendix B).

It is interesting to note that a comparison of functional diagnosis by exercise therapists, as is specified in the registration form, with physical therapy diagnosis, as it was specified in a registration form used in a study by Dekker et al (3) (see also van Triet et al (6)), shows that there is quite some overlap between the diagnostic categories for both professions.

Cesar therapists and Mensendieck therapists

In this study two female Cesar therapists and two female Mensendieck therapists participated (table 1). They were aged between 27 and 36 years.

Procedure

The therapists received a brief period of training in the practical use of the registration form, in which they assessed data on five patients applying for treatment. The data on these patients was mutually compared and commented on by the researcher. These five patients were not included in this study. The therapists also received instruction in writing (a manual) and verbal instruction (assistance by telephone) about the use of the registration form. During the study there was no contact between both therapists on the assessment of the functional diagnosis of the patients. Thus, both therapists assessed the functional diagnosis independently.

All patients applying for treatment were eligible for inclusion. Patients were excluded if they had received treatment in the previous three months, or if they required acute treatment or refused to participate. Indications for referral were established by referring physicians, and were classified according to the International Classification of Primary Care (ICPC) (7).

At the first session information on general patients characteristics and Cesar or Mensendieck diagnosis was assessed by the first therapist using the standard registration form. The second assessment of the patient by the second Cesar therapist took place after an average of four days (maximum of ten days) and the second assessment

Table 1: Training and experience of the Cesar therapists and Mensendieck therapists

	practice Cesar therapy		practice Mensendieck-therapy	
	therapist I	therapist II	therapist I	therapist II
Year of graduation	1975	1985	1983	1983
Experience (years)	13	6	7	7
Additional training	physical therapy (not graduated)		Feldenkreis method	

by the second Mensendieck therapist took place after an average of two days (maximum of eight days).

Data analysis

The level of agreement on impairments was determined by comparing the data concerning the observations of both therapists. This was done by comparing the localizations specified on each impairment. The therapists could specify up to a maximum of four localizations. If they both specified only one localization, these were compared in the analysis, but if they specified more than one localization, the first specified localization was used in the analysis. Impairments that are related to a specific localization (e.g. respiratory problems) were analyzed as present or absent. In the analysis the disabilities were analyzed as present or absent. The original three-point scale was reduced to a two-point scale, because less than 5% of all specified disabilities were scored as "not able to perform activities".

The degree of agreement between the observers was determined using two measures, the percentage of agreement, which does not allow for agreement arising from chance, and Cohen's Kappa (8), a measure of association which does correct for chance agreement (9). In this study the percentage of agreement was designated satisfactory if the value was more than 80%. In the present study the interpretation of Kappa is guided by the terminology of Fleiss (10) (see also van Triet et al (6)). Excellent agreement is indicated by a Kappa value more than 0.75; agreement is satisfactory when Kappa is between

0.40 and 0.75, and a value of less than 0.40 indicates a low level of agreement.

The frequency distribution of some impairments appeared to be skewed, in that they were identified among only a few patients. This is a problem for Kappa because a small change in skewness (especially at the extremes) can cause a large change in Kappa (6,10,11). There are no criteria for relating Kappa to the skewness of observations. Therefore we choose the following criteria for interpretation: Kappa was not determined if each therapist recorded an impairment (with a certain localization) or a disability in less than 10% of patients. If an impairment or disability was recorded in 10-20% of the patients, Kappa was calculated but has to be interpreted carefully, and if an impairment or disability was reported present in more than 20% of the patients, Kappa was calculated and interpreted in a straightforward manner (van Triet et al (6)). The percentage of agreement was determined for all reported impairments and disabilities.

Results

Patients

In table 2 the clinical details of all patients in both practices are listed. The table shows that in the Cesar therapy a total of 41 patients entered the study. Indications for referral were established for 37 patients. In the Mensendieck therapy practice a total of 48 patients entered the study. Indications for referral were established for 46 patients.

Table 2: Characteristics of the patients applying for Cesar therapy and Mensendieck therapists

	Cesar therapy	Mensendieck therapy
gender		
male	12	17
female	29	31
medical diagnoses (+ ICPC-codes):		
Stroke/Cerebrovascular accidents (CVA) (K90)	1	–
Neck symptoms and complaints (L01)	5	3
Back symptoms and complaints (L02)	9	13
Low back complaints without radiation (L03)	12	13
Shoulder symptoms and complaints (L08)	4	1
Hip symptoms and complaints (L13)	1	4
Leg/thigh symptoms and complaints (L14)	–	2
Disability/impairment (L28)	2	1
Fracture: other (L76)	–	1
Other injury (L81)	–	1
Syndromes of cervical spine (L83)	–	3
Osteoarthritis of spine (L84)	3	3
Acquired deformations of spine (L85)	24	16
Lumbar disc, lesion, radiation (L86)	5	3
Other diseases, musculoskeletal system (L99)	2	3
Headache (N01)	1	–
Tension headache (N02)	1	–
Total number of medical diagnoses	70	68
No medical diagnosis	4	2
Total number of patients	41	48

The most frequently reported indications for referral were those related to (low) back problems without radiation and acquired deformations of spine, together about 60% in the Mensendieck therapy practice and about 75% in the Cesar therapy practice. In both practices the percentage of female patients is higher than that of male patients, 65% in the Cesar therapy practice and 70% in the Mensendieck therapy practice.

Mean age of the patients in the Cesar therapy practice was 31 years (sd 14 years) and in the Mensendieck therapy practice 37 years (sd 15 year). In the Mensendieck therapy 29 patients were referred by a general practitioner (60%) en 19 patients by a specialist (40%). In the Cesar therapy practice 34 patients were referred by a general practitioner (83%) and 7 patients by a specialist (17%).

Functional diagnosis

Impairments

In table 3 and table 4 the percentage of agreement and Kappa of impairments and disabilities are listed for both Cesar therapy and Mensendieck therapy.

In the Cesar therapy practice 12 (=43%) impairments are reported for more than 20% of the patients. Table 3 shows that the percentage of agreement for the impairments reported by the Cesar therapists is more than 80% for all but one impairment. The values vary between 78% and 100%. Table 3 also shows that five impairments, reported for more than 20% of the patients, have Kappa values greater than 0.75, indicating excellent agreement. For six impairments the Kappa value ranges between 0.40 and 0.75, indicating satisfactory agreement. The

Table 3: Interobserver reliability of assessments of impairments

Impairments	Cesar therapy practice		Mensendieck therapy practice	
	percentage of agreement	kappa	percentage of agreement	kappa
Musculoskeletal impairments				
Kyphosis	78	0.56	79	0.57
Lordosis	95	0.90	83	0.66
Scoliosis	95	0.87	75	0.42
Other postural impairment	83	0.65	94	0.76 ¹
Impairment of pelvic-/torsion	93	0.38	79	0.58
Restricted range of joint motion active	90	—	96	0.64
Restricted range of joint motion passive	88	0.54	66	0.27
Impairment of walking	83	0.66	96	*
Impairment of coordination	88	0.38 ¹	**	**
Hypertone muscle	83	0.58	79	0.53
Hypotone muscle	93	*	81	0.26
Contracture	**	**	**	**
Spastic	**	**	**	**
Obesity	95	*	**	**
Generalized impairments				
Pain	93	0.81	98	0.90
Numbness (including paraesthesia)	93	0.76	90	0.74
Fatigue	98	0.94	92	0.77
Impairment of proprioception	100	*	96	*
Visceral impairments				
Impairment of circulation	90	0.45	94	0.37 ¹
Cough or sputum	**	**	**	**
Short breath	**	**	**	**
Hyperventilation	**	**	**	**
CARA	**	**	**	**
Other respiratory impairments	95	0.81 ¹	92	*
Psychological impairments				
Hypoactivity (incl. MBD)	**	**	**	**
Hyperactivity (incl. MBD)	**	**	**	**
Impairments of the sleep	100	1.00 ¹	96	0.88
Impaired concentration	97	*	100	*

— the kappa value can not be determined because one cell on the diagonal of the crosstable is zero.

** the impairment is not diagnosed.

* the impairment is reported for less than 10% of the patients.

¹ the impairment is reported for 10-20% of the patients.

Kappa value of impairment of pelvic (torsion) is less than 0.40, which means that there is a low level of agreement. The percentage of agreement however was 93%, indicating high agreement. The Kappa value of restricted range of joint motion could not be determined because it was reported for all patients by both therapists. The percentage of agreement is 90%.

Three impairments are reported for 10-20% of the patients. The Kappa values of two of these impairments, other respiratory impairments and sleeping impairments, are greater than 0.75. The Kappa value of impairment in coordination was less than 0.40. Four impairments were reported for less than 10% of the patients. Eight impairments were not reported at all.

In the Mensendieck therapy practice 12 (=43%) impairments are reported for more than 20% of the patients. Table 3 shows that the percentage of agreement for the impairments reported by the Mensendieck therapists is

more than 80% for all but five impairments. The values vary between 66% and 100%. Table 3 also shows that three impairments, reported for more than 20% of the patients, have Kappa values greater than 0.75. Seven impairments have Kappa values between 0.40 and 0.75. The Kappa value of restricted range of joint motion (passive) and hypotone muscle is less than 0.40. Two impairments, other posture impairment and impairment in circulation, are reported for 10-20% of the patients. The Kappa value for other posture impairment is 0.76 whereas the Kappa value for impairment in circulation is less than 0.40. Four impairments were reported for less than 10% of the patients. Ten impairments were not reported at all.

Disabilities

The Kappa values and percentages of agreement of disabilities are shown in table 4 for both Cesar and Mensendieck therapy.

In the Cesar therapy practice 19 (= 79%) disabilities are

Table 4: Interobserver reliability of the assessment of disabilities based on dichotomized scores

Disabilities	Cesar therapy practice		Mensendieck therapy practice	
	percentage of agreement	kappa	percentage of agreement	kappa
Personal care	85	0.29	90	0.61
Locomotion				
Walking	85	0.65	77	0.55
Climbing stairs	100	*	81	0.45
Running	90	0.55 ¹	85	0.38
Transfer from lying	71	0.25	92	*
Transfer from sitting	85	0.33	92	*
Standing transfer	78	0.43	90	0.39 ¹
Body movement/control				
Lifting	78	0.57	75	0.49
Bending	54	0.14	85	0.71
Jumping	73	0.25	98	*
Picking up/grasping/reaching	88	0.48	83	0.28
Gripping/holding	95	*	96	*
Throwing/catching	95	*	98	*
Keeping balance	78	0.27	83	0.33 ¹
ADL				
Household activities	85	0.61	90	0.77
Sitting for long periods	83	0.66	79	0.55
Standing for long periods	75	0.53	79	0.58
Foot control	95	*	98	*
Writing	85	0.35	96	*
Situational disabilities				
Exercise tolerance/physical endurance	90	0.72	96	0.73 ¹
Dependence for activity on equipment or care	80	0.31	100	*
Other activities				
Profession	83	0.66	83	0.66
Sports	85	0.69	79	0.47
Hobbies	88	0.60	94	0.76

* the disability is reported for less than 10% of the patients.

¹ the disability is reported for 10-20% of the patients.

Table 5: Inter-rater reliability of combined disabilities

Disabilities	practice Cesar therapy		practice Mensendieck therapy	
	percentage of agreement	kappa	percentage of agreement	kappa
Walking and climbing staira	85	0.65	73	0.47
Body transfer	75	0.47	90	0.39 ¹
Grasping/reaching and gripping/holding	88	0.48	83	0.28

¹ the disability is reported for 10-20% of the patients.

reported for more than 20% of the patients by both therapists. Table 3 shows that for seventeen disabilities the percentage of agreement is greater than 80%. The percentage of agreement of all disabilities varies between 54% and 100%.

Not one disability has a Kappa values of more than 0.75. Eleven disabilities have Kappa values between 0.40 and 0.75, indicating satisfactory agreement. Eight disabilities have Kappa values less than 0.40. The Kappa value of disability in running, which is reported for 10-20% of the patients, is 0.55. Four disabilities were reported for less than 10% of the patients.

Table 4 also shows that in the Mensendieck therapy practice 13 (=54%) disabilities are reported for more than 20% of the patients by both therapists. For 19 disabilities the percentage of agreement is higher than 80%. The percentage of agreement of all disabilities varies between 75% and 100%.

Two disabilities, disability in household activities and disability in hobbies, have Kappa values greater than 0.75. Nine disabilities have Kappa values between 0.40 and 0.75, indicating satisfactory agreement. Two disabilities, disability in running and disability in picking up/grasping/reaching have Kappa values less than 0.40. The Kappa value of disability in exercise tolerance/physical endurance, which is reported for 10-20% of the patients, is 0.73. Disability in transfer from standing and disability in keeping balance have Kappa values less than 0.40. Eight disabilities were reported for less than 10% of the patients.

Modifications

The assessment of restricted range of joint motion (active or passive) and hypertone or hypertone muscle caused some interpretation problems as was indicated by the results and by the comment of Cesar and Mensendieck therapists. It appears that it is not necessary to discriminate between active and passive restricted range of joint motion and low and high muscle tone. For this reason these impairments will be joined as restricted range of joint motion and deviation of muscle tone (see Appendix C).

In the disabilities categories concerning locomotion and body movement/control modifications were made. A number of disabilities were clustered or combined (disability in walking and climbing stairs; disability in body transfers (transfer from lying, sitting and standing) and disability in grasping/reaching and gripping/holding). Re-

liability for these combined disabilities is satisfactory (table 5). The modified section on impairments and disabilities is shown in Appendix C.

Discussion

Overall, it can be concluded that the reliability of the assessment of impairments and disabilities is quite satisfactory. The agreement on impairments was better than the agreement on disabilities. Concerning the functional diagnosis of the Cesar therapists, the reliability of 19 out of 20 impairments and 17 out of 24 disabilities is good, based on the percentage of agreement. Based on Kappa, the reliability of 13 out of 15 impairments and 12 out of 20 disabilities is good. Concerning the functional diagnosis of the Mensendieck therapists, the reliability of 13 out of 18 impairments and 19 out of 24 disabilities is good, based on the percentage of agreement. Based on Kappa, the reliability of 11 out of 14 impairments and 12 out of 16 disabilities is good. The results show that for both Cesar and Mensendieck therapy musculoskeletal impairments and generalized impairments appear to be reliable. The assessment of pain, numbness and fatigue appeared to be very reliable. Assessment of posture impairments (kyphosis, lordosis and scoliosis) and hypertone muscle appeared to be reliable too, although percentages of agreement are not quite satisfactory. For both professions no meaningful analysis could be performed on impairments concerning respiratory impairments and psychological impairments because the frequencies were insufficient. Disabilities in other activities, situational disabilities and disabilities in ADL appear to be reliable for both Cesar and Mensendieck therapy. The reliability of disabilities concerning locomotion and body movement/control is unsatisfactory.

It should be noted however, that a number of impairments was not diagnosed at all. The main reason for this is the great number of patients applying with back problems. These figures are in accordance with those of Hasper (12) and Balm (13), both reporting that about 80% of the patients applying for Cesar therapy or Mensendieck therapy have back problems. Therefore it can be concluded that reliability for these important categories is good.

In the impairments section agreement on impairment of pelvis (pelvic torsion) was unsatisfactory for the Cesar therapy practice. Low agreement on impairment of pelvis (pelvic torsion) was the result of the therapists observing

this impairment in all patients but one. Therefore the frequency distribution is skewed and Kappa is low. This is one of the shortcomings of Kappa which is even more apparent for the impairment restricted range of joint motion. Kappa could not be determined because of the skewed frequency distribution; none of the Cesar therapists reported this impairment as absent.

Reliability of diagnostic assessment of disabilities is satisfactory in a number of cases. The low agreement on disabilities concerning locomotion and body movement/control could be caused by the restricted scope of the examination during the first session, which is mainly focused at impairments and basic motor skills like walking, lifting, bending, sitting and standing. Other disabilities are not or are only superficially assessed during the first session.

The similarity between physical therapy diagnosis and functional diagnosis by exercise therapists is great. Comparison with the schedule of van Triet et al. (6) (see also Dekker et al. (3)) shows that a large number of items of the physical therapy diagnosis is similar to those of the functional diagnosis by exercise therapists. The difference mainly concerns the number of impairments that are related to back problems. At the level of disabilities the differences are less pronounced than was expected. Because both exercise therapies stress that they are training basic motor skills it was expected that this would lead to a greater differentiation at the level of disabilities. The results however have shown that the disability level is less detailed.

It can be concluded that the ICDH is an adequate framework for the functional diagnosis by exercise therapists. Although some modifications in the impairments section and in the disabilities section of the registration form appeared to be necessary, Cesar and Mensendieck therapists could specify their diagnostic findings in the form. The reliability of the assessment of impairments and disabilities based on clinical observations appeared to be satisfactory.

References

1. Dekker J, Driessen MJ, Gisbergen M van. *Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen*. Utrecht: NIVEL, 1991
2. Hasper HC. *Vijftig Jaar Bewegingsleer Cesar*. Den Dolder: Stichting Vormingsfonds Cesar, 1987.
3. Dekker J, Gisbergen MJWM van, Curfs EChr, Kerssens JJ. Diagnosis and treatment in physical therapy: an empirical investigation of their relationship. (submitted)
4. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO, 1980.
5. Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. *Verslag fase I: classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen*. Amersfoort: SWSF, 1991.
6. Triet EF van, Dekker J, Kerssens JJ, Curfs EChr. Reliability of the assessment of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy. *International Disability Studies*, 1990; 12: 61-65.
7. Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care (ICPC)*. New York: Oxford University Press, 1987.
8. Cohen J. A coefficient for agreement for nominal scales. *Educ. Psychol. Meas.* 1960; 20: 37-46.
9. Schouten HJA. *Statistical Measurement of Interobserver Agreement* (dissertation). Utrecht: drukkerij Elinkwijk, 1985.
10. Fleiss L. *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 2nd edn. New York: John Wiley, 1981.
11. Soeken KL, Prescott PA. Issues in the Use of Kappa to Estimate Reliability. *Medical Care*, 1986; 24: 733-741.
12. Hasper HC, Janssen BY, Lievaart, WM. Oefentherapie Cesar en rugklachten. *Cesar*, feb. 1990: 2-12.
13. Balm MFK, Lange CJ de. *Oefentherapie Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg*. Utrecht: NVOM, 1988.

7. IMPAIRMENTS AND DISABILITIES IN PATIENTS TREATED BY EXERCISE THERAPISTS

Zuijderduin W.M en Dekker J.

Ter publicatie aangeboden

IMPAIRMENTS AND DISABILITIES IN PATIENTS TREATED BY EXERCISE THERAPISTS

Walter Zuijderduin

Joost Dekker

SUMMARY

The goal of this study is to give a description of the patient population of exercise therapists (Cesar and Mensendieck therapists). The study focuses in particular on impairments and disabilities as diagnosed by the exercise therapists. Data have been recorded by 48 Cesar therapists on 1020 patients and by 52 Mensendieck therapists on 1088 patients. Impairments were recorded in nearly all patients. The interrelationship among impairments was analyzed. Four dimensions of highly interrelated impairments were found for Cesar-therapy; for Mensendieck therapy three more or less similar dimensions were identified. Disabilities were registered in less than half of the patients. Only one dimension of interrelated disabilities was identified, both in Cesar and Mensendieck-therapy.

Key words: Exercise therapy, ICDH.

INTRODUCTION

Exercise therapy according to Cesar (Cesar therapy) and exercise therapy according to Mensendieck (Mensendieck therapy) are both concerned with the treatment and prevention of disorders and abnormalities of movement and posture. The treatment consists of an exercise program that stimulates an active, individual motor learning process. Exercises have a specific aim in relation to the patient's problems. For example, this aim can be improvement of posture and movement, pain relief, strengthening of muscles, relaxation, respiration or daily activities. Exercise therapists have a system or method that stresses the pedagogical aspects of the learning process.

The treatment in Cesar and Mensendieck therapy show some differences. These differences are expressed in the nature of the exercises (Cesar: dynamic; Mensendieck: static) and the instruction (Cesar: verbal instruction and demonstration; Mensendieck: verbal instruction). Although there are some differences in treatment, both professions treat the same kind of patients (1,2,3,4).

The present insight into the characteristics of patients treated by exercise therapists

are based upon two survey studies (1,2). These studies showed that, about one-third of the indications for referral to exercise therapy were postural anomalies, about one-third were dorsopathies, about one-sixth were neck, shoulder or head symptoms and complaints and about one-sixth were other diagnoses. Pain - and more specifically back pain - was the most frequently indicated complaint of the patients. The medical diagnoses related back problems can be divided into two categories. The first category consists of specific back complaints, this is a group with a clear diagnosis such as herniation of the nucleus pulposus of an intervertebral disk, osteochondropaty and scoliosis. The second category consists of unspecific back complaints such as lumbago, hypertonic muscles, postural anomaly and low-back pain.

The main purpose of this study is to further the knowledge of the patient population of exercise therapists in the Netherlands. In this the emphasis lays on the results of the exercise therapist's diagnostic assessment. The basic assumption is that the medical diagnosis as it is noted by doctors on the patient's referral does not contain sufficient information to enable the exercise therapist to commence treatment. Consequently, before starting treatment, exercise therapists need to examine the patient in order to acquire further information on the patient's condition. The examination of the exercise therapist is focused upon the patient's postural and movement habits and must give direction to treatment. The examination includes general information on the patient, anamnesis and an assessment of the patient's general condition. The examination also includes a static inspection and an inspection during movement. If required for the diagnosis, orthopedic and neurological tests are also conducted.

The exercise therapy diagnosis (Cesar or Mensendieck diagnosis) summarises the results of the examination by the exercise therapist. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (5) is considered an adequate system to classify the data concerning the exercise therapy diagnosis (6). The ICIDH contains three distinct and independent classifications each relating to a different level: impairments, disabilities and handicaps. An impairment is defined in the ICIDH as 'any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function'. A disability is defined in the ICIDH as 'any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being'. A handicap is defined as 'a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex and social and cultural factors) for that individual'. An example of an impairment is a restricted range of motion in the knee joint. It is possible but not necessary that this impairment results in a disability, for example a disability of locomotion. Together this may lead to a handicap of mobility. The diagnostic assessment in Cesar therapy and Mensendieck therapy is mainly at the level of impairment and disability. The assessment of handicap is a less appropriate task for these professions because both exercise therapies mainly aim at treatment at the level of impairments and disabilities (5).

The goal of the present study is to describe and analyze the exercise therapy diagnosis, as well as general characteristics and medical diagnoses of patients treated by exercise therapists. With regard to the exercise therapy diagnosis, it is to be expected that more than one impairment and/or disability is represented in a single patient. In order to reduce the rather complex data, the relationship among impairments and disabilities is analyzed. This analysis is expected to yield dimensions of highly interrelated impairments and dimensions of highly interrelated disabilities.

METHODOLOGY

Materials

The data for this research were collected by 48 Cesar therapists and 52 Mensendieck therapists. The therapists were selected on the basis of a random sample from the lists of the practice addresses of Cesar and Mensendieck therapists. These lists were made by the professional associations of both professions. Table 1 shows gender, age and setting of the participating therapists.

The recording period was from January 1992 until March 1993. In total data were recorded for 1020 patients by Cesar therapists and 1088 patients by Mensendieck therapists. Not all patients applying for treatment during the recording period were recorded, but a number of them (on average 21 per therapist). However, in principle every new patient was considered for recording. The recording of the data was done with the assistance of a standard registration form.

table 1: Characteristics of the therapists.

	Cesar (N=48)	Mensendieck (N=52)
gender:		
- male	1 (2.1%)	-
- female	47 (97.9%)	52 (100%)
age (mean):	32.5 years	31.9 years
setting:		
- primary health care	43 (89.6%)	45 (86.5%)
- institutional care	5 (10.4%)	7 (13.5%)

The registration form

The registration form (3) consisted of three parts: 1) general data, 2) Cesar or Mensendieck diagnosis and 3) treatment data. The first two parts of the form were filled in at the start of the treatment, the last part at its end.

The "general data" consisted of patient data (age, sex, living situation, education and occupation) and referral data (the referrer and the reason for referral). The reason for referral, as given by the referrer, was coded using the International Classification of Primary Care (7).

The diagnostic observations of the exercise therapists - the so called Cesar or Mensendieck diagnosis - were coded using the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, the ICIDH (5). The Cesar or Mensendieck diagnosis have two parts: impairments and disabilities.

In preceding research, the reliability of the assessment of impairments and disabilities was tested. The results of that research indicate that reliability of the assessment of impairments and disabilities was satisfactory (5).

Under the final heading, data were recorded in respect of the treatment. Treatment goals, type of treatment and the extent of achievement of treatment goals were recorded. These data will be presented in a separate article.

Analysis

The exercise therapists were asked to record each impairment that was found in their clinical examination. A large number of different combinations of impairments could thus be indicated. In order to summarize the large amount of information, the impairments were categorized into major categories. In combining the impairments attention was paid to two aspects. In the first place the expected treatment of impairments within a major category should be as similar as possible. In the second place the major groups may not be too small. The classification was discussed with a group of experienced exercise therapists.

The major categories of impairments were analyzed in terms of their interrelationships using PRINCALS (8,9,10). PRINCALS (principals components analysis by means of alternating least squares) is a non-linear variant on the classical principal component analysis. The most important difference between PRINCALS and the classical method is that, in using this method, discrete variables can be analyzed. Principal components analysis is basically intended to transform a number of variables into a smaller number of new variables (*dimensions*). A measure for the amount of variation that is ascribed to a particular dimension is the *Eigenvalue*. The number of dimensions to which the variables can be transformed is related to the Eigenvalues of the dimensions. In the present study, the standard was that the Eigenvalue of a dimension must be larger than 1 divided by the number of variables (8). The number of variables in this case is the number of major categories in analysis. The relation of a variable with a dimension is expressed in the *component loading*. In the present study, only major categories with a component loading

higher than .50 or less than -.50 are derived.

The analysis of disabilities was carried out in the same way as the impairments. In the first place the different disabilities were subdivided into four major categories. The four major categories were analyzed in respect of their interrelationships using PRINCALS.

Logistic regression analysis was used to test differences in the occurrence of the major groups of impairments and disabilities among men and women and within the various age groups. In this analysis gender and age were used simultaneously as independent variables.

RESULTS

general

In table 2 an overview is given of the general characteristics of the patients. In both patients treated by the Cesar therapists and patients treated by the Mensendieck therapists, about two-third of the patients were women. The average age of the patients treated by Cesar therapists is 33.4 years (s.d. 17.9). The average age of patients treated by Mensendieck therapists is 34.1 years (s.d. 17.5). No significant age differences were found between male patients and female patients, in both samples. About two-third of the patients are insured under health insurance¹. The greater part of the patients lived at home and had no specialized form of housing (i.e. nursing home, old peoples home). About one-tenth of the patients in both samples lived in a one-person household.

referrals

The greater part of the patients were referred by their GP, 76% of the patients treated by Cesar therapists and 69% of the patients treated by Mensendieck therapists. The medical specialist was the referrer of 22% and 28% of the patients, respectively. The three medical specialisms with the largest share in this were neurology, orthopaedics and rheumatology. For patients treated by Cesar therapists the percentages were 7%, 7% and 2% respectively (the percentages refer to all patients and not only those referred by medical specialists). For patients treated by Mensendieck therapists the percentages were 14%, 7% and 3%, respectively.

Table 3 shows the top-ten of indications for referral. The most frequently reported indications for referral are those related to back problems.

¹ In the Netherlands 61% of the total population is insured under health insurance funds (11).

table 2: Characteristics of the patients.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
gender:		
- male	32.7	33.0
- female	67.3	67.0
age:		
- 0-19 years	21.3	17.8
- 20-39 years	46.2	46.9
- 40-64 years	25.3	28.0
- => 65 years	7.2	7.3
insurance:		
- health insurance funds	65.5	66.5
- private health insurance	32.5	31.6
- no insurance	0.1	-
- not registrated	2.0	1.9
housing:		
- private households	94.1	96.8
- other	4.9	2.7
- not registrated	-	0.5
households:		
- one person	10.1	12.5
- with others	87.7	86.2
- not registrated	1.2	1.3

table 3: Indications for referral (top-10)*.

Cesar (N=1020)	%	Mensendieck (N=1088)	%
1. low back symptoms/complaints	20.7	1. acquired deformities of spine	21.8
2. back symptoms/complaints	19.8	2. low back symptoms/complaints	18.6
3. deviation of posture	16.3	3. back symptoms/complaints	17.8
4. acquired deformities of spine	16.2	4. deviation of posture	14.5
5. neck symptoms/complaints	6.0	5. backpain with radiation symptoms	9.9
6. back pain with radiation symptoms	5.1	6. syndromes related to cervical spine	6.9
7. neck and shoulder symptoms/complaints	4.2	7. neck symptoms/complaints	4.7
8. shoulder symptoms/complaints	3.7	8. osteoarthritis of spine	3.4
9. osteoarthritis of spine	2.6	9. tension headache	3.3
10. tension headache	2.5	10. hyperventilation	2.8

*) The indications for referral were coded with the ICPD. impairments

Impairments were recorded in nearly all patients. An average of 6.2 impairments were recorded per patient after the examination by Cesar therapists and an average of 6.3 impairments per patient after the examination by Mensendieck therapists. Table 4 gives an overview of the occurrence of impairments. In particular impairments of posture (especially those related to the back), pain, restricted range of joint motion, hypertone muscle and impairments of muscle strength occur frequently. There were only slight differences in occurrence of impairments in patients treated by Cesar therapists and patients treated by Mensendieck therapists. The largest difference between occurrence of impairments was with impairments of muscle strength. Impairments of muscle strength were less frequently registered by Mensendieck therapist.

There were significant differences in the occurrence of impairments among men and women and within the various age groups (see appendix 1).

The testing of the interrelationships of impairments was carried out with PRINCALS. This was done for the major categories of impairments. The category 'other impairments' was excluded from the analysis. The results of the analyses are shown in table 5. The ten major categories could be reduced to four dimensions for patients treated by Cesar therapists and to three dimensions for the patients treated by Mensendieck therapists. The following relations were found in the patients treated by Cesar therapists. The first dimension consists of postural impairments, impairments of the range of joint motion, impairments of muscle tone and length, impairments of muscle strength and pain. The second dimension consists of psychological impairments and general impairments. The respiratory impairments just did not reach the 0.50 level of the component loading on this dimension. The third dimension consisted entirely of impairments of control of voluntary movements and the fourth dimension of sensory impairments. The results of the analysis with the patients treated by Mensendieck therapist showed similar results with some minor differences. (It should be noted that the opposite signs in the analysis in Cesar therapy and Mensendieck therapy are meaningless). The first dimension of the analysis with the patients treated by Mensendieck therapist consists of impairments of the range of joint motion, impairments of muscle tone and length and pain. Postural impairments only just did not reach the 0.50 level of the component loading on the first dimension. The category impairment of muscle strength is not related to this dimension; in the patients treated by Cesar therapists muscle is related to this dimension. The second dimension is identical to that in the patients treated by Cesar therapists, and consists of psychological impairments and general impairments. The respiratory impairments just did not reach the 0.50 level of the component loading on this dimension. Impairments of control of voluntary movements and impairments of muscle strength combine together on the third dimension. No fourth dimension was found in Mensendieck therapy.

table 4: Impairments*

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
Postural impairments	87.7	90.3
Kyphosis	56.5	54.0
Lordosis	49.7	57.4
Scoliosis	42.7	49.2
Impairment of pelvic-torsion	32.8	35.3
Other impairments of posture	13.5	11.5
Impairments of joint motion	53.4	55.9
Hypermobility	6.9	6.3
Restricted range of joint motion	49.4	51.4
Impairments of control of voluntary movements	16.3	17.9
Impairments of gait	11.8	15.5
Impairments of coordination	6.7	5.8
Impairments of muscle tone and length	62.1	64.9
Deviation of muscle tone (increased/decreased)	51.9	52.4
Deviation of muscle length	29.8	32.3
Impairments of muscle strength	49.4	28.0
Sensory impairments	18.0	21.5
Numbness (including paraesthesia)	16.6	20.2
Impairments of proprioception	3.7	2.6
Pain	71.7	77.9
Respiratory impairments	13.8	12.8
Short breath	4.7	3.8
Hyperventilation	6.7	6.5
CARA	2.6	2.4
Other respiratory impairments	3.4	2.9
Psychological impairments	9.2	14.5
Impairment of sleep	5.9	13.1
Impaired concentration	5.3	5.2
Generalized impairments	27.7	30.9
Fatigue	25.1	25.9
Dizziness	5.2	8.8
Miscellaneous		
Impairment of circulation	5.3	4.3
Obesity	12.8	12.6
Psychomotor impairments	2.0	1.4
Other impairments	10.0	9.8

*) Impairments are subdivided into major groups. The percentages of patients within these groups are printed **bold**.

table 5: Results of the principle components analysis (PRINCALS) with impairments*.

Cesar (N=1020)	component loadings			
	dimension 1	dimension 2	dimension 3	dimension 4
Postural impairments	<u>.55</u>	-.32	-.23	-.14
Impairments of joint motion	<u>.62</u>	.17	-.02	.31
Impairments of control of voluntary movements	.12	.35	<u>.79</u>	-.02
Impairments of muscle tone and length	<u>.53</u>	.25	-.36	.10
Impairment of muscle strength	<u>.56</u>	.26	.20	.41
Sensory impairments	.26	.33	.18	<u>-.73</u>
Pain	<u>.51</u>	.09	-.21	-.40
Respiratory impairments	-.47	.49	-.35	.01
Psychological impairments	-.27	<u>.65</u>	-.15	-.01
Generalised impairments	.03	<u>.66</u>	-.14	.08
Eigenvalue	.19	.16	.11	.10

Mensendieck (N=1088)	component loadings			
	dimension 1	dimension 2	dimension 3	
Postural impairments	-.49	.29	-.18	
Impairments of joint motion	<u>-.61</u>	-.18	.08	
Impairments of control of voluntary movements	-.17	-.48	<u>.55</u>	
Impairments of muscle tone and length	<u>-.56</u>	.03	-.40	
Impairment of muscle strength	-.33	-.33	<u>.58</u>	
Sensory impairments	-.40	-.36	-.11	
Pain	<u>-.55</u>	-.08	-.31	
Respiratory impairments	.44	-.46	-.24	
Psychological impairments	.20	<u>-.57</u>	-.32	
Generalised impairments	.03	<u>-.67</u>	-.27	
Eigenvalue	.18	.16	.12	(.09)

*) Component loadings higher than or equal to .50 (positive or negative) are underlined.

disabilities

Disabilities were less frequently recorded than impairments. Cesar therapists recorded at least one disability in 42% of their patients. Mensendieck therapists recorded a disability in 44% of the patients. Table 6 shows the occurrence of disabilities. Major categories that were most frequently indicated were disabilities in body movement/control (i.e. lifting, bending) and disabilities in other activities (i.e. household, profession, sports). The occurrence of disabilities recorded by Cesar therapists differed only slightly from those recorded by Mensendieck therapists. A disability of exercise tolerance/physical endurance was recorded more often by the Cesar therapists.

There were significant differences in the occurrence of disabilities among men and women and within the various age groups (see appendix 2). In both populations disabilities occurred more often among female than among male patients and in the older age groups.

table 6: Disabilities*.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
Disabilities in locomotion	12.3	13.7
Walking	8.9	9.8
Climbing stairs	9.4	8.3
Cycling	9.1	7.8
Disabilities in basic motor skills	31.5	32.4
Body transfer	11.3	10.4
Lifting	20.2	17.9
Bending	19.2	16.5
Picking up /grasping/reaching	12.9	10.5
Sitting for long periods	18.0	18.4
Standing for long periods	20.7	19.7
Keeping balance	10.2	6.5
Disability in exercise tolerance/physical endurance	24.8	14.6
Disabilities in other activities	32.8	34.2
Household activities	20.5	17.9
Profession	23.2	22.4
Sports	22.3	20.1
Hobbies	11.6	8.7

*) Disabilities are subdivided into major groups. The percentages of patients within these groups are printed bold.

table 7: Results of the principle components analysis (PRINCALS) with disabilities*.

Cesar (N=1020)	
component loadings	
dimension 1	
disabilities in locomotion	<u>.72</u>
disabilities in basic motor skills	<u>.85</u>
disability in exercise tolerance	<u>.81</u>
disabilities in other activities	<u>.84</u>
Eigenvalue	.65
Mensendieck (N=1088)	
component loadings	
dimension 1	
disabilities in locomotion	<u>-.71</u>
disabilities in basic motor skills	<u>-.83</u>
disability in exercise tolerance	<u>-.69</u>
disabilities in other activities	<u>-.80</u>
Eigenvalue	.58

*) Component loadings higher than or equal to .50 (positive or negative) are underlined.

The analysis of the interrelationships between disabilities was tested for the 4 major categories. The results indicated that all four major categories of disabilities are highly interrelated and combine into a single dimension. This result was found in both Cesar therapy and Mensendieck therapy.

DISCUSSION

The goal of this study is to give a description of the patient population within Cesar therapy and Mensendieck therapy. As far as basic characteristics of the patient population is concerned the present investigation confirms what was already known from earlier studies (1,2). About two-thirds of the patients were women and most of the patients were between 20-39 years. The greater part of the patients were referred by their GP. The percentage of patients referred by medical specialists was higher in the patients treated by Mensendieck therapists compared to the patients treated by Cesar therapists (28% vs 22%). The historical

sympathy of neurologist toward Mensendieck therapy seems to play a part in this, because the difference is particularly caused by the referring of neurologists.

Most of the indications for referral are related to back problems. In physical therapy back problems are indication for referral in about one-quarter of the patients (9). Clearly, exercise therapists are even more dealing with these problems than physical therapists are.

Indications for referral normally do not contain enough information for the exercise therapist to commence treatment. The remaining information is gathered in the clinical examination by the exercise therapist. The result of this assessment is the exercise therapy diagnosis. A primary distinction between the referral indication and the exercise therapy diagnosis is that more attention is given to the consequences of problems or diseases. The exercise therapy diagnosis is formulated in terms of the ICDH: impairments and disabilities.

Impairments were recorded in nearly all patients. Impairments of posture (especially those related to the back), pain, restricted range of joint motion and a deviation of muscle tone occurred most frequently. Disabilities were recorded in less than half of the patients. Disabilities in basic motor skills (lifting, bending, standing for long periods) and disabilities in other activities (household, profession, sports) occurred most frequently.

It was expected that more than one impairment or disability is represented in a single patient. This expectation was confirmed. The average of 6 impairments recorded per patient in a classification scheme that consisted of 30 impairments showed the necessity of data reduction. At first the impairments were clustered into major groups. Analysis of the interrelation among the major groups of impairments showed that some combinations of impairments were more likely to occur than other. Four dimensions of highly interrelated impairments were found in the patients treated by Cesar therapists and three dimensions in the patients treated by Mensendieck therapists. These dimensions can be interpreted as follows: Firstly a dimension with musculo-skeletal problems was identified. Secondly there is dimension with generalized impairments (especially fatigue) and with psychological impairments. The third dimension consisted of impairments of control of voluntary movements (for Mensendieck therapy in combination with impairments of muscle strength). Only for Cesar therapy a fourth dimension with sensory impairments could be distinguished.

The patient population of Cesar therapists and Mensendieck therapists have many points in common. However, an eye-catching difference between the impairments registered by Cesar therapist and those by Mensendieck therapists was found with impairments of muscle strength. An impairment of muscle strength was registered in 49% of the patients by Cesar therapist and in only 28% by Mensendieck therapists. Furthermore, in Cesar therapy impairments of muscle strength are related to other musculo-skeletal problems, while in Mensendieck therapy it is related to impairments of control of voluntary movements. This difference might be the result of differences in the approach of the two methods. Mensendieck therapy is aimed at alerting the patient to proprioceptive information from muscles, tendons and joints, the exercises used by the Mensendieck therapist are designed for this purpose. The focus lays on the cognitive aspects of the motor learning process. In

Cesar therapy the exercises are more intended to train certain movements. In this more attention is paid to the autonomic phase of the motor learning process. The Cesar therapists does this by building the intended posture or movement into complex and combined exercises, after training the intended movement or posture apart (3,4). The differences in approach among the two methods can result in a different perception of impairments of muscle strength. A similar difference between Cesar and Mensendieck therapy was found with the occurrence of a disability in exercise tolerance. Which also was recorded more often by Cesar therapists than by Mensendieck therapists

Disabilities showed a strong interrelationship: when a disability was recorded the other disabilities were frequently recorded also. It was not possible to distinguish different dimensions of disabilities. For this reason and the fact that disabilities were recorded in less than half of the patients, it is concluded that impairments are more important than disabilities in the characterisation of patients in the field of exercise therapy.

ACKNOWLEDGMENT

This research was financed by the Dutch Ministry of Health. We would like to thank the following persons for their advice on the contents and their comment: Mr Th.A.G. Koekenbier, Mrs H. Hasper and Mrs K. Bos.

REFERENCES

- 1 HASPER HC, JANSSEN BY, LIEVAART WM. *Cesar en rugklachten. Verslag van het 2e fase onderzoek naar de resultaten van de oefentherapie Cesar bij rugklachten*. Den Dolder: Stichting opleiding Bewegingstherapie Cesar. 1990.
- 2 BALM MFK, LANGE CJ DE. *Oefentherapie Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg*. Utrecht: NVOM, 1988.
- 3 BALM MFK, GIJSBERS EKW. *Oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegingsgewoonten bij pijn*. In: Matti H, Menges LJ, Spierdijk J, editors. *Pijninformatarium*. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu: 1993; PB4500.
- 4 HASPER, HC. *Vijftig jaar bewegingsleer Cesar*. Den Dolder: Stichting Vormingsfonds Cesar. 1990.
- 5 WORLD HEALTH ORGANISATION. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO, 1980.
- 6 GISBERGEN, M VAN, DEKKER J. *Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists*. *Journal of rehabilitation sciences*, 1992; **3**: 67-73.
- 7 LAMBERTS H, WOOD M. *International Classification of Primary Care (ICPC)*. New York: Oxford University Press, 1987.
- 8 GEER JP VAN DE. *Multivariate analysis of categorical data: applications*. London: Sage Publications, 1993.
- 9 KERSSENS JJ, CURFS EC. *Extramurale fysiotherapie (dissertation)*. Utrecht: NIVEL, 1993.
- 10 SPSS. *Categories*. Chicago, IL: SPSS Inc., 1990.
- 11 NETHERLANDS CENTRAL BUREAU OF STATISTICS. *Statistical yearbook of the Netherlands 1993'* The Hague: SDU publishers, 1993.

appendix 1: The occurrence of impairments by gender and age.

Cesar	gender		age			
	male	female	0-19	20-39	40-64	=>65
	%	%	%	%	%	%
Postural impairments ^{1,2}	89.2	86.8	88.3	92.7	85.9	61.6
Impairments of joint motion ²	54.4	52.8	44.4	54.4	58.8	54.8
Impairments of control of voluntary movements ²	19.8	14.5	18.2	11.2	18.4	37.0
Impairments of muscle tone and length ²	64.6	61.0	50.5	68.8	64.3	45.2
Impairments of muscle strength ¹	44.4	51.9	45.8	49.2	52.2	56.2
Sensory impairments ²	18.6	17.7	4.7	20.0	27.5	13.7
Pain ²	68.8	73.0	45.8	78.9	83.1	64.4
Respiratory impairments ^{1,2}	12.3	14.5	9.3	11.2	19.2	23.3
Psychological impairments ^{1,2}	8.4	9.6	7.5	7.5	12.2	16.4
Generalized impairments ^{1,2}	24.3	29.4	12.6	30.3	35.3	32.9
Obesity ^{1,2}	11.7	13.3	5.6	14.6	16.9	11.0
Other impairments ^{1,2}	12.9	10.5	7.5	6.2	14.9	42.5

Mensendieck	gender		age			
	male	female	0-19	20-39	40-64	=>65
	%	%	%	%	%	%
Postural impairments ^{1,2}	91.4	89.7	94.8	92.9	90.1	63.3
Impairments of joint motion ²	58.2	54.7	45.3	53.8	63.4	65.8
Impairments of control of voluntary movements ²	22.3	15.8	17.7	14.2	17.8	39.2
Impairments of muscle tone and length ^{1,2}	71.3	61.8	57.3	69.0	68.0	44.3
Impairments of muscle strength ²	27.6	28.2	24.0	27.4	29.4	32.9
Sensory impairments ²	23.7	20.5	4.7	21.3	32.3	21.5
Pain ²	76.6	78.6	46.9	85.2	84.8	81.0
Respiratory impairments ^{1,2}	10.9	13.7	10.4	10.5	16.5	20.3
Psychological impairments ^{1,2}	14.5	14.6	6.3	12.8	21.5	20.3
Generalized impairments ^{1,2}	20.9	35.7	13.0	31.4	38.6	41.8
Obesity ^{1,2}	11.4	13.2	8.3	12.4	15.2	13.9
Other impairments ^{1,2}	10.6	11.1	7.3	8.7	12.9	27.8

¹⁾ Difference by gender significant (p<0.05)

²⁾ Difference by age significant (p<0.05)

appendix 2: The occurrence of disabilities by gender and age.

Cesar

	gender		age			
	male	female	0-19	20-39	40-64	=>65
	%	%	%	%	%	%
disabilities in locomotion ^{1,2}	8.4	14.2	7.3	9.1	13.2	59.5
disabilities in basic motor skills ^{1,2}	28.2	33.0	16.1	31.4	37.3	58.2
disability in exercise tolerance ^{1,2}	18.0	28.2	8.9	11.4	15.8	43.0
disabilities in other activities ^{1,2}	26.4	36.1	14.6	34.9	42.6	43.0

Mensendieck

	gender		age			
	male	female	0-19	20-39	40-64	=>65
	%	%	%	%	%	%
disabilities in locomotion ^{1,2}	11.0	15.0	4.7	8.2	13.3	57.5
disabilities in basic motor skills ^{1,2}	31.5	32.8	17.8	28.8	37.6	67.1
disability in exercise tolerance ^{1,2}	13.6	15.1	16.8	19.8	30.6	60.3
disabilities in other activities ^{1,2}	32.3	35.0	18.2	31.4	38.4	64.4

¹⁾ Difference by gender significant ($p < 0.05$)

²⁾ Difference by age significant ($p < 0.05$)

8. TREATMENT GOALS AND TREATMENT IN EXERCISE THERAPY

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Ter publicatie aangeboden

TREATMENT GOALS AND TREATMENT IN EXERCISE THERAPY

Walter M. Zijlenderuin

Joost Dekker

SUMMARY

In the present study a quantitative description is given of treatment in exercise therapy according to Cesar and exercise therapy according to Mensendieck. Information was gathered from a survey on exercise therapy in the Netherlands. Characteristics of treatment are described including treatment goals, the emphasis of the exercise program, the number of visits, the duration of the treatment, the reason for termination of treatment and extent of achievement of treatment goals. The study focuses in particular on the relationship between treatment goals and the emphasis of the exercise program.

The patients on average visited their therapists 14-15 times. The period between the first and the last contact on average lasted 14-16 weeks. Treatment goals related to impairments were more frequently indicated than treatment goals related to disabilities. Significant relationships between treatment goals and emphasis of the exercise program were found.

In about two-thirds of the patients treatment was terminated, because a positive result was achieved. Treatment goals were almost or fully achieved in more than half of the patients.

Key words: exercise therapy, diagnosis, treatment, ICDH.

INTRODUCTION

Exercise therapy according to Cesar (Cesar therapy) and exercise therapy according to Mensendieck (Mensendieck therapy) are concerned with the treatment and prevention of musculoskeletal complaints. The treatment in these professions consists of an exercise program that is directed towards improving posture and mobility. The exercise programs are intended to stimulate active individual motor learning processes (1,2,3,4).

Compared with physical therapy both therapies stress the pedagogical aspects of the motor learning process, whereas exercise therapy by physical therapists stresses training of specific (parts of) movements. Physical therapy treats functional disorders by means of different kinds of interventions (physical applications, massage therapy and exercise therapy), whereas Cesar and Mensendieck therapy are aimed at improving functional disorders particularly by means of an exercise program (3,4).

Cesar therapy and Mensendieck therapy have many points in common. Both professions work primarily in primary health care (in private practice) and to a much lesser extent in institutional care (nursing homes, hospitals and rehabilitation centres). Both professions treat the same kind of patients. Patients come from all age groups and about two third are female. Most of the patients have complaints related to back problems (1,2,5). Postural impairments, pain, impairments of muscle tone and length, and impairments of joint motion occur in more than half of the patients (5). However, there are some differences in approach between both therapies. These differences are expressed in the nature of the exercises (Cesar: dynamic; Mensendieck: static) and the instruction (Cesar: verbal instruction and demonstration; Mensendieck: verbal instruction).

In Cesar therapy and Mensendieck therapy, physical exercise and patient education are integrated into an exercise program. Together, the physical exercise and information are intended to provide the patient insight in his or her complaints, to eliminate the causes of the complaints and/or to allow the patient to adapt to a new situation (3,4). The exercise program consists of a variety of exercises. These exercises have a specific aim in relation to the diagnosis and the results of the examination of the patient (e.g. there exist exercises to improve posture, exercises to improve relaxation, exercises to improve basic motor skills, exercises to improve muscle strength). In the treatment of an individual patient, specific exercises are emphasized dependent on which treatment goals are pursued.

The relationship among exercise therapy diagnosis, treatment goals and treatment is displayed in figure 1. The exercise therapy diagnosis (Cesar or Mensendieck diagnosis) consists of all functional disorders diagnosed by the exercise therapist. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (5,6,7) is considered an adequate system to classify the data concerning functional disorders. The diagnostic assessment of the exercise therapist is mainly at the level of impairment and disability (5,6). Treatment goals are the impairments and disabilities that are intended to improve by the exercise program. Treatment goals are intended to give direction to the exercise program. Depending on the treatment goals, specific exercises are emphasized in the treatment.

Very little empirical information is available on the treatment given by exercise therapists. In earlier research on exercise therapy, the number of visits and the duration of treatment is described, but no data was gathered on treatment goals and the exercises which were emphasized in the treatment.

The goal of the present study is two-fold. The first goal is to give a quantitative description of treatment in exercise therapy according to Cesar and exercise therapy according to Mensendieck. Characteristics of treatment are described, including treatment goals, the emphasis of the exercise program, the number of visits, the duration of the treatment, the reason for termination of treatment and extent of achievement of treatment goals. The second goal of the study is to determine whether relationships exists between treatment goals and the emphasis of the exercise program. Together this offers insight into the treatment of exercise therapists.

Diagnosis	Treatment goals	Emphasis of treatment
All impairments and disabilities diagnosed in a patient	Subset of impairments and disabilities; the treatment is primarily aimed at an improvement in these impairments and disabilities	Aspect (exercise) that is emphasized in the treatment to pursue an improvement in the impairments and disabilities chosen as treatment goals

figure 1: The relationship between diagnosis, treatment goals and treatment

METHOD

Materials

A survey has been conducted to collect data on patients applying for treatment by exercise therapists in the Netherlands. In the period from January 1992 until March 1993, 48 Cesar therapists and 52 Mensendieck therapists participated in the survey. The participating therapists were selected at random from the lists of practice addresses of Cesar therapists and Mensendieck therapists. These lists were made by the professional associations of both professions. Table 1 shows gender, age and setting of the participating therapists.

Registration form

A standard registration form was used to obtain information on patients applying for treatment. The registration form consisted of three main categories. The first category concerned general patient characteristics, complaints and indication for referral. The second category concerned the exercise therapy diagnosis. The exercise therapy diagnosis has been described by Gisbergen et al. (6) and Zuijderduin and Dekker (5). The third category of the registration is concerned with the treatment. In this section information was gathered on treatment goals, the emphasis of the exercise program, to what extent treatment goals were achieved during the registration period, the number of visits and the duration of treatment.

The treatment goals, which could be indicated, are listed in table 4. The list of exercises which could be emphasized during the treatment is given in table 5. It should be noted that most of exercises listed in table 5 are described in terms of the goal which they are intended to achieve (e.g. postural exercises: these are exercises which are intended to improve posture). During the development of the registration form, it appeared not to be possible to describe exercises without mentioning the goal of the exercises. This situation is not unique to Cesar- and Mensendieck therapy, but occurs also in physical therapy (see Heerskens et al (8)). It seems that a rather detailed analysis of the frequency, intensity and other parameters of the exercises is required, if one wants to avoid mentioning the goal of

the exercises². The data concerning general patient characteristics, complaints, indication for referral, the exercise therapy diagnosis and treatment goals were obtained at the first session of the patient's treatment. The data concerning treatment were obtained at the last session.

table 1: Characteristics of the therapists.

	Cesar (N=48)	Mensendieck (N=52)
gender:		
- male	1 (2.1%)	52 (100%)
- female	47 (97.9%)	
age (mean):	32.5 years	31.9 years
setting:		
- primary health care	43 (89.6%)	45 (86.5%)
- institutional care	5 (10.4%)	7 (13.5%)

Data analysis

The relationship of treatment goals and the emphasis of the exercise program was analyzed by means of logistic regression. The contribution of treatment goals to the emphasis of the exercise program was tested separately for each category of emphasis that could be indicated. Significance of the overall test for logistic regression (model Chi-square) indicates that the emphasis in the treatment was dependent upon which treatment goals were pursued. The exponents of the regression coefficients (Exp(B)) are measures of the strength and direction of the relationship. An Exp(B) of a treatment goal higher than 1 indicates a positive relationship: the chance that the therapists emphasized that category in the treatment is higher with than without pursuing the treatment goal. An Exp(B) less than 1 indicate a negative relationship: the chance that the therapists emphasized that category in the treatment is lower with than without pursuing the treatment goal. To test that the Exp(B) is not equal to 1, the Wald statistic was used. This statistic has a Chi-square distribution. For both the overall test and the partial test the significance level was set at 0.05.

At the end of the treatment period the exercise therapist could indicate to what extent treatment goals were achieved on a five-point scale ranging from 'not achieved' to 'fully achieved'. The differences in the extent of achievement of the treatment goals with the mean extent of achievement of all treatment goals were tested with Chi-square tests. Significance

² The drawback of describing exercises in terms of goals is that some rather self-evident results are to be expected from the analysis of the relationship among treatment goals and exercises emphasized during the treatment. For example, it is not surprising to find that postural exercises are used to improve posture. However because other non-self-evident relationships were expected, we have continued our study.

was set at the 0.05 level.

RESULTS

General

The data concern 1020 patients treated by Cesar therapists and 1088 patients treated by Mensendieck therapists. Table 2 shows the age and gender of the patients. All age groups were represented. More than two-third of the patients were female.

table 2: Characteristics of the patients.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
gender:		
- male	32.7	33.0
- female	67.3	67.0
age:		
- 0-19 years	21.3	17.8
- 20-39 years	46.2	46.9
- 40-64 years	25.3	28.0
- => 65 years	7.2	7.3

The patients treated by Cesar therapists on average visited their therapist 15.2 times (s.d. 8.3). The period between the first and the last contact on average lasted 15.8 weeks (s.d. 9.9). The patients treated by Mensendieck therapists on average visited their therapist 14.1 times (s.d. 7.8). The period between the first and the last contact on average lasted 14.2 weeks (s.d. 8.3). Table 3 shows the distribution of the number of visits of both patient groups.

table 3: The number of visits.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
- 1-6	10.7	11.5
- 7-12	39.8	46.9
- 13-18	22.7	22.8
- 19-24	18.1	12.7
- >24	8.7	6.1

Treatment goals

Table 4 shows the occurrence of treatment goals. Treatment goals related to impairments were more frequently indicated than treatment goals related to disabilities. The treatment goals improvement of posture, pain reduction and improvement of muscle strength were indicated in more than half of the patients treated by Cesar therapists. The reduction of increased muscle tone was indicated in about two-fifth of the patients treated by Cesar therapists. Patient education was indicated in two-third of the patients treated by Cesar therapists.

In the patients treated by Mensendieck therapists the treatment goals improvement of posture and pain reduction were indicated in more than half of the patients and the reduction of increased muscle tone in about half of the patients. The improvement of muscle strength was indicated in about two-fifth of the patients. Patient education was indicated in slightly more than two-third of the patients.

table 4: Treatment goals[†].

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
treatment goals related to impairments:		
improvement of posture	81.0	83.3
improvement of muscle strength	60.0	43.7
reduction of increased muscle tone	40.2	49.3
improvement of sensomotor skills	3.2	5.0
improvement of ventilation	10.8	13.1
improvement of relaxation	17.2	23.5
pain reduction	74.2	80.9
reduction of fatigue	9.9	12.5
treatment goals related to disabilities:		
reduction of disabilities in locomotion	10.8	12.0
reduction of disabilities in basic motor skills	11.7	13.9
reduction of disability in exercise tolerance	13.4	8.6
patient education	69.8	67.2
other	16.8	10.0

[†]) The percentages refer to all patients. A maximum of five treatment goals could be indicated.

Emphasis of the exercise program

Table 5 shows which aspects of the treatment or exercise program were emphasized. A maximum of three aspects could be indicated per patient. Pain reduction techniques/postural exercises were most frequently indicated: in both patient populations in about three quarter of the patients. ADL-training (training of Activities of Daily Living) was the next most frequently indicated aspect: ADL-training was indicated in 59% of the patients treated by Cesar therapists and in 49% of the patients treated by Mensendieck therapists. In half of the

patients treated by Cesar therapists exercises to improve muscle strength were emphasized. This aspect received less emphasis in patients treated by Mensendieck-therapists

table 5: Emphasis of treatment*

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
Pain reduction techniques/postural exercises	73.7	79.9
Mobilisation exercises	27.0	26.6
Respiratory exercises	9.9	9.2
Relaxation exercises	24.0	32.4
Exercises to improve muscle strength	49.3	33.5
ADL-training	59.1	49.7
Sensomotor training	4.6	4.9
Patient education/advice	28.3	35.8
Other	5.1	2.9

*) The percentages refer to all patients. A maximum of three aspects could be indicated.

The relationship between treatment goals and the emphasis of the exercise program was tested with logistic regression. The analysis was done separately for each aspect (type of exercise) that could be indicated. Table 6a and 6b show the results of the analysis in patients treated by Cesar therapists and patients treated by Mensendieck therapists. With each aspect, the self-evident relationships with treatment goals were found: postural exercises were relatively frequently applied to pursue the improvement of posture; respiratory exercises were relatively frequently applied to pursue the improvement of ventilation, etc. However, other relationships were found also. In Cesar therapy, mobilisation exercises were emphasized to pursue reduction of increased muscle-tone and reduction of disabilities in locomotion. In Mensendieck therapy, mobilisation exercises were emphasized to pursue pain reduction, reduction of disabilities in locomotion and reduction of disabilities in exercise tolerance. In both therapies respiratory exercises were emphasized to pursue improvement of relaxation. In Mensendieck therapy respiratory exercises were also emphasized to pursue reduction of disabilities in exercise tolerance. Exercise to improve muscle strength were in both therapies also emphasized to pursue the improvement of posture.

table 6a: Logistic regression analysis with treatment goals and emphasis of treatment.

Cesar therapy

N=1020

	emphasis of treatment								
	pa/po	mobil	resp	relax	muscl	ADL	senso	educ	other
Overall test(Chi ²)	306.0*	65.5*	384.0*	310.2*	390.4*	122.1*	164.0*	177.8*	141.4*
treatment goal	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
improvement of posture	<u>3.70*</u>	1.35	0.83	0.60*	<u>2.08*</u>	<u>2.01*</u>	0.53	0.58*	0.22*
improvement of muscle strength	0.85	1.00	0.42*	0.42*	<u>10.01*</u>	<u>1.73*</u>	0.34*	0.38*	1.03
reduction of incr. muscle tone	1.19	<u>1.40*</u>	0.89	<u>2.94*</u>	0.70*	0.88	0.69	0.93	<u>2.42*</u>
improvement of sensomotor skills	0.98	0.18*	1.59	0.52	1.00	0.49	<u>36.63*</u>	0.14*	2.18
improvement of ventilation	0.34*	0.65	<u>76.30*</u>	<u>3.05*</u>	0.62	0.43*	0.10*	0.83	2.06
improvement of relaxation	0.87	0.70	<u>2.21*</u>	<u>9.27*</u>	0.22*	0.67*	0.43	1.44	0.53
pain reduction	<u>8.47*</u>	0.72	0.34*	1.45	0.61*	<u>1.51*</u>	0.37*	0.87	0.30*
reduction of fatigue	0.96	1.30	1.27	1.49	0.88	0.65	0.27	1.52	0.10*
improvement of dis. in locomotion	0.74	<u>3.61*</u>	0.59	0.31*	0.67	<u>1.91*</u>	0.80	0.82	<u>3.89*</u>
improvement of dis. in basic motor skills	1.05	1.29	0.41	0.65	1.42	1.32	<u>5.09*</u>	0.93	0.56
improvement of dis. in exercise tolerance	1.48	1.15	0.68	0.63	0.86	1.16	0.37	1.44	1.05
patient education	1.44	0.74	1.01	0.68	0.92	0.98	0.52	<u>4.05*</u>	1.66
other	1.13	0.92	1.15	0.77	0.79	1.28	0.33	0.60*	<u>14.44*</u>
Constant	-1.42	-1.06*	-2.54*	-1.34*	-1.20*	-0.69*	-1.26	-0.77*	-3.04*

*) p<0.05 (positive relationships are underlined).

legend:

pa/po = Pain reduction techniques/postural exercises

mobil = Mobilisation exercises

resp = Respiratory exercises

relax = Relaxation exercises

muscl = Exercises to improve muscle strength

ADL = ADL-training

senso = Sensomotor training

educ = Patient education/advice

other = Other

table 6b: Logistic regression analysis with treatment goals and emphasis of treatment.

Mensendieck therapy

N=1088

	emphasis of treatment								
	pa/po	mobil	resp	relax	muscl	ADL	senso	educ	other
Overall test(Chi ²)	194.2*	62.8*	367.5*	305.5*	443.6*	86.7*	138.5*	162.5*	55.5*
treatment goal	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
improvement of posture	<u>3.48*</u>	0.73	0.40*	0.81	<u>1.69*</u>	<u>1.93*</u>	<u>4.85*</u>	0.83	0.38*
improvement of muscle strength	1.01	0.85	0.39*	0.66*	<u>10.95*</u>	1.08	2.21	0.63*	0.68
reduction of muscle tone	1.15	0.93	0.93	<u>5.12*</u>	0.41*	1.24	0.97	0.95	1.43
improvement of sensomotor skills	0.58	1.07	0.15	0.84	1.49	0.93	<u>40.03*</u>	1.37	2.17
improvement of ventilation	0.46*	0.64	<u>31.48*</u>	1.53	0.84	0.52*	1.33	<u>1.64*</u>	0.91
improvement of relaxation	0.82	0.99	<u>2.71*</u>	<u>10.05*</u>	0.27*	0.56*	1.47	1.39	0.46
pain reduction	<u>4.63*</u>	<u>1.75*</u>	0.53	1.35	0.50*	<u>1.50*</u>	0.42*	<u>1.88*</u>	0.36*
reduction of fatigue	1.26	0.79	1.67	1.49	1.55	1.00	2.21	1.29	1.04
improvement of locomotion	0.75	<u>2.37*</u>	0.42	0.96	1.59	0.93	<u>2.86*</u>	0.81	<u>2.64*</u>
improvement of basic motor skills	1.32	1.09	0.11*	1.30	0.58*	1.30	<u>5.59*</u>	0.98	0.43
improvement of exercise tolerance	0.87	<u>1.99*</u>	<u>2.95*</u>	1.34	1.55	1.28	<u>3.63*</u>	1.33	0.20
patient education	0.67	0.68*	0.95	0.82	0.88	1.24	1.35	<u>4.87*</u>	0.83
other	0.91	1.38	0.25	0.79	<u>2.24*</u>	1.26	0.50	0.91*	<u>6.15*</u>
Constant	-0.29	-1.02*	-2.49*	-2.18*	-1.34*	-1.04*	-5.88*	-2.09*	-2.34*

*) p<0.05 (positive relationships are underlined).

legend:

pa/po = Pain reduction techniques/postural exercises

mobil = Mobilisation exercises

resp = Respiratory exercises

relax = Relaxation exercises

muscl = Exercises to improve muscle strength

ADL = ADL-training

senso = Sensomotor training

educ = Patient education/advice

other = Other

Differences between both therapies in the relationship among treatment and emphasis of treatment were most obvious with ADL-exercises and sensomotor training. In Cesar therapy ADL-exercises were emphasized with improvement of posture, improvement of muscle strength, pain reduction and the improvement of locomotion. In Mensendieck therapy ADL-exercises were emphasized to pursue the improvement of posture and pain reduction. In Mensendieck therapy the analysis with sensomotor training showed more positive relationships than the analysis in Cesar therapy. In Mensendieck therapy, sensomotor training was emphasized to pursue improvement of disabilities in locomotion, improvement of disabilities in basic motor skills and improvement of disabilities in exercise tolerance, and of course to pursue improvement of sensomotor skills. In Cesar therapy sensomotor training was emphasized to pursue improvement disabilities in basic motor skills, and of course to pursue improvement of sensomotor skills.

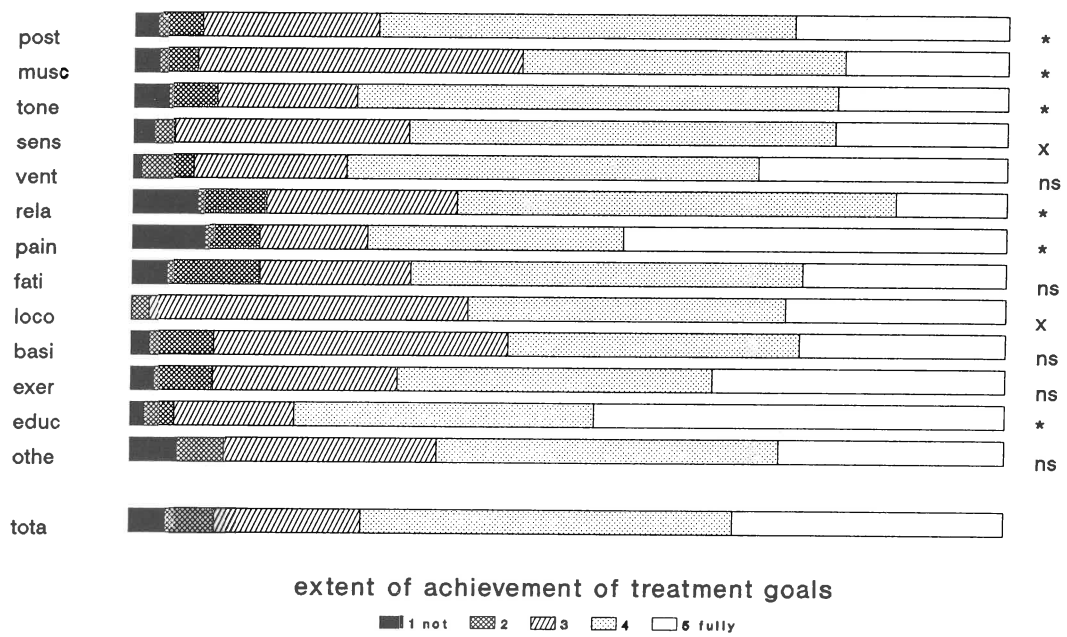
The logistic regression analysis also showed negative relationships ($\text{Exp}(B) < 1$; $p < 0.05$). This indicates that the emphasis of treatment that was analyzed was relatively infrequently indicated in combination with the concerning treatment goal. For example if the goal was to improve muscle strength, respiratory exercises were not chosen; this was found in both therapies.

Evaluation of the treatment

Table 7 shows the reason for termination of treatment. In both patient populations in about two-thirds of the patient treatment was terminated because a positive result was achieved.

table 7: Reason for termination of treatment.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
A positive result was achieved	66.5	64.8
No positive result was achieved	6.8	8.7
The complaint increased	0.8	1.0
Other therapy	3.9	4.4
Stopped by the patient	11.5	8.3
Treatment not yet terminated at the end of the study	3.4	6.7
Other	7.0	6.7

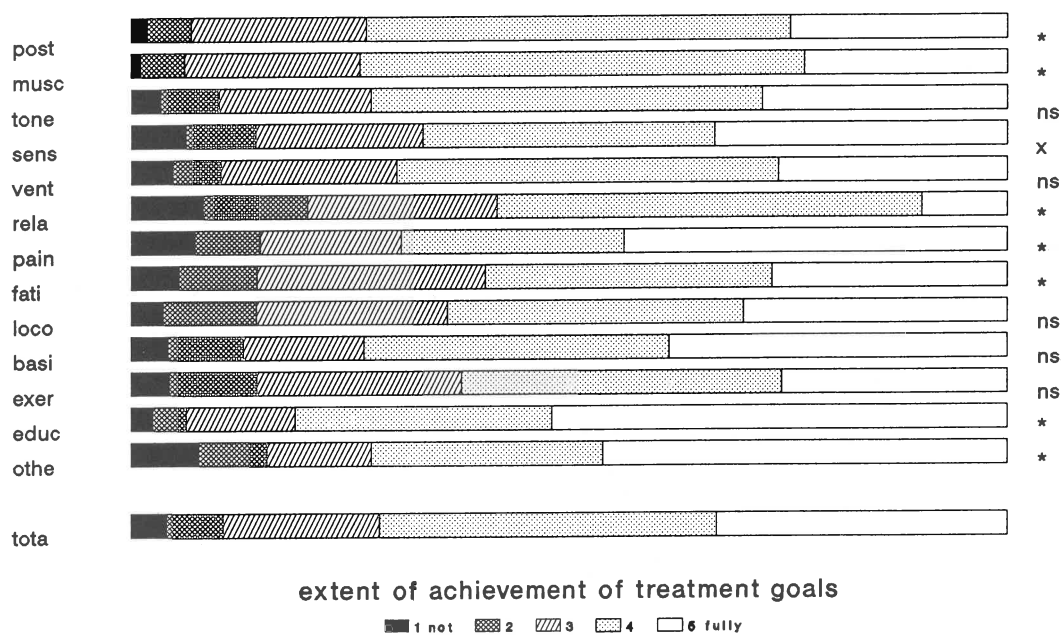


legend:

- | | |
|---|--|
| post = improvement of posture | fati = reduction of fatigue |
| musc = improvement of muscle strength | loco = improvement of locomotion |
| tone = reduction of muscle tone | basi = improvement of basic motor skills |
| sens = improvement of sensomotor skills | exer = improvement of exercise tolerance |
| vent = improvement of ventilation | educ = patient education |
| rela = improvement of relaxation | othe = other |
| pain = pain reduction | total = total |

figure 2a: The extent of achievement of treatment goals in Cesar therapy*.

*) The difference of extent of achievement on a treatment goal with the mean extent of achievement of achievement on all treatment goals was tested using Chi-square tests. An * indicates that a significant difference was found ($p < 0.05$), ns indicates no significant difference. An x indicates that this category was not tested due to empty cells.



legend:

- | | |
|---|--|
| post = improvement of posture | fati = reduction of fatigue |
| musc = improvement of muscle strength | loco = improvement of locomotion |
| tone = reduction of muscle tone | basi = improvement of basic motor skills |
| sens = improvement of sensomotor skills | exer = improvement of exercise tolerance |
| vent = improvement of ventilation | educ = patient education |
| rela = improvement of relaxation | othe = other |
| pain = pain reduction | total = total |

figure 2b: The extent of achievement of treatment goals in Mensendieck therapy*.

*) The difference of extent of achievement on a treatment goal with the mean extent of achievement of achievement on all treatment goals was tested using Chi-square tests. An * indicates that a significant difference was found ($p < 0.05$), ns indicates no significant difference. An x indicates that this category was not tested due to empty cells.

At the end of the treatment period the exercise therapists were asked to evaluate to what extent treatment goals were achieved. This was done on a five-point scale ranging from 'not achieved' (score 1) to 'fully achieved' (score 5). The extent of achievement of treatment goals is presented in figure 2a and figure 2b. In both patient populations more than half of the patients scored 4 or 5 on all treatment goals. Differences in the extent of achievement of treatment goals were recorded (Chi-square tests, $p < 0.05$). The differences were small. Evaluating the percentages of patients in which the score was 4 or 5 in Cesar therapy the most evident differences were found with the improvement of muscle strength, the improvement of relaxation and patient education. The extent of achievement of the improvement of muscle strength and the improvement of relaxation was worse than the mean extent of achievement of all treatment goals. The extent of achievement of patient education was better. In Mensendieck therapy the most evident differences were found with the treatment goals improvement of relaxation, reduction of fatigue and patient education. The extent of achievement of the first two treatment goals was worse than the mean extent of achievement of all treatment goals. The extent of achievement of patient education was better than the mean extent of achievement.

DISCUSSION

The goal of the present study was two-fold. The first goal was to give a quantitative description of treatment in exercise therapy. The second goal was to determine whether relationships exist between treatment goals and the emphasis of the exercise program.

In earlier research on exercise therapy (1,2) information was gathered on the number of visits and the duration of the treatment. Comparing this information with the results of the present study there appears to be a difference. Hasper (1) reported a mean number of visits in Cesar therapy of 22-24 times. The duration between the first and the last visit lasted about 20 weeks. Balm and Lange (2) reported an average number of visits of 18.3 and an average duration of 4.6 months (about 20 weeks). In the present study for both Cesar therapy and Mensendieck therapy a smaller number of visits (respectively 15 and 14 times) and a shorter duration (respectively 16 and 14 weeks) was found. Possibly there was a decrease of the duration of treatment in exercise therapy in previous years. This conclusion might be in conflict with data from the health insurance funds (9) where an increase was found in the total number of visits of patients to Cesar and Mensendieck therapists in the Netherlands in previous years. However, an increase in the total number of patients applying for treatment by exercise therapists and not an increase in the number of visits in individual patients could explain the figures found by the health insurance funds.

Treatment goals related to impairments were more frequently indicated than treatment goals related to disabilities. In both therapies the improvement of posture was indicated in

about 80% of the patients, and the reduction of disabilities in locomotion in 11% - 12% of the patients. This is in agreement with the occurrence of impairments and disabilities reported in another article about the results of the survey (5). Both the exercise therapy diagnosis and treatment goals are focused on impairments instead of disabilities.

The occurrence of treatment goals in Cesar therapy and Mensendieck therapy shows similarities and differences between both therapies. The three most frequently indicated treatment goals in both therapies were improvement of posture, pain reduction and patient education. In addition, the improvement of muscle strength in Cesar therapy and the reduction of increased muscle tone in Mensendieck therapy were frequently indicated. This is in agreement with the differences in approach between both therapies. Cesar therapy is more focused on training movements and thereby increasing muscle strength (among other things). Mensendieck is more focused on alerting the patient to proprioceptive information, which is intended to reduce muscle tone (and other things).

With regard to the treatment it was found that pain reduction techniques/postural exercises and ADL-exercises were frequently used in both therapies. In Cesar therapy more attention was paid to exercises to improve muscle strength. This is in accordance with differences in treatment goals discussed above: more emphasis on the improvement of muscle strength in Cesar therapy and on the reduction of muscle tone in Mensendieck therapy.

Significant relationships between treatment goals and the emphasis of the exercise program were found. Most of the positive relationships were self-evident because the emphasis of treatment frequently was described in terms of the goal that is pursued. It is not surprising to find that pain reduction techniques were emphasized to pursue pain reduction. Much more interesting are the findings with regard to the non-self-evident relationships. In both therapies ADL-exercises also showed a positive relationship with pain reduction. This finding shows that exercise therapy aims at correction of habits which cause the pain and not solely at the reduction of the patient's complaints. Other non-self-evident findings in both therapies were: respiratory exercises were emphasized to pursue the improvement of relaxation; exercises to improve muscle strength were emphasized to pursue improvement of posture; ADL-exercises were used to improve posture.

The non-self-evident relationships also offer insight in the differences between Cesar therapy and Mensendieck therapy. The most obvious differences between Cesar therapy and Mensendieck therapy are with ADL-training and sensomotor training. In Mensendieck therapy ADL-training was relatively frequently used with improvement of posture and pain reduction. In Cesar therapy ADL-training was used to pursue the same goals and in addition to pursue improvement of muscle strength and improvement of locomotion. In Cesar therapy sensomotor training was used with improvement of sensomotor skills and improvement of basic motor skills. In Mensendieck it was additionally used with improvement of posture, reduction of disabilities in locomotion and reduction of disability in exercise tolerance. These findings show some differences in the treatment between Cesar therapy and Mensendieck

therapy. Differences in approach between Cesar therapy and Mensendieck therapy have been described before (3,4). For the first time, the present study offers empirical evidence for these differences.

No investigation has been conducted to test the efficacy of exercise therapy. In earlier research some data were gathered on the result of exercise therapy by the judgement of the patients (1,2). Most of the patients were satisfied with the result of the exercise therapy. In the present study the judgement of the exercise therapist was assessed. Two indications were given for the result of treatment. Firstly, the reason for termination of the treatment. In both patient populations the treatment was terminated in two-thirds of the patients because a positive result was achieved. Secondly, the extent of achievement of treatment goals was evaluated by the therapists. In more than half of the patients the extent of achievement of treatment goals was almost or fully achieved (score 4 or 5). There were differences in the extent of achievement of treatment goals, but these differences were small. Overall, these data suggest positive outcome of exercise therapy, but presently no firm conclusion can be drawn on this topic.

REFERENCES

- 1 Hasper HC, Janssen BY, Lievaart WM. *Cesar en rugklachten. Verslag van het 2e fase onderzoek naar de resultaten van de oefentherapie Cesar bij rugklachten.* (Cesar and back complaints. Report of a study on the results of Cesar therapy in patient with back complaints). Den Dolder: Stichting opleiding Bewegingstherapie Cesar. 1990.
- 2 Balm MFK, LANGE CJ DE. *Oefentherapie Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patientenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.* (Mensendieck therapy: an inventory study on the patientpopulation in primary care). Utrecht: NVOM, 1988.
- 3 BALM MFK, GIJSBERS EKW. *Oefentherapie Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegings gewoonten bij pijn.* (Mensendieck therapy and Cesar therapy: managing of postural and movement habits causing pain). In: Matti H, Menges LJ, Spierdijk J, editors. *Pijninformatarium Alphen a/d Rijn*: Samson Stafleu: 1993; PB4500.
- 4 HASPER, HC. *Vijftig jaar bewegingsleer Cesar.* Den Dolder: Stichting Vormingsfonds Cesar: 1990.
- 5 ZUIJDERDUIN WM, DEKKER J. *Impairments and disabilities in patients treated by exercise therapists.* Submitted for publication, 1994.
- 6 GISBERGEN, M VAN, DEKKER J. *Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists.* *Journal of Rehabilitation Sciences*, 1992; 3: 67-73.
- 7 WORLD HEALTH ORGANISATION. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* Geneva: WHO, 1980.
- 8 HEERKENS YF, HEUVEL J VAN DEN, HEUVEL SP VAN DEN, MISCHNER- VAN RAVENSBERG CD. *Deel II, Ontwerpstandaard voor een Classificatie Verrichtingen Paramedische Bewegingsberoepen (CVPB).* (Part II, Design of a Classification of activities in paramedical movement professions). Amersfoort, SWSF, 1993
- 9 ZIEKENFONDSRAAD. *Financieel Jaarverslag Ziekenfondsraad 1991.* (Financial Yearbook Health Insurance Fund board).

**9. OEFENTHERAPIE-CESAR EN OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK
IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG.**

**Een samenvatting van de resultaten van het onderzoeksproject
'Functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-
Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg'.**

Zuijderduin W.M. en Dekker J.

Ter publicatie aangeboden.

OEFENTHERAPIE-CESAR EN OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG.

Een samenvatting van de resultaten van het onderzoeksproject 'Functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg'.

Walter M. Zuijderduin
Joost Dekker

INLEIDING

In opdracht van het Ministerie van WVC is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) een onderzoek verricht naar de 'functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de nederlandse gezondheidszorg'³. Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatieve beschrijving van de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck en de relatie die oefentherapeuten hebben met verwijzers. De noodzaak hiertoe ontstond door het feit dat over de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck slechts weinig gegevens beschikbaar waren. Het beschrijven en het analyseren van de huidige beroepsuitoefening leidt tot het expliciteren van beroepsinhoudelijke kennis. Deze explicitering vormt het uitgangspunt voor verdere verdieping en ontwikkeling van de beroepsinhoudelijke kennis. Ook over de relatie met verwijzers was slechts weinig bekend. Een beschrijving van deze relatie vormt het uitgangspunt voor activiteiten die op het verbeteren van deze relatie gericht zijn. Tegen deze achtergrond zijn gegevens verzameld over:

- a. de werksituatie en taakuitoefening;
- b. de relatie met verwijzers;
- c. de klachten en sociaal-demografische kenmerken van patiënten die door oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck behandeld worden;
- d. de aard van de behandeling die aan deze patiënten gegeven wordt.

³ Het Ministerie van WVC heeft een commissie ingesteld die de uitvoering van dit project begeleidde. De Geneeskundige Hoofinspectie werd vertegenwoordigd door de heer Th.A.G. Koekenbier, de Vereniging Bewegingsleer Cesar door mevrouw H.C. Hasper en de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck door mevrouw C.T. Bos-Droog. Wij danken deze en de andere leden van de begeleidingscommissie voor hun nuttige en waardevolle bijdragen.

Het onderzoek bestond uit twee delen: een enquête-onderzoek en een registratie-onderzoek. Door middel van de enquête zijn gegevens verzameld over de werksituatie en taakuitoefening de relatie met verwijzers. Door middel van een registratie zijn gegevens verkregen over patiënten en de behandeling van deze patiënten. Beide onderdelen zijn apart per beroepsgroep uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek zijn gepresenteerd en besproken in zeven artikelen. In schema 1 staat een overzicht van de gegevens die met behulp van de enquêtes en de registraties zijn verzameld en in welke artikelen deze gegevens te vinden zijn. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten uit het onderzoeksproject samengevat.

Schema 1: Overzicht van de gegevens die verzameld zijn over oefentherapie-Cesar oefentherapie-Mensendieck met behulp van de enquête onder de beroepsbeoefenaren en met behulp van de registratie van patiënten.

enquêtes	registraties
<p>Gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - algemene kenmerken beroepsgroep^{1a,1b} - werksituatie^{1a,1b} - taakuitoefening^{1a,1b} - bijhouden en uitbreiden deskundigheden^{1a,1b} - het aantal patiënten^{2a,2b} - verwijzers en aanmelders^{2a,2b} - het contact met verwijzers^{2a,2b} 	<p>Gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interbeoordelaars betrouwbaarheid³ - kenmerken patiënten⁴ - verwijksenmerken (verwijzer, verwijsdiagnose)⁴ - stoornissen en beperkingen⁴ - aantal zittingen en duur behandeling⁵ - behandeldoelen⁵ - behandelvormen⁵ - de relatie tussen behandeldoelen en behandelvormen⁵ - beoordeling resultaat van de behandeling⁵
<p>Publikaties over enquête:</p> <p>^{1a}) Oefentherapeuten-Cesar: Werksituatie en taakuitoefening. Cesar oefentherapie, 1993; 24;1: 10-15.</p> <p>^{1b}) Oefentherapeuten-Mensendieck: Werksituatie en taakuitoefening. Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, 1993; 54;1: 2-8.</p> <p>^{2a}) De relatie verwijzer oefentherapeut-Cesar. Cesar oefentherapie, 1993; 24;2: 29-35.</p> <p>^{2b}) De relatie verwijzer oefentherapeut-Mensendieck. Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, 1993; 54;3 70-77.</p>	<p>Publikaties over registratie:</p> <p>³) Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists Journal of rehabilitation sciences, 1992;3 67-73.</p> <p>⁴) Impairments and disabilities in patients treated by exercise therapists. Ter publicatie aangeboden.</p> <p>⁵) Treatment goals and treatment in exercise therapy. Ter publicatie aangeboden.</p>

METHODE

I. Enquête-onderzoek

Via een schriftelijke enquête onder oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck zijn gegevens verzameld over werksituatie en taakuitoefening en de relatie met verwijzers. Het enquête-onderzoek heeft plaatsgevonden tussen november 1991 en januari

1992. De respondenten waren afkomstig uit twee steekproeven, één steekproef uit alle in Nederland werkzame oefentherapeuten-Cesar en één uit alle in Nederland werkzame oefentherapeuten-Mensendieck. De namen en adressen van de aangeschrevenen waren afkomstig uit het bestand van de bij de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) geregistreerde oefentherapeuten en de ledenbestanden van de beroepsverenigingen (de VBC en de NVOM). Er zijn 367 enquêtes verstuurd aan oefentherapeuten-Cesar en 352 aan oefentherapeuten-Mensendieck. De respons na aftrek van onbestelbare en aan niet werkzame therapeuten gestuurde enquêtes was bij beide beroepsgroepen hoog: 87% bij oefentherapie-Cesar en 84% bij oefentherapie-Mensendieck. Bij oefentherapie-Cesar zijn 319 en bij oefentherapie-Mensendieck zijn 294 enquêtes overgebleven voor analyse. Gezien de hoogte van de respons kunnen de verzamelde gegevens als representatief beschouwd worden voor alle in Nederland werkzame oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck.

II. Het registratie-onderzoek

Gegevens over patiënten en de behandeling van deze patiënten zijn verzameld met behulp van een registratie. De registratie is uitgevoerd door 48 oefentherapeuten-Cesar en 52 oefentherapeuten-Mensendieck. De registratie vond plaats in de periode van januari 1992 tot maart 1993. In totaal zijn bij oefentherapie-Cesar over 1020 en bij oefentherapie-Mensendieck over 1088 patiënten gegevens geregistreerd. Het vastleggen van de gegevens gebeurde met behulp van een standaard registratieformulier. Dit formulier werd ingevuld op twee tijdstippen; bij het eerste behandelcontact en bij de beëindiging van de behandeling.

De registratieformulieren bestaan uit drie rubrieken: 1) algemene gegevens, 2) oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck diagnose en 3) behandelingsgegevens. De rubriek "algemene gegevens" bestaat uit de onderwerpen patiëntgegevens (leeftijd en geslacht, woonsituatie, opleiding en beroep) en verwijsgegevens (de verwijzer, de verwijsindicatie, de klachten zoals omschreven door de patiënt zelf, andere hulpverlening en recente paramedische behandeling). De verwijsindicatie zoals die is gegeven door de verwijzer is gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (Lamberts & Wood, 1987). In de rubriek "oefentherapie-Cesar diagnose" en "oefentherapie-Mensendieck diagnose" zijn gegevens verwerkt die tot stand kwamen op basis van het eigen oefentherapeutisch onderzoek. Het uitgangspunt van deze rubriek is de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, de ICIDH (WHO, 1980). De rubriek bestaat uit twee onderdelen: stoornissen en beperkingen. Een stoornis wordt in de ICIDH gedefinieerd als "iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie". Een beperking is in de ICIDH gedefinieerd als "iedere vermindering of afwezigheid van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering". In de laatste rubriek zijn gegevens geregistreerd ten aanzien van de behandeling. Daarbij zijn onder andere het doel

van de behandeling en het accent van het oefenprogramma geregistreerd.

Interbeoordelaars betrouwbaarheid

Voordat het registratie-onderzoek plaatsvond is de registratie van stoornissen en beperkingen getoetst op interbeoordelaars betrouwbaarheid. In twee praktijken één voor oefentherapie-Cesar en één voor oefentherapie-Mensendieck werden patiënten onderzocht door twee oefentherapeuten. De resultaten van het onderzoek bij één patiënt werden door de oefentherapeuten onafhankelijk van elkaar geregistreerd. Nagegaan is in hoeverre bij eenzelfde patiënt dezelfde stoornissen en beperkingen werden geregistreerd. De resultaten van het onderzoek gaven aan dat de betrouwbaarheid van de registratie van stoornissen en beperkingen in beide beroepsgroepen voldoende is.

RESULTATEN

I. De oefentherapeuten en verwijzers

Algemene kenmerken oefentherapeuten

Beide beroepsgroepen bestaan voor het grootste deel uit vrouwen (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de oefentherapeuten-Cesar was 34 jaar, en die van oefentherapeuten-Mensendieck 36 jaar.

Tabel 1: Geslacht en leeftijd oefentherapeuten.

	Cesar (N=239) %	Mensendieck (N=240) %
geslacht:		
- vrouw	94	95
- man	6	5
leeftijd:		
- 21-30 jaar	46	37
- 31-40 jaar	40	35
- 41-50 jaar	11	19
- 51-62 jaar	4	9

Werk situatie

Tabel 2 geeft een overzicht van het soort praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam waren. Vrijwel alle oefentherapeuten waren werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van de oefentherapeuten-Cesar had 20% en van de oefentherapeuten-Mensendieck 28% meer dan één werkplek. In beide beroepsgroepen werkt iets meer dan de helft van de oefentherapeuten in een groepspraktijk.

Tabel 2: Het soort praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam zijn*.

	Cesar (N=239) %	Mensendieck (N=240) %
eerstelijnsgezondheidszorg:		
- praktijk	93	95
- anders (gezondheidscentrum e.d)	2	3
tweedelijnsgezondheidszorg:		
- ziekenhuis	2	2
- verpleeghuis	5	3
- anders	3	1
elders	6	7

*) Het totaal percentage is hoger dan 100% omdat therapeuten meer dan 1 werkplek kunnen hebben.

De omvang van de werkzaamheden en wachtlijsten

De omvang van de werkzaamheden die de oefentherapeuten verrichten is af te leiden uit het aantal uren dat men werkt en het aantal patiënten dat wordt behandeld, zie tabel 3. Gemiddeld werkten de oefentherapeuten 30 uur per week. Het aantal behandelingen per week is gemiddeld 39 bij oefentherapeuten-Cesar en 38 bij oefentherapeuten-Mensendieck. Het aantal nieuwe patiënten dat in behandeling werd genomen was bij zowel oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck gemiddeld 9 per maand.

Ongeveer de helft van de oefentherapeuten heeft een wachtlijst voor patiënten, echter slechts bij een beperkt deel van de oefentherapeuten is de wachtlijst een structureel probleem. De gemiddelde wachttijd bij een wachtlijst is 3-4 weken.

Taakuitoefening

De werkzaamheden van de oefentherapeuten zijn geconcentreerd rondom de zorgverlening aan patiënten. Het gaat daarbij - behalve om de behandeling zelf - om taken als het inzicht verschaffen in de aard en omvang van de hulp die men kan bieden aan de patiënt, het voorlichten van de patiënt over doel, verloop en inhoud van de behandeling, de problemen van de patiënt inventariseren door middel van anamnese en onderzoek en de patiënt informeren over het behandelplan. Oefentherapeuten komen relatief minder toe aan werkzaamheden die te maken hebben met het ontwikkelen en het op peil houden van de kwaliteit van de zorgverlening, zoals overleg met collega's, intercollegiale toetsing e.d.. Een uitzondering hierop vormt de na- en bijscholing. Meer dan 80% van de oefentherapeuten had tenminste een na- of bijscholingscursus gedaan.

Tabel 3: Omvang van de werkzaamheden van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck: het aantal uren werk per week en het aantal nieuwe patiënten dat per maand in behandeling wordt genomen.

	Cesar (N=239) %	Mensendieck (N=240) %
het aantal uren werk per week:		
- tot 8	2	3
- 9-16	13	15
- 17-24	18	24
- 25-32	29	28
- 33-40	27	25
- meer dan 40	12	4
het aantal nieuwe patiënten per maand:		
- 1-2	4	5
- 3-5	24	23
- 6-10	44	45
- 11-15	21	18
- meer dan 15	8	8

Verwijzers en contact met verwijzers

Naar inschatting door oefentherapeuten-Cesar werd bijna driekwart van de patiënten naar hen verwezen door de huisarts, en iets meer dan een kwart van de patiënten door de specialist. Naar inschatting door oefentherapeuten-Mensendieck werd bijna tweederde van de patiënten naar hen verwezen door de huisarts, en iets meer dan eenderde van de patiënten door de specialist. De inschatting die oefentherapeuten hebben over het percentage patiënten dat verwezen wordt door huisartsen en specialisten en het percentage patiënten zonder verwijzing, komt vrij goed overeen met de percentages die gevonden zijn in het registratie-onderzoek (zie tabel 4 en 6).

Tabel 4: Het percentage patiënten dat naar inschatting door de therapeuten naar hen verwezen wordt door huisarts en specialist en het percentage patiënten zonder verwijzing*.

	Cesar (N=239) gemiddelde	Mensendieck (N=240) gemiddelde
verwijzer:		
- huisarts	72%	63%
- specialist	28%	36%
- geen verwijzer	2%	1%

*) Het totaal percentage is hoger dan 100% omdat het steeds gaat om het gemiddelde percentage dat door de therapeuten werd opgegeven.

Het aantal verwijzers waar oefentherapeuten-Cesar mee te maken hebben is gemiddeld 21 (11 huisartsen en 10 specialisten). Het aantal verwijzers waar oefentherapeuten-Mensendieck mee te maken hebben is gemiddeld 25 (iets meer dan 12 huisartsen en 12 specialisten).

De mening van de oefentherapeuten over de communicatie met verwijzers is niet uitgesproken positief. De communicatie met huisartsen wordt als beter beoordeeld dan de communicatie met specialisten. Slechts eenderde van de oefentherapeuten is van mening dat communicatie met huisartsen altijd goed verloopt, wat betreft de communicatie met specialisten is ongeveer eenzesde van de oefentherapeuten dit van mening.

II. De patiënten en de behandeling

Algemene kenmerken patiënten

Wat betreft de algemene kenmerken van de patiënten is er weinig verschil tussen patiënten van oefentherapeuten-Cesar en patiënten van oefentherapeuten-Mensendieck (zie tabel 5). Ongeveer tweederde van de geregistreerde patiënten zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd was respectievelijk 33 en 34 jaar. Er waren geen significante verschillen wat betreft de leeftijd tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. Ongeveer tweederde van de patiënten bestond uit ziekenfondsverzekerden.

Tabel 5: Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm patiënten.

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
geslacht:		
- man	33	33
- vrouw	67	67
leeftijd:		
- 0-19 jaar	21	18
- 20-39 jaar	46	47
- 40-64 jaar	25	28
- => 65 jaar	7	7
verzekeringsvorm:		
- ziekenfonds	66	67
- particulier	33	32

Verwijskenmerken

Bij oefentherapie-Cesar lag het percentage patiënten dat werd verwezen door de specialist iets lager dan bij oefentherapie-Mensendieck (tabel 6). De drie medisch specialismen met het grootste aandeel hierin waren de neuroloog, de orthopeed en de reumatoloog. Het verschil tussen oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck was met name het gevolg van

het verwijzen door de neuroloog. De neuroloog was de verwijzer van 7% van de patiënten bij oefentherapie-Cesar en die van 14% van de patiënten bij oefentherapie-Mensendieck.

De top-vijf van verwijsindicaties staat in tabel 7. De verwijsindicaties zijn gecodeerd met de ICPC. De meeste verwijsindicaties vielen onder hoofdstuk L 'Bewegingsapparaat'. De meest genoteerde verwijsindicaties waren aandoeningen samenhangend met de rug.

Tabel 6: Het percentage patiënten dat verwezen wordt naar oefentherapie door huisarts en specialist en het percentage patiënten zonder verwijzing in de registratie.

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
verwijzer:		
- huisarts	76	69
- specialist	22	28
- geen verwijzer	2	3

Tabel 7: De 5 meest voorkomende verwijsindicaties (ICPC).

Cesar (N=1020)	%	Mensendieck (N=1088)	%
1. Lage rugpijn zonder uitstraling	21	1. Verworven afwijkingen wervelkolom	22
2. Rug symptomen/klachten	20	2. Lage rugpijn zonder uitstraling	19
3. Afwijkende houding	16	3. Rug symptomen/klachten	18
4. Verworven afwijkingen wervelkolom	16	4. Afwijkende houding	15
5. Nek symptomen/klachten	6	5. Lage rugpijn met uitstraling	10

Oefentherapie diagnose

De oefentherapie diagnose bestaat uit stoornissen en beperkingen. Stoornissen zijn bij bijna alle patiënten genoteerd, beperkingen bij minder dan de helft van de patiënten. Tabel 8 geeft een overzicht van het voorkomen van stoornissen. Stoornissen van de lichaamshouding (met name die samenhangen met de rug), pijn, stoornissen van de bewegingsuitslag, stoornissen van spierlengte en tonus, en stoornissen van de spierkracht komen vaak voor. Er zijn slechts kleine verschillen wat betreft het voorkomen van stoornissen tussen patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Cesar en patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Mensendieck. Het grootste verschil was bij stoornissen van de spierkracht. Oefentherapeuten-Mensendieck registreerden deze stoornissen minder vaak.

Tabel 8: Stoornissen*

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
Stoornissen van de lichaamshouding	88	90
Kyfose	57	54
Lordose	50	57
Scoliose	43	49
Bekkenscheefstand/-torsie	33	35
Andere stoornis lichaamshouding	14	12
Stoornissen van de bewegingsuitslag	53	56
Hypermobiliteit	7	6
Verminderde bewegingsuitslag	49	51
Stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen	16	18
Gangstoornis (afwijkend looppatroon)	12	16
Stoornis in de coördinatie	7	6
Stoornissen van spierlengte en tonus	62	65
Afwijkende rusttonus musculatuur	52	52
Afwijkende spierlengte	30	32
Stoornis in de spierkracht	49	28
Sensorische stoornissen	18	22
Doof gevoel incl. paraesthesieën	17	20
Stoornis van de proprioceptie	4	3
Stoornissen van de ademhaling	14	13
Kortademigheid	5	4
Hyperventilatie	7	7
CARA	3	2
Overige ademhalingsstoornissen	3	3
Psychologische stoornissen	9	15
Stoornis in het slapen	6	13
Stoornis in concentratie	5	5
Pijn	72	78
Algemene stoornissen	28	31
Vermoeidheid	25	26
Duizeligheid	5	9
Overige stoornissen	25	25
Overgewicht	13	13
Stoornis in de psychomotoriek	2	1
Doorbloedingsstoornis/circulatie stoornis	5	4
Andere stoornissen	10	10

*) Tabel 8 geeft een overzicht van het voorkomen van stoornissen bij patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Cesar (1ste kolom) en bij patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Mensendieck (2de kolom). De stoornissen zijn ingedeeld in 10 hoofdgroepen en één categorie overigen. De hoofdgroepen staan vet afgedrukt in de tabel. Het percentage bij een hoofdgroep is het percentage patiënten met tenminste één tot deze hoofdgroep behorende stoornis.

Er werden meerdere stoornissen per patiënt geregistreerd, hierdoor is een groot aantal combinaties van stoornissen mogelijk. Dit blijft ook het geval na indeling van de stoornissen in hoofdgroepen. Er is daarom nagegaan of het grote aantal combinaties teruggebracht kon worden tot een beperkt aantal dimensies van hoofdgroepen stoornissen die vaak samen voorkomen. Tabel 9 geeft een overzicht van de resultaten van deze analyse. Bij oefentherapie konden de 10 hoofdgroepen stoornissen (de categorie overige stoornissen is

niet in de analyse betrokken) worden teruggebracht tot 4 dimensies. De eerste dimensie bestond uit stoornissen van de lichaamshouding, stoornissen van de bewegingsuitslag, stoornissen spierlengte en tonus, stoornissen in de spierkracht en pijn. De tweede dimensie bestond uit psychologische stoornissen en algemene stoornissen. De derde dimensie bestond uit stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen en de vierde uit sensorische stoornissen. Bij oefentherapie-Mensendieck bleven drie dimensies over. Voor een groot deel zijn deze dimensies gelijk aan die bij oefentherapie-Cesar. De eerste dimensie bestond uit stoornissen van de bewegingsuitslag, stoornissen spierlengte en tonus en pijn. Stoornissen van de lichaamshouding behoorden het meest tot deze dimensie maar voldeden net niet aan de gestelde statistische eisen. De tweede dimensie bestond uit psychologische stoornissen en algemene stoornissen. De derde dimensie bestond uit stoornissen van de spierkracht en stoornissen van controle van het willekeurig bewegen.

Tabel 9: De samenhang tussen stoornissen^{*}.

Cesar^{**}
(N=1020)

dimensie 1	dimensie 2	dimensie 3	dimensie 4
- stoornissen van de lichaamshouding - stoornissen van de bewegingsuitslag - stoornissen spierlengte en tonus - stoornis in de spierkracht - pijn	- psychologische stoornissen - algemene stoornissen	- stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen	- sensorische stoornissen

Mensendieck^{***}
(N=1088)

dimensie 1	dimensie 2	dimensie 3	
- stoornissen van de bewegingsuitslag - stoornissen spierlengte en tonus - pijn	- psychologische stoornissen - algemene stoornissen	- stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen - stoornis in de spierkracht	

^{*}) Het gaat hier om de resultaten van principale componenten analyse met stoornissen. De categorie overige stoornissen is niet meegenomen in de analyse.

^{**}) Stoornissen van de ademhaling behoren het sterkst bij de tweede dimensie, maar voldeden net niet aan de gestelde statistische eisen.

^{***}) Stoornissen van de lichaamshouding behoren het sterkst bij de eerste dimensie, stoornissen van de ademhaling behoren het sterkst bij de tweede dimensie, maar voldeden net niet aan de gestelde statistische eisen.

Beperkingen zijn bij minder dan de helft van de patiënten geregistreerd (tabel 10). Beperkingen in sociale activiteiten en beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden

werden het meest geregistreerd. Bij oefentherapie-Cesar werd een beperkingen van het uithoudingsvermogen vaker geregistreerd dan bij oefentherapie-Mensendieck.

Er waren geen aparte dimensies te onderscheiden bij de samenhang tussen beperkingen. Wanneer een bepaalde beperking werd geregistreerd werd vaak ook een andere beperking geregistreerd. Er waren geen aparte combinaties van beperkingen te onderscheiden.

Tabel 10: Beperkingen*

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
Beperkingen in het voortbewegen	12	14
Lopen	9	10
Traplopen	9	8
Fietsen	9	8
Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden	32	32
Verandering van lichaamshouding	11	10
(Op)tillen	20	18
Bukken	19	17
Pakken/reiken en grijpen vasthouden	13	11
Lange tijd zitten	18	18
Lange tijd staan	21	20
Evenwicht bewaren	10	7
Beperking uithoudingsvermogen	25	15
Beperkingen in sociale activiteiten	33	34
Huishoudelijke bezigheden	21	18
Beroepsuitoefening	23	22
Sportbeoefening	22	20
Hobby	12	9

*) Tabel 9 geeft een overzicht van het voorkomen van beperkingen bij patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Cesar (1ste kolom) en bij patiënten die zijn behandeld door oefentherapeuten-Mensendieck (2de kolom). De beperkingen zijn ingedeeld in 4 hoofdgroepen. De hoofdgroepen staan **vet** afgedrukt in de tabel. Het percentage bij een hoofdgroep is het percentage patiënten met tenminste één tot deze hoofdgroep behorende beperking.

De behandelperiode en het aantal zittingen

Gemiddeld bestond de behandeling van een patiënt uit 14-15 zittingen. De behandelperiode (het aantal weken tussen de eerste en de laatste zitting) was 14-16 weken.

Behandeldoelen en accent van de behandeling

Tabel 11 geeft een overzicht van het voorkomen van behandeldoelen. De meeste behandeldoelen hebben betrekking op stoornissen. Het voorkomen van behandeldoelen bij oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck vertoont overeenkomsten en verschillen. De drie meest voorkomende behandeldoelen in beide therapieën zijn het verbeteren van de lichaamshouding, het doen afnemen van pijnklachten en het informeren van de patiënt.

Daarnaast werd bij oefentherapie-Cesar het vergroten van de spierkracht en bij oefentherapie-Mensendieck het verbeteren van de ontspanning van spiergroepen het meest genoteerd.

De verschillen gevonden bij de behandeldoelen werden ook gevonden bij het accent van de behandeling of het oefenprogramma. In beide therapieën lag het accent vaak op pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen. Door oefentherapeuten-Cesar werd vaker aandacht besteedt aan oefeningen gericht op spierversterking en door oefentherapeuten-Mensendieck aan ontspanningsoefeningen.

Tabel 11: Behandeldoelen.

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
behandeldoel:		
- verbeteren van de lichaamshouding	81	83
- vergroten van de spierkracht	60	44
- verbeteren van de ontspanning van spiergroepen	40	49
- verbeteren van de sensomotoriek	3	5
- verbeteren van het adempatroon	11	13
- verbeteren van de lichamelijke ontspanning	17	24
- doen afnemen van pijnklachten	74	81
- doen afnemen van vermoeidheidsklachten	10	13
- verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	11	12
- verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden	12	14
- verbeteren van situationele beperkingen	13	9
- het informeren van de patiënt	70	67
- overige behandeldoelen	17	10

Tabel 12: Accent van de behandeling.

	Cesar (N=1020) %	Mensendieck (N=1088) %
accent:		
- pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen	74	80
- oefeningen gericht op het mobiliseren	27	27
- ademhalingsoefeningen	10	9
- ontspanningsoefeningen	24	32
- oefeningen gericht op spierversterking	49	34
- ADL-oefeningen	59	50
- sensomotorische training	5	5
- voorlichting/advies	28	36
- anders	5	3

Er zijn significante relaties gevonden tussen behandeldoelen en het accent van de behandeling, tabel 13a geeft een overzicht van deze relaties bij oefentherapie-Cesar en tabel 13b van die bij oefentherapie-Mensendieck. Veel van deze relaties spreken voor zich, het is niet verwonderlijk dat het accent van de behandeling ligt op pijnbestrijdingstechnieken of houdingsoefeningen als de behandeldoelen het doen afnemen pijnklachten en of het verbeteren van de lichaamshouding worden nagestreefd. Toch geeft de relatie tussen behandeldoelen en het accent van de behandeling een beeld van de behandeling door oefentherapeuten. Zo werden bijvoorbeeld door oefentherapeuten ademhalingsoefeningen geaccentueerd bij het behandeldoel verbeteren van het adempatroon maar ook bij het behandeldoel het verbeteren van de lichamelijke ontspanning. Oefeningen gericht op spierverterking werden geaccentueerd bij het behandeldoel het vergroten van de spierkracht maar ook bij het verbeteren van de lichaamshouding.

De grootste verschillen tussen oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck wat betreft de relatie tussen behandeldoelen en het accent van de behandeling zijn gevonden bij ADL-oefeningen en sensomotorische training. Door de oefentherapeuten-Cesar werd het accent op ADL-oefeningen gelegd bij de behandeldoelen verbeteren van de lichaamshouding, vergroten van de spierkracht, doen afnemen van de pijnklachten en verbeteren van beperkingen van het voortbewegen. Door de oefentherapeuten-Mensendieck werd het accent op ADL-oefeningen gelegd bij de behandeldoelen verbeteren van de lichaamshouding, en het doen afnemen van de pijnklachten. Bij oefentherapie-Mensendieck ligt het accent op sensomotorische training bij de behandeldoelen het verbeteren van de lichaamshouding, verbeteren van de sensomotoriek, verbeteren van beperkingen in het voortbewegen, verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden en verbeteren van beperkingen van het uithoudingsvermogen. Bij oefentherapie-Cesar vertoonde het accent sensomotorische training alleen een significante relatie met het verbeteren van de sensomotoriek.

Tabel 13a: De relatie tussen behandeldoelen en accenten van de behandeling.

Cesar
(N=1020)

behandeldoelen	accent
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de lichaamshouding - doen afnemen van pijnklachten 	<ul style="list-style-type: none"> - pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de ontspanning van spiergroepen - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen 	<ul style="list-style-type: none"> - oefeningen gericht op het mobiliseren
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van het adempatroon - verbeteren van de lichamelijke ontspanning 	<ul style="list-style-type: none"> - ademhalingsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de ontspanning van spiergroepen - verbeteren van de lichamelijke ontspanning - verbeteren van het adempatroon 	<ul style="list-style-type: none"> - ontspanningsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - vergroten van de spierkracht - verbeteren van de lichaamshouding 	<ul style="list-style-type: none"> - oefeningen gericht op spierversterking
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de lichaamshouding - vergroten van de spierkracht - doen afnemen van pijnklachten - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen 	<ul style="list-style-type: none"> - ADL-oefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de sensomotoriek 	<ul style="list-style-type: none"> - sensomotorische training
<ul style="list-style-type: none"> - het informeren van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> - voorlichting/advies

Tabel 13b: De relatie tussen behandeldoelen en accenten van de behandeling.

Mensendieck
(N=1088)

behandeldoelen	accent
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de lichaamshouding - doen afnemen van pijnklachten 	<ul style="list-style-type: none"> - pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - doen afnemen van pijnklachten - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen - verbeteren van uithoudingsvermogen 	<ul style="list-style-type: none"> - oefeningen gericht op het mobiliseren
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van het adempatroon - verbeteren van de lichamelijke ontspanning - verbeteren van uithoudingsvermogen 	<ul style="list-style-type: none"> - ademhalingsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de ontspanning van spiergroepen - verbeteren van de lichamelijke ontspanning 	<ul style="list-style-type: none"> - ontspanningsoefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - vergroten van de spierkracht - verbeteren van de lichaamshouding - overige behandeldoelen 	<ul style="list-style-type: none"> - oefeningen gericht op spierversterking
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de lichaamshouding - doen afnemen van pijnklachten 	<ul style="list-style-type: none"> - ADL-oefeningen
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van de lichaamshouding - verbeteren van de sensomotoriek - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen - verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden - verbeteren van beperkingen uithoudingsvermogen 	<ul style="list-style-type: none"> - sensomotorische training
<ul style="list-style-type: none"> - verbeteren van het adempatroon - doen afnemen van pijnklachten - het informeren van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> - voorlichting/advies

Evaluatie van de behandeling

Bij ongeveer tweederde van de patiënten werd als reden voor het beëindigen van de behandeling opgegeven dat een gunstig resultaat was behaald. De oefentherapeuten werd tevens gevraagd om het resultaat van de behandeling te evalueren in termen van het behalen van behandeldoelen. Gemiddeld werden de behandeldoelen volledig of vrijwel volledig bereikt in bijna driekwart van de patiënten.

BESCHOUWING

De gegevens die zijn verzameld in het kader van het onderzoek naar functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck vormen een uitgebreide bron van informatie over de beroepsuitoefening en de relatie die met verwijzers. De informatie vormt enerzijds een explicitering van de kennis die aanwezig was in de vorm van tekstboeken, beschouwingen en een tweetal inventariserende onderzoeken (Hasper & Smit, 1988, Balm & De Lange, 1988). Daarnaast is veel nieuwe kennis vergaard over de beroepsbeoefenaren zelf, de patiënten en de behandeling.

Op deze plaats aangekomen doet de vraag zich voor waartoe men de gegevens uit het onderzoek kan gebruiken. Anders gezegd gaat het om de vraag welke consequenties men uit het onderzoek kan trekken. Om op deze vraag - althans ten dele - een antwoord te geven gaan wij hieronder in op een vijftal bevindingen. De keuze voor nu juist deze vijf bevindingen is in zekere zin arbitrair: een andere auteur zou wellicht andere bevindingen uitkiezen en andere consequenties trekken. Deze keuze is gemaakt tegen de achtergrond van zowel het beleid op terrein van de paramedische zorg als een serie onderzoeken naar plaats en functie van paramedische beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg.⁴ Wij zullen bij de bespreking van de vijf bevindingen de relatie met het beleid en met andere onderzoeken aangeven. Op deze wijze beogen wij onze keuzen te motiveren.

I. Oefentherapeuten onderhouden met veel verschillende verwijzers contacten. Het aantal van gemiddeld 21 respectievelijk 25 verwijzers bij oefentherapeuten-Cesar respectievelijk - Mensendieck ligt hoger dan het aantal van gemiddeld 15 verwijzers bij fysiotherapeuten (zie, Kerssens et al., 1986). Dergelijke grote aantallen bemoeilijken de communicatie: de logistiek van contacten met 21 à 25 verwijzers is niet eenvoudig. Vermoedelijk draagt deze situatie ertoe bij dat het oordeel van de oefentherapeuten over de communicatie met verwijzers niet uitgesproken positief is. Wellicht kan de communicatie verbeterd worden door zorgvuldig aandacht te besteden aan enerzijds de informatie-overdracht bij verwijzing en anderzijds de terugrapportage aan de verwijzer. Door over en weer expliciet te benoemen welke informatie wel en welke informatie niet gewenst is, kan de communicatie wellicht verbeteren. Het project 'Samenwerking huisarts-fysiotherapeut' (Van de Rijdt et al., 1990) en het onderzoek 'Medisch specialist en fysiotherapeut' (Baar et al., 1993) kunnen hiervoor inspiratie bieden.

II. Tegenwoordig is in het beleid ten aanzien van de (para)medische beroepen veel aandacht voor activiteiten die gericht zijn op het ontwikkelen en het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Oefentherapeuten komen - uitgezonderd het volgen van na- en bijscholing - weinig toe dergelijke activiteiten. Daarbij dient direct opgemerkt te

⁴ Het gaat om onderzoek op het gebied van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en podotherapie. Al deze onderzoeken zijn, evenals het onderzoek naar oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck uitgevoerd bij het NIVEL.

worden dat het beleid om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te benadrukken pas van tamelijk recente datum is. Desalniettemin lijkt het aangewezen dat ook oefentherapeuten zich meer gaan bezig houden met activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering zoals intercollegiale toetsing en het invoeren van behandelprotocollen.

III. De resultaten van het eigen diagnostisch onderzoek door oefentherapeuten - als aanvulling op de medische diagnose - blijken weergegeven te kunnen worden in termen van stoornissen en beperkingen. Bovendien blijken oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck het onderling eens te zijn over deze uit de ICDH afgeleide terminologie van stoornissen en beperkingen (zie het betrouwbaarheidsonderzoek). In andere woorden het gebruik van deze terminologie lijkt tot een eenheid van taal te leiden. Ter bevordering van de communicatie tussen beroepsbeoefenaren is het daarom aangewezen het gebruik van deze terminologie te bevorderen. Daarbij kan worden aangesloten bij het project classificaties en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen dat wordt uitgevoerd door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF).

IV. Het kiezen van bepaalde accenten in de behandeling blijkt bepaald te worden door de behandeldoelen van de oefentherapeut. Enerzijds gaat het daarbij om vanzelfsprekende verbanden tussen doelen en accenten anderzijds gaat het om minder vanzelfsprekende verbanden. Tesamen geven deze verbanden inzicht in het toepassen van de methode-Cesar en -Mensendieck. De bevinding dat de toepassing van oefentherapie afhankelijk is van diagnostische bevindingen is minder triviaal dan hij op het eerste gezicht wellicht lijkt. Voor een goed begrip van deze uitspraak dient men zich in de eerste plaats te realiseren dat een schematisch inzicht in de beroepsuitoefening, zoals dat in tabel 13 gepresenteerd is, tot nu toe niet bestond. Bovendien is het schema uit tabel 13 gebaseerd op empirische feiten en niet op - al dan niet individuele - inzichten van beroepsbeoefenaren. Ten tweede dient men zich te realiseren dat de behandeldoelen - geformuleerd in termen van het doen afnemen of corrigeren van stoornissen en beperkingen - kennelijk betekenisvol (valide) zijn. Dit wijst er opnieuw op dat de ICDH een goed uitgangspunt is voor het inzichtelijk maken van de zorg bij oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Hoewel deze bevinding dus zeer belangrijk geacht kan worden, zijn er ook tekortkomingen. Met name dient genoemd te worden dat de gevonden relaties tussen doelen en accenten in de behandeling vooral gebaseerd zijn op klinische ervaring van oefentherapeuten. Onderzoek waaruit blijkt dat het accentueren van bepaalde aspecten in de behandeling bij een bepaald behandeldoel inderdaad effectief is, ontbreekt veelal. Verder zijn meetinstrumenten om het eigen diagnostisch onderzoek te objectiveren en te kwantificeren schaars. Tenslotte zijn empirische gegevens op grond waarvan de oefentherapeut bepaalde stoornissen of beperkingen als primair behandeldoel kiest (en andere stoornissen dus niet) veelal afwezig. Deze opmerkingen moeten gezien worden als een zeer sterk

pleidooi voor het ondersteunen van onderzoek naar oefentherapeutische diagnostiek en oefentherapeutische behandelprogramma's. Alleen op basis van dergelijk onderzoek kan het niveau van het beroep uitgetild worden boven dat van de ervaringskennis. Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck staan hierin zeker niet alleen: ook voor andere paramedische beroepen geldt dat alleen via onderzoek de beroepsuitoefening op een ander niveau getild kan worden (zie Dekker e.a., 1991). Het stimuleren van onderzoek op het gebied van de paramedische beroepen past in beleid dat er op gericht is de gevolgen van ziekten terug te dringen. Sinds de Nota 2000 is het verminderen van de gevolgen van ziekten - of positief geformuleerd: het verbeteren van de functionele gezondheidstoestand ("kwaliteit van leven") - een belangrijk aandachtspunt van beleid. Paramedische beroepen zoals oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Gezien de geringe mate van wetenschappelijke onderbouwing verdient het bevorderen van onderzoek op het gebied van paramedische beroepen een hoge prioriteit (zie Dekker e.a., 1991).

V. De kwantitatieve beschrijving die is gegeven van de oefentherapieën kan dienen als referentie om vergelijkingen mogelijk te maken. Het kan daarbij gaan om het constateren van ontwikkelingen binnen het beroep zelf, om vergelijkingen tussen oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck en om het contrasteren van oefentherapie met andere beroepen in de gezondheidszorg. Dit laatste type vergelijkingen (tussen beroepen) is van belang tegen de achtergrond van de met een zekere regelmaat opkomende twijfels over de afgrenzingen tussen paramedische beroepen. Elders zal meer in detail ingegaan worden op de vergelijking tussen de beroepen (Dekker e.a., in voorbereiding; zie ook Dekker 1994). Vooruitlopend daarop kunnen hier al enkele punten aangestipt worden:

- Er zijn grote overeenkomsten tussen oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck wat betreft de volgende zaken: de stoornissen en beperkingen die bij patiënten gediagnostiseerd worden, de gekozen behandeldoelen en het accent in de behandeling. Ook wat betreft de relatie tussen behandeldoelen en accenten in de behandeling zijn er veel overeenkomsten, zij het dat hier meer verschillen optreden. Voor zover er verschillen bestaan zijn die verklaarbaar vanuit de verschillen in benadering tussen oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Het verschil in benadering betreft met name de wijze waarop aan een patiënt veranderingen in de houding en of het bewegingspatroon geleerd worden. Oefentherapie-Mensendieck is erop gericht de patiënt te leren gebruik te maken van de proprioceptieve informatie uit het lichaam. De nadruk ligt op de cognitieve aspecten van het leren. Oefentherapie-Cesar is erop gericht een houding of beweging te trainen en in te bouwen in complexe bewegingen. De nadruk ligt meer op de autonome fase van het leerproces. Dit verschil in benadering is in overeenstemming met cq. verklaart de gevonden verschillen in stoornissen en beperkingen (bijv. meer nadruk op spierkracht bij Cesar), verschillen in behandeldoelen en accenten in de behandeling (bijv. meer nadruk op ontspanning bij Mensendieck) en verschillen in de relatie tussen doelen en accenten (bijv. bij Cesar is er een significante relatie tussen het vergroten van de spierkracht en ADL-

oefeningen; bij Mensendieck is er een significante relatie tussen het verbeteren van de lichaamshouding en sensomotorische training). Ondanks de gevonden verschillen is het overheersende beeld één van overeenkomsten tussen oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Zeker van enige afstand gezien zijn de gevonden verschillen meer een kwestie van accent dan van essentie. Voor zover op grond van dit onderzoek uitspraken over overeenkomsten en verschillen gedaan kunnen worden (er is bijvoorbeeld niet gekeken naar de wijze van de uitvoering van bepaalde oefeningen), lijken de pogingen tot bundeling van krachten van beide oefentherapieën die er ondernomen worden, een zinvol streven.

- De behandeldoelen van oefentherapeuten liggen vooral op het niveau van stoornissen, veel minder op het niveau van beperkingen. Bij de oefentherapeuten lijkt het accent nog sterker op stoornissen te liggen dan bij fysiotherapeuten (zie Dekker, 1994). Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat er aanzienlijke methodische verschillen zijn tussen het onderzoek naar oefentherapie en het onderzoek naar fysiotherapie. Door deze methodische verschillen is het niet zeker of er tussen deze disciplines inderdaad een verschil is in het niveau waarop behandeldoelen worden gekozen. Ten aanzien van de behandeling kunnen vrijwel geen uitspraken over de overeenkomsten en verschillen met fysiotherapeuten gedaan worden. In het onderzoek naar fysiotherapie is 'bewegingstherapie' (zonder nadere onderverdeling) één van de mogelijke interventies. In het onderzoek naar oefentherapieën is gevraagd naar de accenten in de behandeling met oefentherapie. Deze methodische verschillen zijn zo groot dat een vergelijking qua behandeling eigenlijk niet mogelijk is. Wel kan opgemerkt worden dat ADL-oefeningen en 'voorlichting/advies' door zowel oefentherapie-Cesar als oefentherapie-Mensendieck frequent als accent in de behandeling gekozen worden. Kennelijk is dit een zeer belangrijk aspect in de behandeling van oefentherapeuten. Verder geldt uiteraard dat oefentherapeuten geen gebruik maken van massage en fysische technieken.

Hierboven is aangegeven welke consequenties men uit het onderzoek kan trekken. Wij hebben ons daarbij geconcentreerd op een vijftal punten die in onze ogen het meest relevant zijn. Zoals eerder reeds opgemerkt is zal men vanuit een ander gezichtspunt wellicht andere bevindingen willen benadrukken en andere consequenties willen trekken. Wij hopen dat het onderzoek op deze wijze veelvuldig gebruikt zal worden.

LITERATUUR

Baar ME van, Dekker J, Langenberghe HK van. *Informatie overdracht bij verwijzing door de medisch specialist naar de eerstelijnsfysiotherapeut*. Medisch Contact, 1993, jrg 48 nr 27/28, p 851-853

Balm MFK, Lange CJ De. *Oefentherapie Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg*. Utrecht: NVOM, 1988.

Balm MFK, Gijssbers EKW. *Oefentherapie Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegings gewoonten bij pijn*. In: Matti H, Menges LJ, Spierdijk J, editors. *Pijninformatarium Alphen a/d Rijn*: Samson Stafleu: 1993; PB4500.

Dekker, J, Driessen MJ, Gisbergen, M van. *Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen: ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, podotherapie*. Utrecht, NIVEL 1991.

Dekker, J. *Application of the ICDH in survey research on rehabilitation care: the emergence of the functional diagnosis*. Geaccepteerd voor publicatie in *Disability and Rehabilitation*.

Dekker, J, Driessen MJ, Zijderduin WM, Valk van der R. *De functie en plaats van vijf paramedische beroepen: fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie*. In voorbereiding.

Gisbergen, M van, Dekker J. *Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists*. *Journal of Rehabilitation Sciences*, 1992; 3: 67-73.

Hasper, HC. *Vijftig jaar bewegingsleer Cesar*. Den Dolder: Stichting Vormingsfonds Cesar: 1990.

Hasper, HC, Smit J. *Rapport 2e fase onderzoek 1988 naar de resultaten van de oefentherapie Cesar in de eerstelijnsgezondheidszorg*. Den Dolder: Stichting opleiding Bewegingstherapie Cesar. 1988.

Heerkens YF, Brandsma JW, Lakerveld-Heyl K, Minschner-van Ravensberg, CD. *Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICDH*. Amerfoort, SWSF, 1991.

Kerssens JJ, Groenewegen, PP, Curfs, EChr. *Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut*. Utrecht: NIVEL, 1986.

Koster MK, Dekker J, Groenewegen PP. *The position and education of some paramedical professions in The United Kingdom, The Netherlands, the Federal Republic of Germany and Belgium*. Utrecht, NIVEL, 1991.

World Health Organisation. *The International classification of diseases, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, WHO, 1992.

World Health Organisation. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva, WHO, 1980.

Rijdt vd T, Lubbers M, Kolker L. *Het verbeteren van samenwerking, Eindverslag van het project 'Samenwerking huisarts - fysiotherapeut'*. Utrecht: Stichting O&O, 1990.

Zijderduin WM, Dekker J. *Impairments and disabilities in patients treated by exercise therapists*. Ter publicatie aangeboden.

Zijderduin WM, Dekker J. *Treatment goals and treatment in exercise therapy*. Ter publicatie aangeboden.

Zijderduin WM, Dekker J. *Oefentherapeuten-Cesar: Werksituatie en taakuitoefening*. *Cesar oefentherapie*, 1993; 24;1: 10-15.

Zijderduin WM, Dekker J. *Oefentherapeuten-Mensendieck: Werksituatie en taakuitoefening*. *Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck*, 1993; 54;1: 2-8.

Zijderduin WM, Dekker J. *De relatie verwijzer oefentherapeut-Cesar*. *Cesar oefentherapie*, 1993; 24;2: 29-35.

Zijderduin WM, Dekker J. *De relatie verwijzer oefentherapeut-Mensendieck*. *Nederlands tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck*, 1993; 54;3 70-77.

BIJLAGE A: ENQUETE RELATIE VERWIJZER - OEFENTHERAPEUT⁵

⁵ De bijlage bestaat uit de enquête relatie verwijzer - oefentherapeut-Cesar, de enquête relatie verwijzer - oefentherapeut-Mensendieck is identiek.



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Enquête relatie verwijzer - oefentherapeut-Cesar

**Indien u vragen heeft over de enquête kunt u contact opnemen met
Marc van Gisbergen, Tel . 030 - 319946**

C

TOELICHTING

LEES DEZE TOELICHTING GOED DOOR VOORDAT U MET HET BEANTWOORDEN VAN DE VRAGEN BEGINT.

Zoals U heeft gelezen in de begeleidende brief is het doel van deze enquête inzicht te krijgen in de relatie die oefentherapeuten-Cesar met verwijzers hebben.

In deze toelichting worden de antwoordmogelijkheden van de enquête uitgelegd.

- De meeste antwoorden zijn voorgestructureerd. Het is de bedoeling dat U één antwoord aankruist, tenzij anders is aangegeven.
- Bij een aantal vragen wordt gevraagd Uw situatie te "specificeren". U kunt dan in Uw eigen woorden antwoord geven.
- Bij een aantal vragen wordt gevraagd Uw antwoord op een vijfpuntsschaal weer te geven.

Deze schaal ziet er als volgt uit:

(bijna)
nooit

○

○

(ongeveer)
de helft

○

○

(bijna)
altijd

○

Als U het middelste rondje aankruist geeft U aan dat de situatie in ongeveer de helft van het aantal keren voorkomt. Als U het tweede rondje van links aankruist geeft U aan dat de situatie '**minder dan de helft**' van het aantal keren voorkomt. Als U het tweede rondje van rechts aankruist geeft U aan dat de situatie '**meer dan de helft**' van het aantal keren voorkomt. Ook is bij een aantal vragen een vijfpuntsschaal variërend van (bijna) nooit tot zeer vaak gebruikt.

Lees eerst de vragen en antwoordmogelijkheden zorgvuldig. Maak daarna een keuze.

Denk niet lang na bij de beantwoording van de vragen.

Kruis maximaal één antwoord aan, tenzij anders is aangegeven.

Beantwoord alle vragen. Mocht U twijfelen kies dan het antwoord dat volgens U het meest van toepassing is.

Het invullen van de enquête duurt circa 20 minuten.

De gegevens zullen met de grootste zorgvuldigheid en met waarborging van anonimiteit worden behandeld.

THERAPEUT EN WERKSITUATIE

1. Uw geboortedatum: ... - ... - 19

2. Uw geslacht:

Vrouw

Man

3. In welk jaar heeft U de opleiding tot oefentherapeut-Cesar afgerond?

jaar: 19.....

4. In welk jaar bent U voor het eerst als oefentherapeut-Cesar gaan werken?

jaar: 19.....

5. Hoeveel jaar werkervaring heeft U als oefentherapeut-Cesar?

..... jaar

6. Bent U lid van de Vereniging Bewegingsleer Cesar?

Nee

Ja

7. Bent U momenteel werkzaam als oefentherapeut-Cesar?

Nee

Ja, specificeer soort werkplek (instelling, praktijk) en het aantal uur (incl. administratie) dat U daar gemiddeld per week werkzaam bent als oefentherapeut-Cesar? (Indien U meerdere werkplekken heeft wilt U deze dan s.v.p. omschrijven?)

werkplek	plaatsnaam
1. à uur per week
2. à uur per week
3. à uur per week

Bent U als oefentherapeut-Cesar werkzaam:

- in de **eerstelijnsgezondheidszorg** (beantwoord de vragen 8 t/m 14)
 - in de **tweede-/derdelijnsgezondheidszorg** (beantwoord de vragen 15 t/m 20)
 - in zowel de **eerstelijnsgezondheidszorg en tweede-/derdelijnsgezondheidszorg** (beantwoord de vragen 8 t/m 20)
-

De vragen 8 t/m 14 dienen te worden beantwoord door oefentherapeuten-Cesar die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg (particuliere praktijk).

Belangrijk: Indien U in meerdere praktijken werkzaam bent wilt U dan de vragen beantwoorden uitgaande van de praktijk waar U het meeste aantal uren werkt.

8. Hoeveel behandelingen geeft U gemiddeld per week?

..... aantal

9. Hoeveel uur besteedt U per week aan de administratie?

..... uur

10. Bent U werkzaam als:

- Zelfstandig oefentherapeut-Cesar (solopraktijk)
 - Oefentherapeut-Cesar in loondienst
 - Oefentherapeut-Cesar in een ander samenwerkingsverband (bv. meermanspraktijk)
-

11. Hoeveel oefentherapeuten-Cesar (incl. uzelf) werken er part-time/full-time in de praktijk waar U werkzaam bent?

..... therapeut(en) full-time (ca. 50 of meer behandelingen per week)

..... therapeut(en) part-time (minder dan 50 behandelingen per week)

12. Indien U werkzaam bent in een meermanspraktijk, met welke therapeuten voert U deze praktijk? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

	aantal
<input type="radio"/> Oefentherapeut-Mensendieck	...
<input type="radio"/> Oefentherapeut-Cesar	...
<input type="radio"/> Ander, te weten:
.....	...
<input type="radio"/> Niet van toepassing (geen meermanspraktijk)	

13. Als er in de praktijk waar U werkzaam bent meerdere oefentherapeuten-Cesar werkzaam zijn, hoe vindt dan de verdeling van de binnenkomende patiënten plaats?

- Arts verwijst naar een specifieke oefentherapeut
 - Verdeling van patiënten wordt binnen het team geregeld
 - Beide antwoorden zijn van toepassing
 - Niet van toepassing
-

14 a. Bestaat er op dit moment een wachtlijst voor patiënten bij Uw praktijk?

- Nee
- Ja (Indien ja, beantwoord 14 b, c, d)

b. Wat is de huidige wachttijd?

..... weken

c. Is de wachtlijst een structureel probleem?

- Nee
- Ja

d. Welke actie onderneemt U ten aanzien van nieuwe patiënten indien er een wachtlijst is?

- Patiënt inschrijven op de wachtlijst (verder geen actie).
 - Patiënt attenderen op collega-therapeuten (ook oefentherapeuten-Mensendieck).
 - Patiënt uitnodigen voor een kennismaking/onderzoek.
-

De vragen 15 t/m 20 dienen te worden beantwoord door oefentherapeuten-Cesar die werkzaam zijn in de tweede-/derdelijnsgezondheidszorg (instellingen).

Belangrijk: Indien U in meerdere instellingen werkzaam bent wilt U dan de vragen beantwoorden uitgaande van de instelling waar U het meeste aantal uren werkt.

15. In welk soort instelling bent U werkzaam?

- Revalidatiecentrum
 - Ziekenhuis
 - Verpleeghuis
 - Verzorgingstehuis
 - Anders, te weten:
-

16. In welk soort dienstverband bent U werkzaam?

- In part-time loondienst: uur per week (specificeer)
 - In full-time loondienst (38-urige werkweek)
-

17. Hoeveel behandelingen geeft U gemiddeld per week?

..... aantal

18. Hoeveel uur besteedt U per week aan de administratie?

..... uur

19. Hoeveel oefentherapeuten-Cesar (incl. uzelf) werken er part-time/full-time op de afdeling waar U werkzaam bent?

..... therapeut(en) full-time
..... therapeut(en) part-time

20. Als er op de afdeling waar U werkzaam bent meerdere oefentherapeuten-Cesar werkzaam zijn, hoe vindt dan de verdeling van de binnenkomende patiënten plaats?

- Arts verwijst naar een specifieke oefentherapeut
 - Verdeling van patiënten wordt binnen het team geregeld
 - Beide antwoorden zijn van toepassing
 - Niet van toepassing
-

Belangrijk: Ga bij het beantwoorden van de vragen 21 t/m 27 uit van de werkplek of het dienstverband waar u het meeste aantal uren als oefentherapeut-Cesar werkzaam bent!

De vragen 21 en 22 hebben betrekking op de administratievoering

21 a. Worden de gegevens over patiënten (klachten/aandoeningen) vastgelegd?

- Nee
- Ja

b. Indien ja, op welke wijze verzameld U de gegevens over patiënten?

- Gestructureerd (uniforme registratie, bijv. formulier)
- Ongestructureerd (losse aantekeningen)

c. Verwerkt U de gegevens van patiënten met behulp van een computer?

- Nee
 - Ja
-

22 a. Worden de gegevens over behandelingen vastgelegd?

- Nee
- Ja

b. Indien ja, op welke wijze legt U de gegevens over behandelingen vast?

- Gestructureerd (uniforme registratie, bijv. formulier)
- Ongestructureerd (losse aantekeningen)

c. Verwerkt U de gegevens van behandelingen met behulp van een computer?

- Nee
 - Ja
-

De vragen 23 en 24 hebben betrekking op na- en bijscholing.

23. Heeft U na Uw opleiding tot oefentherapeut-Cesar nog (voor de uitoefening van Uw vak relevante) na- of bijscholingscursussen gevolgd?

- Nee
 Ja

Zo ja, welke cursus(sen)?

Onderwerp cursus	Duur cursus (dagen)
1.
2.
3.
4.

24. Past U de in deze cursus(sen) opgedane kennis tijdens Uw werk toe?
(S.v.p. dezelfde volgorde aanhouden als in de vorige vraag)

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Maakt U deel uit van een gestructureerd samenwerkingsverband waarvan ook artsen of andere paramedici deel uit maken? (Hier wordt bedoeld een samenwerking die regelmatig en op vaste tijdstippen plaatsvindt, bijv. met een bedrijfsgezondheidsdienst, medisch specialist, andere paramedicus.)

- Nee
 Ja,
.....
..... (specificeer)
-

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
26 a. Indien U een specifieke deskundigheid heeft met betrekking tot de behandeling van bepaalde patiëntgroepen, verwijzen artsen dan patiënten naar U vanwege die deskundigheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> niet van toepassing				
26 b. Indien U een specifieke deskundigheid heeft met betrekking tot de behandeling van bepaalde patiëntgroepen, sturen collega-therapeuten dan patiënten naar U door vanwege die deskundigheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> niet van toepassing				
27. Leest U de volgende tijdschriften (d.w.z. bewust doornemen)?					
- Cesar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Binnenlandse vakliteratuur (paramedisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Binnenlandse vakliteratuur (medisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Buitenlandse vakliteratuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Heeft U het afgelopen jaar één of meerdere cursussen verzorgd/gegeven, bijvoorbeeld pre- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen?

- Nee
 Ja

Zo ja, welke?

Naam cursus	Aantal dagen per week x aantal maanden
1. x
2. x
3. x
4. x

AANTALLEN VERWIJZERS EN PATIËNTEN

Wilt u bij de beantwoording van **alle** volgende vragen uitgaan van de werkplek waar u het **meeste aantal uren** als oefentherapeut-Cesar werkzaam bent.

29. Kunt U aangeven welke van de onderstaande verwijzers **het afgelopen half jaar** patiënten naar U hebben verwezen? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

- Niet van toepassing, de oefentherapie-Cesar wordt als onderdeel van een afdelings-/groepsprogramma aangeboden.
 - Huisarts
 - Neuroloog
 - Orthopaed
 - Revalidatiearts
 - Neurochirurg
 - Internist
 - Dermatoloog
 - Reumatoloog
 - Gynaecoloog
 - Kinderarts
 - Schoolarts
 - Sportarts
 - Overige:
 -
-

30. Kunt U een schatting geven van het aantal medisch specialisten dat **het afgelopen half jaar** patiënten naar U heeft verwezen? (bijvoorbeeld 4 neurologen)

- | | aantal medisch specialisten |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Neuroloog | .. |
| <input type="radio"/> Orthopaed | .. |
| <input type="radio"/> Revalidatiearts | .. |
| <input type="radio"/> Neurochirurg | .. |
| <input type="radio"/> Internist | .. |
| <input type="radio"/> Dermatoloog | .. |
| <input type="radio"/> Reumatoloog | .. |
| <input type="radio"/> Gynaecoloog | .. |
| <input type="radio"/> Kinderarts | .. |
| <input type="radio"/> Schoolarts | .. |
| <input type="radio"/> Sportarts | .. |
| <input type="radio"/> Overige: | .. |
| | .. |
-

31. Kunt U een schatting geven van het aantal huisartsen dat **het afgelopen half jaar** patiënten naar U heeft verwezen?

aantal huisartsen:

32. Welke drie categorieën verwijzers die in vraag 30 en 31 worden genoemd (huisarts of medisch specialisme) heeft **het afgelopen half jaar** naar Uw schatting de meeste patiënten verwezen? (Wilt U s.v.p. drie categorieën verwijzers aangeven en **géén** namen noteren)

1.

2.

3.

33. Hoeveel nieuwe patiënten worden er gemiddeld **per maand** door U in behandeling genomen (ook patiënten die al eerder zijn behandeld en die klachtenvrij zijn geweest)?

..... aantal

34. Welk deel van deze nieuwe patiënten wordt naar Uw schatting verwezen door:

percentage (gemiddeld per maand)

- huisarts: ± %

- medisch specialist: ± %

- komt zonder verwijzing: ± %

INHOUD EN FREQUENTIE VAN HET KONTAKT

Wilt u bij de beantwoording van **alle** volgende vragen uitgaan van de werkplek waar u het **meeste aantal uren** als oefentherapeut-Cesar werkzaam bent.

De vragen 35 a t/m j hebben betrekking op de verwijzing.

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
35 a. Wordt bij de verwijzing de medische diagnose vermeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 b. Worden de klachten van de patiënt bij de verwijzing omschreven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 c. Krijgt U ongevraagd medisch-somatische achtergrondinformatie van de verwijzer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 d. Krijgt U medisch-somatische achtergrondinformatie op Uw verzoek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 e. Krijgt U ongevraagd psycho-sociale achtergrondinformatie van de verwijzer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 f. Krijgt U psycho-sociale achtergrondinformatie op Uw verzoek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 g. Geven verwijzers bij de verwijzing suggesties voor de behandeling van de patiënt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 h. Is het duidelijk waar het behandelingsvoorstel van de verwijzer betrekking op heeft (begeleiding, behandeling, voorlichting)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 i. Als de arts een patiënt verwijst voor wie naar uw mening geen oefentherapie-Cesar geïndiceerd is, hoe vaak onderneemt U dan één van de volgende acties?					
- Uitvoeren van de gevraagde behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Kontakt opnemen met de arts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Anders:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
35 j. Als zich een patiënt bij U meldt zonder verwijzing voor behandeling, hoe vaak onderneemt U dan één van de volgende acties?					
- U neemt contact op met zijn/haar huisarts of medisch specialist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- U stuurt de patiënt eerst naar zijn/haar huisarts of medisch specialist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- U neemt de patiënt in behandeling zonder huisarts of medisch specialist te raadplegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De vragen 36 a t/m f hebben betrekking op de behandelperiode.

36 a. Rapporteer U aan de verwijzer over de resultaten van het <u>oefentherapeutisch onderzoek</u> (mondeling en/of schriftelijk)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 b. Wordt er door de verwijzer over het verloop van de behandeling (telefonisch) contact met U opgenomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 c. Neemt U (telefonisch) contact op met de verwijzer over het verloop van de <u>behandeling</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 d. Houdt de verwijzer U uit zichzelf op de hoogte van belangrijke informatie die relevant is voor de behandeling van de patiënt (bijv. röntgenfoto's)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 e. Vraagt U zelf de verwijzer om deze belangrijke informatie, indien U dit nodig vindt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 f. Vindt U het wenselijk dat er regelmatig overleg is met huisartsen of medisch specialisten over patiënten die door hen zijn verwezen?	<input type="radio"/> Nee		<input type="radio"/> Ja		
Zo ja, hoe vaak moet dit overleg dan plaatshebben? (U kunt één mogelijkheid aankruisen)		<input type="radio"/>	Ongeveer 1 keer per week		
		<input type="radio"/>	Ongeveer 1 keer per 2 weken		
		<input type="radio"/>	Ongeveer 1 keer per maand		
		<input type="radio"/>	Ongeveer 1 keer per 2 maanden		

De vragen 37 a t/m d hebben betrekking op fase na de behandelperiode.

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
37 a. Indien U een huisarts verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 b. Indien U een medisch specialist verzoekt om de behandeling te vervolgen, wordt dit verzoek dan gehonoreerd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 c. Rapporteert U aan de verwijzer over het behandelresultaat aan het einde van de vastgestelde behandelperiode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien U (bijna) nooit rapporteert, wat is hiervoor dan de reden?					
.....					
.....					
37 d. In welke vorm vindt de eindrapportage plaats?	<input type="radio"/> Mondeling <input type="radio"/> Schriftelijk <input type="radio"/> Beide				

De vragen 38 a t/m c hebben betrekking op de communicatie in het algemeen.

	(bijna) nooit		(ongeveer) de helft		(bijna) altijd
38 a. Komt de terminologie die door U en door de verwijzers wordt gehanteerd overeen (m.a.w. bestaat er een "uniforme nomenclatuur")?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 b. Vindt U dat de communicatie tussen U en huisartsen goed verloopt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 c. Vindt U dat de communicatie tussen U en medisch specialisten goed verloopt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALGEMENE VRAGEN BETREFFENDE DE BEROEPSUITOEFENING

Wilt u bij de beantwoording van **alle** volgende vragen uitgaan van de werkplek waar u het **meeste aantal uren** als oefentherapeut-Cesar werkzaam bent.

Hieronder worden een aantal aspecten genoemd die kunnen worden gezien als een onderdeel van het dagelijkse werk van de oefentherapeut-Cesar. In hoeverre voert u deze activiteiten daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uit?

(Uw antwoord kunt U aangeven op een vijfpuntsschaal: doe ik nooit .. doe ik zeer vaak)

	doe ik nooit			doe ik zeer vaak	
39. De patiënt voorlichten over de methode en handelwijze van de oefentherapeut-Cesar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. De problemen van de patiënt inventariseren d.m.v. anamnese en onderzoek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. De behoeften van de patiënt inventariseren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. De patiënt informeren over het behandelplan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. De patiënt voorlichten over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van de klacht te voorkomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Bepalen welke psychische/psycho-sociale achtergronden van de patiënt van invloed zijn en deze betrekken bij de opstelling van het behandelplan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Contact opnemen met de verwijzer bij onduidelijke cq. onvollende vraagstelling naar oefentherapeutische behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Overleggen met de arts bij wijziging van de doelstelling van de behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	doe ik nooit		doe ik zeer vaak		
48. De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. De verwijzend arts informeren over het verloop van de behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Het uitbrengen van een evaluatief verslag aan de verwijzend arts over het resultaat van de behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. De zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren en motiveren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Een deugdelijke registratie van patiënten en hun behandelingen bijhouden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega-oefentherapeuten (bijv. intercollegiale toetsing).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Het evalueren van de totale behandeling met patiënten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg, zoals schoolartsen, sportartsen en bedrijfsartsen, over het werkterrein en de werkwijze van de oefentherapeut-Cesar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Deelnemen aan nascholingscursussen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Deelnemen aan congressen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De vragen 59 t/m 62 vult U in indien u werkzaam bent in een setting waarbij in een multidisciplinair verband wordt samengewerkt (bijv. een instelling, gezondheidscentrum)

	doe ik nooit			doe ik zeer vaak	
59. Overleggen met andere hulpverleners bij het vaststellen van het behandelplan, zoals:					
- medisch specialist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- fysiotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Geven van informatie en instructie aan andere zorgverleners over de behandeling van de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Gebruik maken van informatie van andere zorgverleners omtrent de behandeling van de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Deelnemen aan interdisciplinair overleg bij het samenwerken met andere zorgverleners.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OORDEEL OVER DE KENNIS VAN VERWIJZERS BETREFFENDE OEFENTHERAPIE-CESAR

Indien een vraag niet van toepassing is op Uw werksituatie (U heeft bijvoorbeeld geen (verwijs)relatie met huisartsen en/of medisch specialisten) kunt U dit aangeven.

	(bijna) nooit				zeer vaak
63 a. Vragen huisartsen U om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van de oefentherapie-Cesar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				
b. Vragen medisch specialisten U om inhoudelijke informatie over de behandelingsmogelijkheden van de oefentherapie-Cesar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				
64 a. Gebeurt het dat huisartsen een patiënt verwijzen voor wie naar Uw mening geen oefentherapie-Cesar geïndiceerd is?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				
b. Gebeurt het dat medisch specialisten een patiënt verwijzen voor wie naar Uw mening geen oefentherapie-Cesar geïndiceerd is?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				
65 a. Hebben huisartsen in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Cesar geïndiceerd is?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				
b. Hebben medisch specialisten in het algemeen een goed idee voor welke patiënten oefentherapie-Cesar geïndiceerd is?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Niet van toepassing				

BIJLAGE B: REGISTRATIE FORMULIER OEFENTHERAPIE⁶

⁶ De bijlage bestaat uit het registratieformulier oefentherapie-Cesar, het registratieformulier oefentherapie-Mensendieck is identiek.



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Registratieformulier oefentherapie Cesar

Indien u vragen heeft over het registratieformulier kunt u contact opnemen met Marc van Gisbergen, Tel . 030 - 319946

GEGEVENS PATIËNT

Nr. patiënt C

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Geslacht:

Wanneer de behandeling van de patiënt is beëindigd scheurt U dit blad af en voegt U het bij het dossier of de patiëntstatus van de patiënt. Op deze wijze kan worden achterhaald op welke patiënt het formulier betrekking heeft, mochten er gegevens ontbreken.

ALGEMENE GEGEVENS

Nr. patiënt C
Nr. therapeut(e) C
Datum registratie (1e contact) - - 19.....

PATIËNTGEGEVENS

Personalia

Geboortedatum: - -

Geslacht: Man
 Vrouw

Verzekering: Ziekenfonds
 Particulier
 Geen

Woonvorm tijdens behandelperiode

- Thuiswonend
 - Idem, woning met speciale voorzieningen
 - Verzorgingstehuis/bejaardenhuis
 - Verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg
 - Revalidatiecentrum, ziekenhuis
 - Beschermende woonvorm
 - Anders, te weten:
-

Leefsituatie

Alleenstaand

Samenwonend met:

- Ouder(s)
 - Kind(eren)
 - Partner/echtgenoot
 - Ander(en)
-

ALGEMENE GEGEVENS

Opleiding (hoogst voltooide opleiding of huidige opleiding)

- Geen
 - Speciaal onderwijs
 - Lager onderwijs
 - Lagere beroepsopleiding
 - MAVO
 - Middelbare beroepsopleiding
 - HAVO/MULO/MMS
 - VWO/Gymnasium/HBS
 - Hogere beroepsopleiding
 - Universiteit
-

Beroep

Oefent de patiënt een beroep uit?

Ja, namelijk

- Scholier/student
- Huishoudelijk (huisvrouw)
- Zittend beroep, fysiek licht
- Zittend beroep, fysiek zwaar
- Staand beroep, fysiek licht
- Staand beroep, fysiek zwaar
- Overige beroepen:

Nee, namelijk

- AOW/VUT/Pensioen
 - Werkloos
 - Arbeidsongeschikt
 - Anders, te weten:
-

VERWIJSGEGEVENS

Verwijsdatum: - - 19.....

Verwijzer

- Huisarts
 - Medisch specialist: (specialisme)
 - Aanmelder (geen arts):
 - Eigen initiatief (geen verwijzer/aanmelder)
-

Verwijsindicatie(s), zoals door de verwijzer omschreven:

.....
.....
.....

ALGEMENE GEGEVENS

Behandelaanbod, zoals door de verwijzer gegeven:

.....
.....
.....

Heeft de verwijzer voorgeschreven hoeveel behandelingen de patiënt krijgt en wat de frequentie is?

Aantal behandelingen:

Frequentie: (aantal behandelingen per week)

Klacht(en) van de patiënt, in diens eigen bewoordingen:

-
-
-
-

(Onderstreep de hoofdklacht indien de patiënt meerdere klachten heeft)

Patiënt is recent behandeld voor dezelfde klacht(en) door:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Huisarts | <input type="radio"/> Medisch specialist |
| <input type="radio"/> Fysiotherapeut | <input type="radio"/> Oefentherapeut-Cesar |
| <input type="radio"/> Podotherapeut | <input type="radio"/> Oefentherapeut-Mensendieck |
| <input type="radio"/> Ergotherapeut | <input type="radio"/> Psycholoog |
| <input type="radio"/> Psychiater | <input type="radio"/> Logopedist |
| <input type="radio"/> Ander, te weten: | |

Andere (niet-medische) hulpverlening vóór behandeling/opname:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Huishoudelijke hulp | <input type="radio"/> Gezinshulp/gezinsverzorging |
| <input type="radio"/> Wijkverpleging/zorg | <input type="radio"/> Maatschappelijk werk |
| <input type="radio"/> Anders, te weten: | |

OEFENTHERAPIE CESAR DIAGNOSE

Lokalisatie

1 hoofd en nek	6 bovenrug	11 enkel
2 schouder	7 onderrug	12 voet
3 arm	8 bekkengebied	13 tenen
4 pols, hand en vingers	9 heup en dijbeen	14 niet gespecificeerd
5 borst en buik	10 knie en onderbeen	

STOORNIS

Iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie.

	Lokalisatie
Stoornissen van het bewegingsapparaat	
- Kyfose	<input type="radio"/>
- Lordose	<input type="radio"/>
- Scoliose	<input type="radio"/>
- Andere stoornis lichaamshouding:	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>
- Bekkenscheefstand/-torsie	<input type="radio"/>
- Verminderde bewegingsuitslag	<input type="radio"/>
- Hypermobiliteit	<input type="radio"/>
- Gangstoornis (afwijkend looppatroon)	<input type="radio"/>
- Stoornis in de spierkracht	<input type="radio"/>
- Afwijkende spierlengte	<input type="radio"/>
- Afwijkende rustonus musculatuur	<input type="radio"/>
- Stoornis in de coördinatie	<input type="radio"/>
- Overgewicht	<input type="radio"/>
Algemene stoornissen	
- Pijn	<input type="radio"/>
- Doof gevoel incl. paraesthesieën	<input type="radio"/>
- Vermoeidheid	<input type="radio"/>
- Stoornis van de proprioceptie	<input type="radio"/>
Inwendige stoornis	
- Doorbloedingsstoornis/circulatiestoornis	<input type="radio"/>
- Kortademigheid	<input type="radio"/>
- Hyperventilatie	<input type="radio"/>
- CARA	<input type="radio"/>
- Overige ademhalingsstoornissen:	<input type="radio"/>
Psychologische stoornissen	
- Stoornis in de psychomotoriek (vertraging/agitatie/tics)	<input type="radio"/>
- Stoornis in het slapen	<input type="radio"/>
- Stoornis in concentratie	<input type="radio"/>
- Duizeligheid	<input type="radio"/>
- Overige stoornissen:	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>

OEFENTHERAPIE CESAR DIAGNOSE

Ernst beperking

- 0 = De persoon is in staat activiteiten zelfstandig uit te voeren, zonder hulp en/of hulpmiddelen.
1 = De persoon is in staat activiteiten zelfstandig uit te voeren, zij het met enige hulp van anderen of hulpmiddelen (bijv. rolstoel, aanpassingen, prothesen)
2 = De persoon is niet in staat activiteiten zelfstandig uit te voeren.
-

BEPERKING

Iedere vermindering of afwezigheid van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering.

	Ernst beperking		
	0	1	2
Beperkingen in het voortbewegen (mobiliteit)			
- Lopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Traplopen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Fietsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden			
- Verandering van de lichaamshouding (o.a. gaan liggen, gaan zitten, gaan staan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- (Op)tillen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bukken (alle vormen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Pakken/reiken en grijpen/vasthouden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lange tijd zitten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lange tijd staan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Evenwicht bewaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situationele beperkingen			
- Uithoudingsvermogen/conditie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beperkingen in andere activiteiten (sociale activiteiten)			
- Huishoudelijke bezigheden (bijv. wassen, stofzuigen, maaltijden bereiden, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Beroepsuitoefening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sportbeoefening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hobby (bijv. mentale activiteiten of beeldende en vormende activiteiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BEHANDELINGSGEGEVENS

DIT DEEL INVULLEN BIJ AANVANG VAN DE BEHANDELING

Wat is (zijn) Uw belangrijkste **behandeldoel(en)** bij aanvang van de behandeling?
(U mag maximaal 5 behandeldoelen aankruisen)

- Doen afnemen van pijnklachten
 - Doen afnemen van vermoeidheidsklachten
 - Verbeteren van de lichaamshouding
 - Verbeteren van de sensomotoriek
 - Verbeteren van het adempatroon
 - Verbeteren van lichamelijke ontspanning
 - Verbeteren van ontspanning van spiergroepen
 - Vergroten van de spierkracht
 - Verbeteren van beperkingen in het voortbewegen
 - Verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden
 - Verbeteren van situationele beperkingen
 - Inzicht verschaffen in klachtenproblematiek
 - Optimaal gezondheidsgedrag/preventie
 - Anders, te weten:
 -
-

BEHANDELINGSGEGEVENS

DIT DEEL INVULLEN BIJ BEËINDIGING VAN DE BEHANDELING

Einddatum behandeling: - - 19

Hoeveel behandelingen heeft U gegeven?

Aantal behandelingen:

Frequentie: (aantal behandelingen per week)

Reden voor beëindiging van de behandeling?

- Gunstig resultaat bereikt
 - (Te) gering resultaat bereikt
 - Toename klachten
 - Voortzetting door andere therapie-/behandelvorm
 - Gestaaft door patiënt
 - Gestaaft door verwijzer
 - Anders, te weten:
-

Heeft U de patiënt aan huis behandeld?

- Nee
- Ja, (aantal behandelingen aan huis)

Indien ja, omschrijf de reden:

.....
.....
.....

Indien de behandeling in een instelling (tweedelijfn/derdelijfn) heeft plaatsgevonden, is de patiënt:

- Klinisch behandeld
 - Poliklinisch behandeld
-

BEHANDELINGSGEGEVENS

Op welke van de onderstaande aspecten heeft het **accent** van Uw behandeling/oefenprogramma gelegen?

(U kunt maximaal drie vormen aankruisen)

- Pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen
- Oefeningen gericht op mobiliseren
- Ademhalingsoefeningen
- Ontspanningsoefeningen
- Oefeningen gericht op spierversterking
- ADL-oefeningen
- Sensomotorische training
- Voorlichting m.b.t. klachtenproblematiek
- Adviezen: klachtengericht
- Anders, te weten:
-

In hoeverre heeft U Uw **behandeldoel** bereikt?

(Wilt U het behandeldoel dat U bij aanvang van de behandeling heeft gekozen in de linkerkolom aankruisen en s.v.p. aangeven op de vijfpuntsschaal in de rechterkolom in hoeverre U dit behandeldoel heeft bereikt)

	geheel niet		geheel		
	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> Doen afnemen van pijnklachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Doen afnemen van vermoeidheidsklachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van de lichaamshouding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van de sensomotoriek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van het adempatroon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van lichamelijke ontspanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van ontspanning van spiergroepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Vergroten van de spierkracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verbeteren van situationele beperkingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Inzicht verschaffen in klachtenproblematiek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Optimaal gezondheidsgedrag/preventie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Anders, te weten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>