

# 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'.

DOOR: WALTER ZUIJDERDUIN EN JOOST DEKKER



Joost Dekker

Walter Zuiderduin

## 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'<sup>1</sup>. 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

<sup>1</sup> Het Ministerie van WVC heeft een commissie ingesteld die de uitvoering van dit project begeleidde. De Geneeskundige Hoofdingspectie 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.

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:

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

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 in 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 I 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.

## 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 Hoofdingspectie (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 onbetelbare 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

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

enquêtes	registraties
<p>Gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- algemene kenmerken</li> <li>  beroepsgroep 1a, 1b</li> <li>- werksituatie 1a, 1b</li> <li>- taakuitoefening 1a, 1b</li> <li>- bijhouden en uitbreiden deskundigheden 1a, 1b</li> <li>- het aantal patiënten 2a, 2b</li> <li>- verwijzers en aanmelders 2a, 2b</li> <li>- het contact met verwijzers 2a, 2b</li> </ul> <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>Gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interbeoordelaars betrouwbaarheid<sup>3</sup></li> <li>- kenmerken patiënten<sup>4</sup></li> <li>- verwijskenmerken (verwijzer, verwijsdiagnose)<sup>4</sup></li> <li>- stoornissen en beperkingen<sup>4</sup></li> <li>- aantal zittingen en duur behandeling<sup>5</sup></li> <li>- behandeldoelen<sup>5</sup></li> <li>- behandelvormen<sup>5</sup></li> <li>- de relatie tussen behandeldoelen en behandelvormen<sup>5</sup></li> <li>- beoordeling resultaat van de behandeling<sup>5</sup></li> </ul> <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.</p> <p>5) Treatment goals and treatment in exercise therapy.</p>

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

**Werksituatie**

Tabel 2 geeft een overzicht van het soort praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam waren. Vrijwel alle oefentherapeuten

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.

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.

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

**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

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

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.

#### 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).

Het aantal verwijzers waar oefenthe-

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.

rapeuten-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 eenzelfde 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.

### 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-Mensen-

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

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

dieck.

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.

### 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.

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 psy-

Tabel 8: Stoornissen\*

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

chologische 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 sta-

tistische 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.

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 beperking van het uithoudingsvermogen vaker geregistreerd dan bij oefentherapie-Mensen-

dieck.

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.

### De behandelperiode en het aantal zittingen

Gemiddeld bestond de behandeling van een patiënt uit 14-15 zittingen. De behandelperiode (het aantal weken

Tabel 9: De samenhang tussen stoornissen\*.

Cesar\*\*  
(N=1020)

dimensie 1	dimensie 2	dimensie 3	dimensie 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- stoornissen van de lichaamshouding</li> <li>- stoornissen van de bewegingsuitslag</li> <li>- stoornissen spierlengte en tonus</li> <li>- stoornis in de spierkracht</li> <li>- pijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychologische stoornissen</li> <li>- algemene stoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sensorische stoornissen</li> </ul>

Mensendieck\*\*\*  
(N=1088)

dimensie 1	dimensie 2	dimensie 3	dimensie 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- stoornissen van de bewegingsuitslag</li> <li>- stoornissen spierlengte en tonus</li> <li>- pijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychologische stoornissen</li> <li>- algemene stoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen</li> <li>- stoornis in de spierkracht</li> </ul>	

\*) 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).

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 oefenthera-

pie-Cesar het vergroten van de spierkracht en bij oefentherapie-Mensendieck het verbeteren van de ontspanning van spiergroepen het

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.

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/houdingsoefeningen als de behandeldoelen het verbeteren van de lichaamshouding en of het doen afnemen pijnklachten 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 spierversterking 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

Tabel 10: Beperkingen\*

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
<b>Beperkingen in het voortbewegen</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
Lopen	9	10
Traplopen	9	8
Fietsen	9	8
<b>Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
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
<b>Beperking uithoudingsvermogen</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
<b>Beperkingen in sociale activiteiten</b>	<b>33</b>	<b>34</b>
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.



Tabel 11: Behandeldoelen.

	Cesar (N=1020)	Mensendieck (N=1088)
	%	%
<b>behandeldoel:</b>		
- 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)
	%	%
<b>accent:</b>		
- 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

training alleen een significante relatie met het verbeteren van de sensomotoriek.

#### 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.<sup>2</sup> Wij zullen bij de bespreking van de vijf bevindingen

Tabel 13a: De relatie tussen behandeldoelen en accenten van de behandeling. Cesar (N=1020)

behandeldoelen	accent
- verbeteren van de lichaamshouding - doen afnemen van pijnklachten	- pijnbestrijdingstechnieken/ houdingsoefeningen
- verbeteren van de ontspanning van spiergroepen - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	- oefeningen gericht op het mobiliseren
- verbeteren van het adempatroon - verbeteren van de lichamelijke ontspanning	- ademhalingsoefeningen
- verbeteren van de ontspanning - verbeteren van de lichamelijke ontspanning - verbeteren van het adempatroon	- ontspanningsoefeningen
- vergroten van de spierkracht - verbeteren van de lichaamshouding	- oefeningen gericht op spier- van spiergroepenversterking
- verbeteren van de lichaamshouding - vergroten van de spierkracht - doen afnemen van pijnklachten - verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	- ADL-oefeningen
- verbeteren van de sensomotoriek	- sensomotorische training
- het informeren van de patiënt	- voorlichting/advies

gen de relatie met het beleid en met andere onderzoekingen 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

<sup>2</sup> Het gaat om onderzoek op het gebied van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en podotherapie. Al deze onderzoekingen zijn, evenals het onderzoek naar oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck uitgevoerd bij het NIVEL.

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 benoe-

men 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 tot dergelijke activiteiten. Daarbij dient direct opgemerkt te 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). Met andere woorden het gebruik van deze terminologie lijkt tot een eenheid van taal te leiden. Ter bevordering van de communicatie tussen beroepsbeoefenaars 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).

Tabel 13b: De relatie tussen behandeldoelen en accenten van de behandeling. Mensendieck (N=1088)

behandeldoelen	accent
- verbeteren van de lichaamshouding	- pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen
- doen afnemen van pijnklachten	
- doen afnemen van pijnklachten	- oefeningen gericht op het mobiliseren
- verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	
- verbeteren van uithoudingsvermogen	
- verbeteren van het adempatroon	ademhalingsoefeningen
- verbeteren van de lichamelijke ontspanning	
- verbeteren van uithoudingsvermogen	
- verbeteren van de ontspanning van spiergroepen	- ontspanningsoefeningen
- verbeteren van de lichamelijke ontspanning	
- vergroten van de spierkracht	- oefeningen gericht op spierversterking
- verbeteren van de lichaamshouding	
- overige behandeldoelen	
- verbeteren van de lichaamshouding	- sensomotorische training
- doen afnemen van pijnklachten	
- verbeteren van de lichaamshouding	- sensomotorische training
- verbeteren van de sensomotoriek	
- verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	
- verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden	
- verbeteren van beperkingen uithoudingsvermogen	
- verbeteren van het adempatroon	- voorlichting/advies
- doen afnemen van pijnklachten	
- het informeren van de patiënt	

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 toepas-

sen 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 ICIDH 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 hou-

ding 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 sensorische 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 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 metho-

dische 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, Gijsbers EKW. *Oefentherapie Mensendieck en oefentherapie-Cesar: het beïnvloeden van houdings- en bewegings gewoonten bij pijn*. In: Matti H, Menges LJ, Spierdijk J, editors. *Pijninformatorium 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 ICIDH in survey research on rehabilitation care: the emergence of the functional diagnosis*. Geaccepteerd voor publikatie 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, e.a. J. *Rapport 1e fase onderzoek en 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, Laker-veld-Heyl K, Minschner-van Ravensberg, CD. *Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICIDH*. 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.

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

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

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

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

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

Zuijderduin WM, Dekker J. *De relatie*

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

**NIVEL**

Correspondentie naar:  
Walter Zijderduin  
nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 BN utrecht  
telefoon 030 - 319946  
fax 030 - 319290

**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**  
**MENSENDIECK**