Oefentherapie-Mensendieck in Nederland: een overzicht

Onlangs is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de 'Pilot landelijke informatievoorziening paramedische zorg' gestart. In dit project zal de behoefte aan informatie over paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden onderzocht hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.
Als voorbereiding op dit onderzoek is, eveneens in opdracht van het Ministerie van VWS, door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL het 'Brancherapport paramedische zorg' geschreven. Het Brancherapport paramedische zorg heeft tot doel een toegankelijk en geïntegreerd overzicht te bieden van de momenteel beschikbare informatie over de paramedische sector.

Door: C.M. van Heugten, P.M. Rijken & J. Dekker

Inleiding
et rapport heeft betrekking op de gehele paramedische sector, dat wil zeggen de intra- en extramurale zorg verleend door de tien paramedische beroepsgroepen: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Per beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan bod:
- omschrijving van het beroep;
- regulering, financiering en kosten;
- aanbod van zorg;
- vraag naar zorg;
- kwaliteitsbeleid en onderzoek naar doelmatigheid van zorg;
- ontwikkelingen en knelpunten in de zorg.

Dit artikel is een weergave van een van de hoofdstukken van het Brancherapport; het bevat een beschrijving van de beschikbare informatie over de diëtetiek.

Methode
Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de momenteel beschikbare informatie (tot februari 1996); er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Het betreft informatie van het Ministerie van VWS, de Ziekenfondsraad, VEKTIS, het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), de paramedische beroepsverenigingen, het Nederlands Paramedisch Instituut, de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (NIVEL, NZi en OSA), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het NIVEL. Het betreft zowel incidenteel als continu verzamelde informatie. Deze bronnen bevatten echter niet voor alle beroepsgroepen relevante informatie. Hierdoor ontbreekt bij sommige beroepsgroepen informatie over de genoemde onderwerpen. Het signaleren van dergelijke lacunes is belangrijk als uitgangspunt voor de Pilot landelijke informatievoorziening paramedische zorg. Voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde onderzoeksmethode wordt hier verwezen naar het Brancherapport paramedische zorg (Rijken, Van Heugten & Dekker, 1996).

In dit artikel wordt uitgegaan van een tweedeling in de gezondheidszorg: intramurale gezondheidszorg en extramurale gezondheidszorg. Onder intramurale gezondheidszorg wordt verstaan die zorg die wordt verleend binnen het gebouw van de betrokken instelling. Dit betekent dat zowel de klinische als de poliklinische zorg als intramuraal wordt beschouwd. De extramurale gezondheidszorg betreft die zorg die buiten de muren van de instelling wordt verleend. Het betreft hier zowel de zorg die wordt verleend in de (vrijgevestigde) praktijk van de beroepsbeoefenaar als de zorg die wordt verleend bij de patiënt thuis. Onder de extramurale gezondheidszorg wordt ook de basisgezondheidszorg, zoals gezondheidsdiensten en kruiswerk, gerekend. Naast deze tweedeling in de zorg wordt decategorie 'overig' onderscheiden. Dit betreft beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het onderwijs, bij de overheid of in het bedrijfsleven.
In sommige van de door ons gebruikte bronnen wordt een andere indeling gehanteerd. Indien de gebruikte indeling afwijkt van de bovengenoemde is dit in de tekst expliciet vermeld.

Resultaten
Korte omschrijving van het beroep
Oefentherapie-Mensendieck is een vorm van oefentherapie gericht op herstel of correctie van afwijkingen in houding en beweging en op het bevorderen van gezond bewegingsgedrag. Oefentherapie-Mensendieck wordt uitgeoefend op verwijzing van een de praktijk uitoefenend geneeskundige. De oefentherapie heeft een geneeskundig doel. Onder de uitoefening van het beroep van oefentherapeut-Mensendieck wordt het volgende verstaan (Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1993):

1) Het verbeteren van individuele houdings- en bewegingsmogelijkheden door middel van het toepassen van de oefentherapie volgens de methode Mensendieck, waarbij bewustmaking van en inzicht krijgen in het eigen houdings- en bewegingsapparaat centraal staat alsmede bevordering van gezond bewegingsgedrag.
2) Voorlichten, adviseren en begeleiden van diverse doelgroepen volgens de methode Mensendieck ter voorkoming van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

De methode Mensendieck had aanvankelijk uitsluitend een preventief karakter (lichamelijke opvoeding met een esthetisch doel). Vanaf de jaren twintig wordt de methode Mensendieck ook curatief toegepast voor het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat.

Taken van de oefentherapeut-Mensendieck
Het doel van oefentherapie-Mensendieck is het aanleren van een nieuw (gezond) bewegingspatroon. De therapie is gericht op training van motorische vaardigheden en training van sensomotorische coördinatie. Deze training verloopt in drie fasen, de cognitieve fase, de associatieve fase en de autonome fase. In deze laatste fase worden de bewegingsvaardigheden gekoppeld aan het uitvoeren van dagelijkse handelingen met als doel gewoontevorming te laten ontstaan. Tijdens de oefentherapie wordt onder andere gebruik gemaakt van:
- Mondelinge instructie en begeleiding
- Oefenen met behulp van spiegels
- Het bevorderen van proprioceptieve feedback
- Aandacht voor de totale statiek
- Het reguleren van de ademhaling
- Het regelmatig invoegen van ontspanning
- Het aanpassen van het oefenprogramma.

Het vertrek- en eindpunt van een oefentherapeutische behandeling zijn de dagelijkse handelingen van de patiënt.

In de taken van de oefentherapeut-Mensendieck wordt onderscheid gemaakt in 1) taken ten aanzien van het verlenen van zorg en 2) taken ten aanzien van het verstrekken van preventieve zorg.

1. Verlenen van zorg:
   Na analyse van de medische diagnose, anamnese en onderzoek formuleert de oefentherapeut een werkdiagnose. Vervolgens wordt het behandeldoel vastgesteld en het behandelplan gemaakt. Dit gebeurt in overleg met de patiënt. Het behandelplan bestaat uit een individueel aangepast oefenprogramma dat in een aantal zittingen wordt uitgevoerd. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan secundaire preventie.
   Er wordt contact onderhouden met de verwijzer.
   De taken in elke fase zijn gedetailleerd in het beroepsprofiel van de oefentherapeut-Mensendieck geëxpliciteerd.
2. Preventieve zorg:
   Onder het verstrekken van preventieve zorg wordt verstaan het voorlichten, adviseren en begeleiden van de cliënt (al dan niet in groepsverband) op basis van de methode Mensendieck. Na analyse van de vraag om preventie en de factoren die ten grondslag liggen aan een potentieel gezondheidsprobleem, formuleert de oefentherapeut een doelstelling. Vervolgens wordt een oefenprogramma samengesteld en uitgevoerd.

Vormen van oefentherapie-Mensendieck c.q. zorgprodukten
De oefentherapie-Mensendieck kan in individueel verband of in groepsverband worden gegeven. Therapie wordt slechts individueel gegeven; preventieve activiteiten worden ook in groepsverband aangeboden. Zoals hierboven is beschreven kan de therapie zowel een curatieve als een preventieve toepassing hebben. De therapie wordt ook uit palliatief oogpunt toegepast.
Preventieve toepassingen zijn te vinden in zwangerschapsbegeleiding, basisonderwijs en bedrijfsleven.
Preventieve en curatieve toepassingen zijn te vinden in de eerstelijnsgezondheidszorg (de eigen praktijk), de ouderenzorg, in revalidatiecentra, bij oefentherapie voor musici en in sport en dans.
Preventieve, curatieve èn palliatieve toepassingen vinden plaats in ziekenhuizen, verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg en de psychiatrie (Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1993).

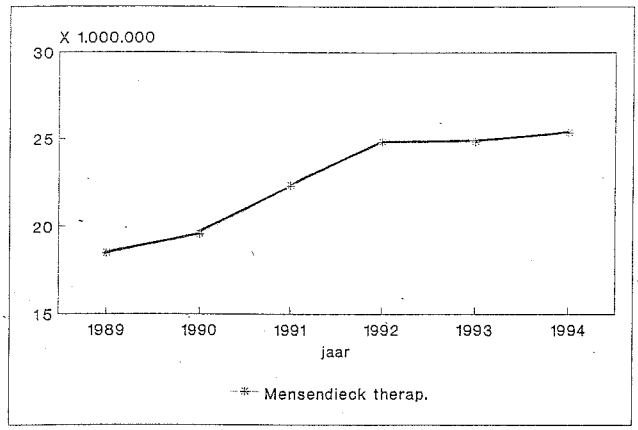
Regulering en financiering
Wettelijk kader
Het beroep van oefentherapeut-Mensendieck werd op 18 maart 1972 wettelijk erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Besluit oefentherapeuten-Mensendieck (Stb. 224), laatstelijk gewijzigd op 21 februari 1994 (Stb. 188). Een centraal element in de wettelijke regeling is de verplichte verwijzing door een arts: de oefentherapeut-Mensendieck behandelt 'ingevolge verwijzing door een de praktijk uitoefenend geneeskundige'. De laatstgenoemde wijziging betrof de regelgeving van een aantal paramedische beroepen, gericht op vermindering van gedetailleerde regelgeving. De opleidingen wordt op deze wijze een grotere beleidsvrijheid gegeven.
De bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen zullen vervallen met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van oefentherapeut-Mensendieck waarschijnlijk geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34).

In het kader van de concept-amvb heeft de minister voorgesteld de nauw met elkaar verwante beroepen van oefentherapeut-Cesar en oefentherapeut-Mensendieck als een beroep met een titel te regelen: de oefentherapeut. De huidige opleidingen en diploma's blijven bestaan. In het deskundigheidsgebied en de opleidingseisen worden de bewegingsleer Cesar en de methode Mensendieck afzonderlijk vermeld. De oefentherapeut is deskundig om op verwijzing van een arts te werken op het huidige bevoegdheidsterrein en om zelfstandig, dus zonder verwijzing, met een preventief doel te behandelen of te adviseren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995a).
De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden.

Tabel 1: De maximaal door oefentherapeuten-Mensendieck in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996

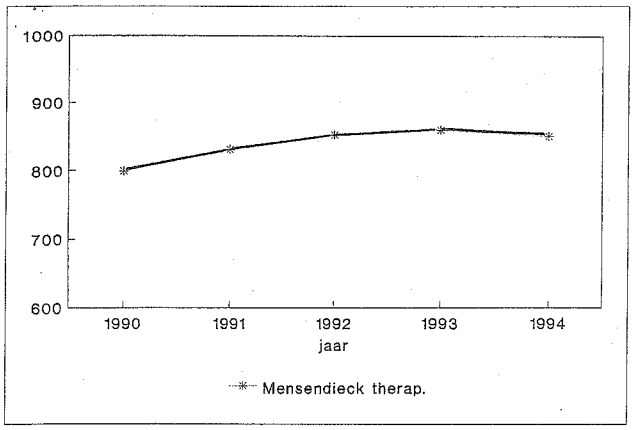
Omschrijving	Tarief	+ Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1997
Per behandeling 'ten huize' van de oefentherapeut(e) of zijn/haar praktijkadres	*f* 34,95	*f* 0,05
Per behandeling 'ten huize' van de patiënt(e) of in een inrichting waar de patiënt(e) verblijft	*f* 58,35	*f* 0,30

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1996.



Figuur 1:Ontwikkeling in kosten van oefentherapie-Mensendieck over de periode 1989 - 1994. Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

Financiering
In 1974 is de oefentherapie-Mensendieck opgenomen in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. In vrijgevestigde praktijken worden oefentherapeuten betaald door het ziekenfonds, nadat voor behandeling van de patiënt een machtiging verkregen is. Particulier verzekerde patiënten betalen de oefentherapie eerst zelf en krijgen de behandeling vervolgens vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In ziekenhuizen en instellingen vormen de kosten van behandeling door de oefentherapeut-Mensendieck onderdeel van de kosten per opnamedag. De oefentherapeuten zijn in dienst van de instelling.
De tarieven voor oefentherapie-Mensendieck staan vermeld in tabel 1
Met ingang van 1 januari 1996 is een beperkende maatregel ingevoerd met betrekking tot de vergoeding van oefentherapie-Mensendieck. Deze maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten voor oefentherapie-Mensendieck (en -Cesar) in de ZFW-sector. De beperking heeft voornamelijk betrekking op het aantal zittingen dat wordt vergoed: elke verzekerde heeft vanaf 1 januari 1996, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist, recht op maximaal 9 zittingen oefentherapie-Mensendieck per indicatie per jaar. Indien daartoe geïndiceerd, heeft de verzekerde recht op nog eens maximaal 9 zittingen, indien daartoe voorafgaand schriftelijke toestemming is verkregen van de verzekeraar. De verzekerde heeft recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar indien er sprake is van een chronische aandoening, die is opgenomen op de lijst 'Indicaties voor langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie', indien daartoe voorafgaand schriftelijk toestemming is verkregen van de verzekeraar.



Figuur 2: Ontwikkeling van het aantal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck (1990 - 1994)
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

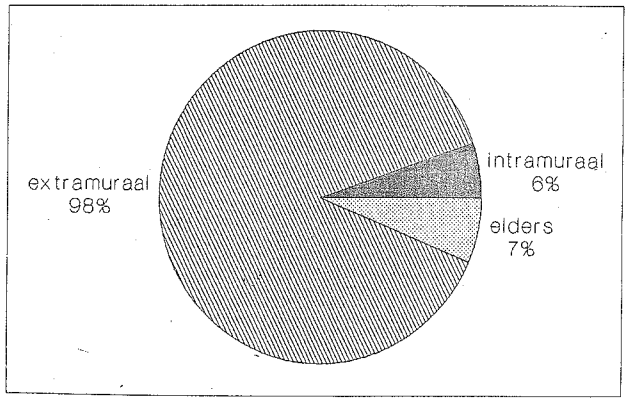
Kosten
De kosten van oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de ziekenfondsen bedroegen over 1994 in totaal *f* 25,4 miljoen. Dit is vergelijkbaar met de kosten van oefentherapie-Cesar (*f* 27 miljoen) en betreft ongeveer 3% van de totale kosten van paramedische hulp.
De kosten voor oefentherapie-Mensendieck zijn over de periode 1990-1994 met 24% toegenomen.
Het aantal behandelingen oefentherapie-Mensendieck is over de periode 1990-1994 toegenomen met zo'n 10%; dit is een kleinere stijging dan zichtbaar is bij de oefentherapie-Cesar (16%). De ontwikkeling in kosten van oefentherapie-Mensendieck is weergegeven in figuur 1.

Aanbod van oefentherapie-Mensendieck

Omvang van de beroepsgroep

Aantal oefentherapeuten-Mensendieck
Het aantal bevoegde oefentherapeuten-Mensendieck dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedroeg per 31 december 1994 in totaal 1.267 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Hiervan is bijna 4% van het mannelijk geslacht. Het aantal werkzame leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck bedroeg per 31 december 1994 in totaal 766. Het aantal werkzamen (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) bedraagt 851 (Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995). Het aantal beroepsbeoefenaren Mensendieck is van 1990 tot en met 1993 toegenomen en sindsdien weer iets gedaald. De ontwikkeling in het aantal beroepsbeoefenaren is weergegeven in figuur 2.

Werkveld
Oefentherapeuten-Mensendieck zijn werkzaam in verschillende sectoren in de gezondheidszorg. Het merendeel van de oefentherapeuten is werkzaam in de extramurale gezondheidszorg (98%), voornamelijk in een zelfstandige praktijk. De oefentherapeut is daarnaast werkzaam in de intramurale



Figuur 3: Relatieve verdeling van het belangrijkste werkveld van oefentherapeuten-Mensendieck (het totaal percentage is hoger dan 100% omdat therapeuten meer dan 1 werkplek kunnen hebben) Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Tabel 2: Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992.

Leeftijd	Vrouwen % (N=214)	Mannen % (N=11)	Totaal % (N=225)
<25	3,3	-	3,1
25-29	28,5	36,4	28,9
30-34	20,6	18,2	20,4
35-39	15,9	27,3	16,4
40-44	9,3	18,2	9,8
45-49	10,3	-	9,8
50-54	7,0	-	6,7
55-59	3,7	-	3,6
60-64	0,5	-	0,9
Totaal	100,0	100,0	100,0

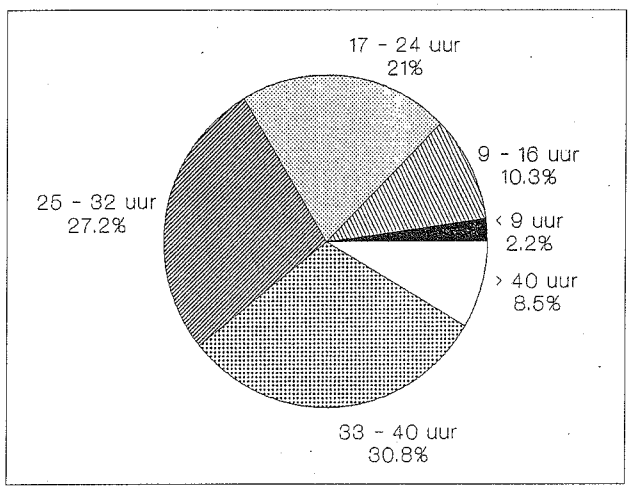
Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

gezondheidszorg (6%); dit betreft ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en dergelijke. Tenslotte is een klein deel van de oefentherapeuten-Mensendieck (7%) werkzaam in overige sectoren zoals onderwijs, buurthuizen en onderzoek. De verdeling naar werkveld is weergegeven in figuur 3.

Kenmerken van de beroepsgroep
Geslacht
De beroepsgroep van oefentherapeuten-Mensendieck bestaat vooral uit vrouwen: 96% is van het vrouwelijk geslacht.

Leeftijd
In tabel 2 is de relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht weergegeven. De groep werkzame oefentherapeuten-Mensendieck wordt in het algemeen gekenmerkt door een zeer jonge leeftijdsopbouw. Een ruime meerderheid (bijna 70%) is jonger dan 40 jaar. Het aandeel werkenden van 50 jaar en ouder bedraagt bijna 12%. De leeftijd van de mannelijke oefentherapeuten-Mensendieck varieert tussen de 25 en 45 jaar.

Uren per week naar functie
Uit tabel 3 blijkt dat het merendeel (58%) van de oefentherapeuten-Mensendieck tussen de 25 en 40 uur per week werkt. Slechts 8,5% werkt meer dan 40 uur per week. Vrouwen zijn gemiddeld bijna 29 uur per week werkzaam, terwijl het geringe aantal mannen gemiddeld 42 uur per week werkt.
De gemiddelde omvang van de werkweek is eveneens weergegeven in figuur 4 voor de totale groep werkzame oefentherapeuten-Mensendieck.



Figuur 4: Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck (1992)Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).

Tabel 3: Gemiddelde omvang van de werkweek van oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht in 1992

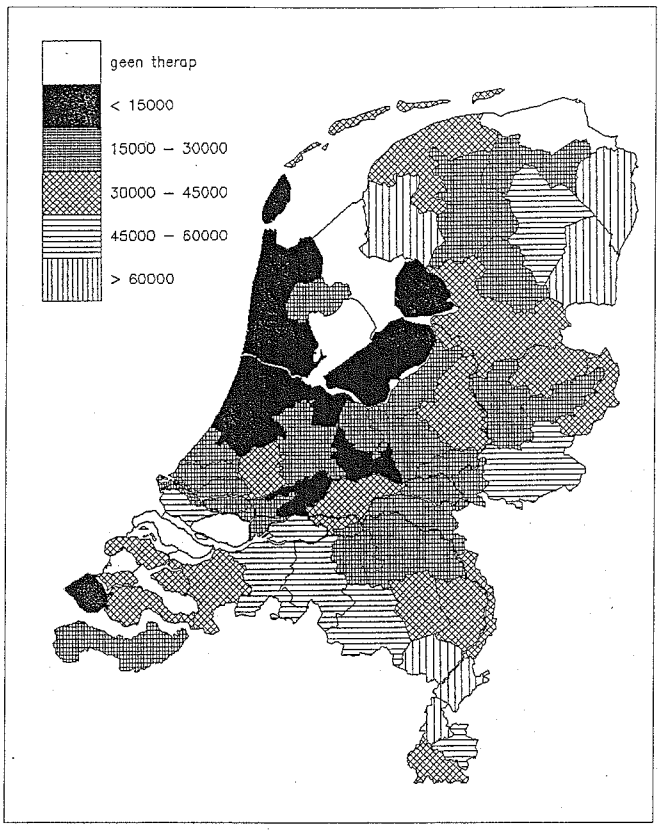
Aantal uren per week	Vrouwen abs	Vrouwen %	Mannen abs	Mannen %	Totaal abs	Totaal %
<9	5	2,3	-	-	5	2,2
9-16	23	10,7	-	-	23	10,3
17-24	47	22,0	-	-	47	21,0
25-32	61	28,5	-	-	61	27,2
33-40	62	29,0	7	70	69	30,8
>40	16	7,5	3	30	19	8,5
Totaal	214	100,0	10	100,0	224	100,0

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

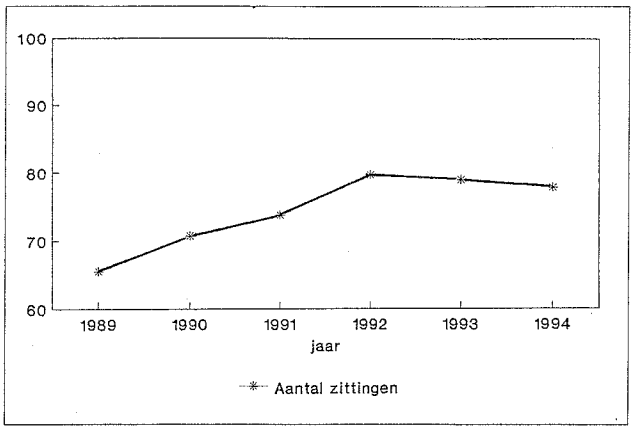
Spreiding van de beroepsbeoefenaren
Per 1 januari 1993 bedraagt het aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck 20.225 (tabel 4). Er zijn echter aanzienlijke regionale verschillen. In Noord-Holland bedraagt de dichtheid 8.942 inwoners per oefentherapeut, terwijl in Groningen het aantal inwoners per oefentherapeut 50.499 bedraagt.

Met name in Noord-Holland, Flevoland, grote delen van Zuid-Holland en Utrecht zijn de dichtheden het hoogst (figuur 5). De laagste dichtheden komen voor in het zuidelijk deel van Noord-Brabant, in Limburg en in het oosten en noorden van ons land.

Vraag naar oefentherapie-Mensendieck
De gegevens over de verwijzing (9.3.2), het gebruik van oefentherapie-Mensendieck (9.3.3), de kenmerken van patiënten (9.3.4), hun diagnose (9.3.5) en behandeling (9.3.6) zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994a).
In het kader van het functie en plaatsonderzoek is in de periode november



Figuur 5: Aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck per WGR-subregio per 1 januari 1992
Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.



Figuur 6: Aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per 1000 ziekenfondsverzekerden (1989 - 1994). Bron: Ziekenfondsraad, 1995.

1991 - januari 1992 een enquête afgenomen bij 240 oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam in Nederland. Het betrof een representatieve steekproef van zowel leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) als niet-leden (ingeschreven in het bestand van de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Daarnaast heeft een registratie plaatsgevonden van de consulten van 52 oefentherapeuten-Mensendieck met 1088 patiënten. Deze registratie vond plaats in de periode januari 1992 - maart 1993.

Volume van zorg

In 1993 bedroeg het aantal klinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar gezamenlijk 1,26 per 100 opnamen en het aantal poliklinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar 0,44 per 1000 polikliniekbezoeken in de **algemene** ziekenhuizen (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995b). In de **academische** ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische zittingen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar 3,35 per 100 opnamen en het aantal poliklinische zittingen 0,70 per 1000 polikliniekbezoeken (Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995a).

Het totaal aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck gedeclareerd bij de **ziekenfondsen** bedroeg in 1994 745.166. Per 1000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 77,8 zittingen oefentherapie-Mensendieck (Ziekenfondsraad, 1995). Tot 1992 steeg het aantal zittingen per 1000 ziekenfonds-

Tabel 4: Aantal inwoners per extramuraal werkende oefentherapeut-Mensendieck in eigen praktijk per provincie (1992)

Provincie	Aantal inwoners	Aantal extramuraal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck	Aantal inwoners per oefentherapeut-Mensendieck
Groningen	555.493	11	50.499
Friesland	601.688	18	33.427
Drenthe	445.666	9	49.518
Overijssel	1.032.212	30	34.407
Flevoland	232.222	19	12.222
Gelderland	1.828.184	72	25.391
Utrecht	1.037.163	61	17.003
Noord-Holland	2.423.503	271	8.942
Zuid-Holland	3.271.516	153	21.382
Zeeland	359.461	16	22.466
Noord-Brabant	2.225.866	64	34.779
Limburg	1.156.636	24	48.193
Nederland	15.128.610	748	20.225

Bron: Hingstman & Harmsen, 1994.

Tabel 5: Frequentieverdeling van het aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per behandeling (N=1088)

Aantal zittingen	Percentage behandelingen
1 - 5	6,5
6 - 10	25,5
11 - 15	34,2
16 - 20	18,6
21 - 30	11,6
31 - 50	3,2
≥ 51	0,4

Bron: Zuijderduin & Dekker (1994a).

verzekerden jaarlijks; sindsdien lijkt een lichte daling te zijn opgetreden. Deze trend is weergegeven in figuur 6

Gebruik van zorg

Omvang van behandeling

Uit het registratie-onderzoek blijkt dat het gemiddeld aantal zittingen per behandeling oefentherapie-Mensendieck 14,1 (standaarddeviatie 7,8) is. Tabel 5 geeft een frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling.

Uit de tabel blijkt dat de meeste behandelingen (ruim eenderde) uit 11 t/m 15 zittingen bestaan. Een kwart van de behandelingen bestaat uit 6 t/m 10 zittingen. Kortere of langere behandelingen komen ook voor.

Periode van behandeling

Patiënten behandeld door middel van oefentherapie-Mensendieck zijn gemiddeld 14,2 weken (standaarddeviatie 8,3 weken) onder behandeling. De relatief grote standaarddeviatie laat zien dat kortere of langere behandelingen eveneens vaak voorkomen.

Tabel 6: De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat deze verwijzers noemt (N=240)

Verwijzer	Percentage
Huisarts	97,5
Neuroloog	96,3
Orthopeed	94,2
Reumatoloog	75,0
Schoolarts	71,7
Neurochirurg	46,7
Revalidatie-arts	44,2
Kinderarts	29,2
Internist	25,8

Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

Verwijzing

Verwijzers

Voor de behandeling door een oefentherapeut-Mensendieck dient men te worden verwezen door een arts. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat 83% van de oefentherapeuten-Mensendieck (N=240) nooit patiënten zonder verwijzing behandelt. De oefentherapeuten schatten dat 63% van de patiënten die zij behandelen door de huisarts is verwezen en 36% van de patiënten door een medisch specialist. Ongeveer 1% komt naar schatting in eerste

Tabel 7: Kenmerken van patiënten onder behandeling bij oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)

	Patiënten
Geslacht (%)	
man	33,0
vrouw	67,0
Leeftijd (%)	
0 - 14	11,1
15 - 24	19,3
25 - 34	23,8
35 - 44	20,1
45 - 54	13,0
55 - 64	5,6
65 - 74	4,0
≥ 75	3,1
Verzekeringsvorm (%)	
ziekenfonds	66,5
particulier	31,6
niet verzekerd	0,0
onbekend	1,9
Woonvorm[1] (%)	
thuis	97,1
thuis, met speciale voorzieningen	0,6
verzorgingstehuis/bejaardenhuis	0,2
verpleeghuis, psychiatrische instelling of instelling voor zwakzinnigenzorg	0,9
revalidatiecentrum/ziekenhuis	0,6
beschermde woonvorm	0,4
anders	0,2
Opleiding (%)	
geen	2,1
speciaal onderwijs	1,0
lager onderwijs	12,7
lager beroepsonderwijs	18,7
MAVO	8,1
middelbaar beroepsonderwijs	25,5
HAVO/MULO/MMS	9,6
VWO/Gymnasium/HBS	4,2
hoger beroepsonderwijs	13,3
universiteit	4,6

[1] *Ten tijde van de behandeling*

Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

Tabel 8: De tien meest voorkomende verwijsindicaties van patiënten voor oefentherapie-Mensendieck (N=1088)

Verwijsindicatie	Percentage patiënten
Verworven afwijkingen wervelkolom	21,8
Lage rugpijn zonder uitstraling	18,6
Rugsymptomen/-klachten	17,8
Afwijkende houding	14,5
Rugpijn met uitstraling	9,9
Syndromen gerelateerd aan wervelkolom	6,9
Neksymptomen/-klachten	4,7
Osteo-artritis wervelkolom	3,4
Spanningshoofdpijn	3,3
Hyperventilatie	2,8

Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

instantie zonder verwijzing. Van de patiënten in het registratie-onderzoek blijkt 69% te zijn verwezen door de huisarts en 28% door een specialist; 2% komt op eigen initiatief.
In tabel 6 staan de tien meest genoemde verwijzers. Vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck hebben het afgelopen half jaar te maken gehad met de huisarts, neuroloog en orthopeed als verwijzers van hun patiënten. Ongeveer driekwart van de oefentherapeuten noemt eveneens de reumatoloog en schoolarts als verwijzers.

Kenmerken van patiënten
De kenmerken van patiënten die onder behandeling zijn van een oefentherapeut-Mensendieck staan vermeld in tabel 7. De patiëntengroep bestaat voor twee derde deel uit vrouwen. Het betreft een vrij jonge patiëntengroep; 63% van de patiënten is tussen de 15 en 45 jaar en slechts 7% is 65 jaar of ouder. Twee derde van de patiënten is ziekenfondsverzekerd. Vrijwel alle patiënten wonen gewoon thuis. Vijfendertig procent van de patiënten is laag opgeleid (t/m lager beroepsonderwijs), terwijl 18% hoog opgeleid is (hoger beroepsonderwijs en universitair onderwijs).

Diagnose
Verwijsindicatie
Tabel 8 bevat informatie over de verwijsindicaties van patiënten verwezen voor oefentherapie-Mensendieck. Deze verwijsindicaties zijn geclassificeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC; Lamberts & Wood, 1987). De meeste patiënten zijn verwezen vanwege rug- en nekklachten. Bij een kleine groep patiënten is sprake van een geheel andere verwijsindicatie, zoals spanningshoofdpijn of hyperventilatie.

Diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck
Oefentherapeuten-Mensendieck verrichten zelf eveneens diagnostisch onderzoek. De relaties tussen de diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, de geselecteerde behandeldoelen en interventies zijn in figuur 7 weergegeven.
De diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck kunnen worden onderscheiden in stoornissen en beperkingen. Tabel 9 geeft weer hoe vaak een stoornis of beperking wordt vastgesteld.

Bij 90% van de patiënten worden stoornissen van de lichaamshouding vastgesteld. Pijn wordt bij 78% van de patiënten geconstateerd. Bij bijna twee derde van de patiënten komen stoornissen van spierlengte en tonus naar voren. De vastgestelde stoornissen komen overeen met de stoornissen die oefentherapeuten-Cesar bij hun patiënten vaststellen. Een uitzondering is de stoornis in spierkracht; deze wordt bijna twee keer zo vaak vastgesteld door oefentherapeuten Cesar dan door oefentherapeuten-Mensendieck.
Beperkingen worden minder vaak vastgesteld dan stoornissen. Bij een derde van de patiënten worden beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden en beperkingen in sociale activiteiten gediagnostiseerd. Dit komt overeen met de diagnostische bevindingen van de oefentherapeut-Cesar. Oefentherapeuten-Mensendieck constateren echter minder vaak (bij 15% van de patiënten) een beperkt uithoudingsvermogen dan oefentherapeuten-Cesar (25%).

Behandeling
Behandeldoelen
Tabel 10 geeft de geselecteerde behandeldoelen weer. Oefentherapeuten-Mensendieck kiezen hun behandeldoelen het meest frequent op het niveau van stoornissen. De belangrijkste behandeldoelen zijn het verbeteren van de lichaamshouding en het doen afnemen van pijnklachten (beide bij meer dan 80% van de patiënten geselecteerd). Bij twee derde van de patiënten is het informeren van de patiënt eveneens een behandeldoel. Andere behandeldoelen worden bij minder dan de helft van de patiënten geselecteerd.

Oefentherapeuten-Mensendieck kiezen iets vaker het doen afnemen van pijnklachten als behandeldoel dan oefentherapeuten-Cesar (81% versus 74%); voor de keuze van het vergroten

Figuur 7: De relaties tussen de diagnostische bevindingen, geselecteerde behandeldoelen en toegepaste interventies van de oefentherapeut-Mensendieck

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

Bron: Dekker, 1996.

Tabel 9: Stoornissen en beperkingen van patiënten vastgesteld door de oefentherapeut-Mensendieck (N=1088)

	Percentage patiënten
STOORNISSEN	
Stoornissen van de lichaamshouding	**90**[1]
kyfose	54
lordose	57
scoliose	49
bekkenscheefstand/-torsie	35
andere stoornis lichaamshouding	12
Stoornissen in de bewegingsuitslag	**56**
hypermobiliteit	6
verminderde bewegingsuitslag	51
Stoornissen van de controle van het willekeurig bewegen	**18**
gangstoornis	16
stoornis in de coördinatie	6
Stoornissen van spierlengte en tonus	**65**
afwijkende rusttonus musculatuur	52
afwijkende spierlengte	32
Stoornis in de spierkracht	**28**
Sensorische stoornissen	**22**
doof gevoel incl. paraesthesieën	20
stoornis van de propriocepsis	3
Stoornissen van de ademhaling	**13**
kortademigheid	4
hyperventilatie	7
CARA	2
overige ademhalingsstoornissen	3
Psychologische stoornissen	**15**
stoornis in het slapen	13
stoornis in concentratie	5
Pijn	**78**
Algemene stoornissen	**31**
vermoeidheid	26
duizeligheid	9
Overige stoornissen	**25**
overgewicht	13
stoornis in de psychomotoriek	1
doorbloedingsstoornis/circulatiestoornis	4
andere stoornissen	10
BEPERKINGEN	
Beperkingen in het voortbewegen	**14**
lopen	10
traplopen	8
fietsen	8
Beperkingen in sensomotorische basisvaardigheden	**32**
verandering van lichaamshouding	10
(op-)tillen	18
bukken	17
pakken/reiken en grijpen vasthouden	11
lange tijd zitten	18
lange tijd staan	20
evenwicht bewaren	7
Beperking uithoudingsvermogen	**15**
Beperkingen in sociale activiteiten	**34**
huishoudelijke bezigheden	18
beroepsuitoefening	22
sportbeoefening	20
hobby	9

[1] *Het percentage bij een hoofdgroep is het percentage patiënten met tenminste één tot deze hoofdgroep behorende stoornis.*
Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

van de spierkracht als behandeldoel geldt het omgekeerde (44% versus 60%).

Interventies
De behandeling van oefentherapeuten-Mensendieck bestaat (uiteraard) uit oefentherapie, maar ook voorlichting en advies kan een onderdeel van de behandeling zijn. Tabel 12 laat zien welke accenten in de behandeling worden gelegd.
Bij 80% van de patiënten bestaat de behandeling (onder andere) uit pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen. Bij 50% van de patiënten worden eveneens ADL-oefeningen aangeleerd en uitgevoerd. Ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en voorlichting of advies maken bij ongeveer een derde van de patiënten onderdeel uit van de behandeling.

Kwaliteit en doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck
Kwaliteitsbeleid bij oefentherapie-Mensendieck
De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is geïnventariseerd middels een enquête afgenomen bij de paramedische beroepsverenigingen (Driessen, Sluijs & Dekker, 1995). Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg dat wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut.
Bij de indeling van deze paragraaf is uitgegaan van de systematiek zoals gespecificeerd in het door het CBO ontwikkelde referentiekader: 1. **normering** (specificeren van de te verlenen zorg). 2. **verbetermethodes/-acties** (ontwikkelen van acties ter verbetering), en 3. **behoud en borging** (zorg voor behoud) (Timmermans, Sluijs, Dekker et al., 1994). Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid en voorwaardenscheppende activiteiten
De Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck

Tabel 10: De door de oefentherapeut-Mensendieck gekozen behandeldoelen in termen van stoornissen en beperkingen (N=1088)

Behandeldoel	Percentage patiënten[1]
Op het niveau van stoornissen:	
verbeteren van de lichaamshouding	83
vergroten van de spierkracht	44
verbeteren van de ontspanning van spiergroepen	49
verbeteren van de sensomotoriek	5
verbeteren van het adempatroon	13
verbeteren van de lichamelijke ontspanning	24
doen afnemen van pijnklachten	81
doen afnemen van vermoeidheidsklachten	13
Op het niveau van beperkingen:	
verbeteren van beperkingen in het voortbewegen	12
verbeteren van beperkingen in de sensomotorische basisvaardigheden	14
verbeteren van situationele beperkingen	9
Informeren van de patiënt	67
Overige behandeldoelen	10

[1] *Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd.*
Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

(NVOM) heeft in 1992 een meerjarenbeleidsplan (1992-1995) ontwikkeld met daarin een onderdeel kwaliteitsbevordering (NVOM, 1992). Het expliciteren en verhogen van de eigen deskundigheid is een van de belangrijkste beleidsdoelen, mede om de afbakening met andere paramedische beroepsgroepen zichtbaar te maken.
Er is een commissie kwaliteit ingesteld. Deze heeft tot taak het stimuleren van het kwaliteitsdenken in de beroepsgroep en het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid. Hiertoe wordt aan de hand van het referentiekader geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten nog moeten worden ontwikkeld.

Uniforme classificatiesystemen met betrekking tot aandoeningen en verrichtingen zijn voorhanden (Heerkens, 1993; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994). Dit geldt eveneens voor uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers en de rapportage aan de verwijzer. Voor oefentherapeuten-Mensendieck is een geautomatiseerd informatiesysteem op praktijkniveau ontwikkeld.

Tabel 11: Accent van de behandeling uitgevoerd door oefentherapeuten-Mensendieck (N=1088)

Behandeldoel	Percentage patiënten[1]
Pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen	80
Oefeningen gericht op het mobiliseren	27
Ademhalingsoefeningen	9
Ontspanningsoefeningen	32
Oefeningen gericht op spierversterking	34
ADL-oefeningen	50
Sensomotorische training	5
Voorlichting/advies	36
Anders	3

[1] *Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 3 behandelvormen konden worden geregistreerd.*
Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

Normering
Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroep worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening.
Normen ten aanzien van de **attitude van de beroepsbeoefenaar** zijn vastgelegd in gedragsregels. Wat het **methodisch/technisch handelen** betreft, beschikt men over een beroepsprofiel en een deskundigheidsomschrijving. Met betrekking tot de **organisatie van de beroepsuitoefening** heeft men richtlijnen opgesteld voor de praktijkinrichting; richtlijnen voor de praktijkvoering zijn in ontwikkeling. De NVOM heeft eveneens richtlijnen voor vestiging opgesteld.

Verbetermethodes/-acties
De NVOM is via overleg betrokken bij de initiële opleiding. De opleiding heeft een module kwaliteitszorg in het curriculum opgenomen. De NVOM heeft criteria voor herintreders opgesteld en een cursusaanbod voor herintreders ontwikkeld. Daarnaast beschikt men over een overzicht van het verenigingsaanbod aan na- en bijscholingscursussen. Criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen zijn in ontwikkeling.
Binnen de NVOM heeft intercollegiale toetsing hoge prioriteit gekregen. In het kader van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg is een methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld en op beperkte schaal ingevoerd.

Behoud en borging
De NVOM beraamt zich over het instellen van een beroepsregister en periodieke herregistratie. Criteria voor herregistratie zijn in ontwikkeling.
Men beschikt over een klachtreglement en een commissie die belast is met de uitvoering van de klachtregeling.
Volgens de NVOM vallen de meeste oefentherapeuten-Mensendieck niet onder een klachtreglement van een instelling, daar de meeste oefentherapeuten ook niet binnen instelling werkzaam zijn.

Onderzoek naar doelmatigheid van oefentherapie-Mensendieck
Het aantal en het soort onderzoeksprojecten die op het gebied van de oefentherapie-Mensendieck zijn uitgevoerd vormen een indicatie voor de inspan-

Tabel 12: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied (1985-1995)

Aandachtsgebied	Aantal
Taken en functies	3
Patiënten en verwijzers	2
Interventies	2
algemeen	-
preventie, advies en voorlichting	-
diagnostiek	-
screening	-
behandelmethoden	1
effectiviteit	1
hulpmiddelen, orthesen en prothesen	-
Kwaliteit	3
Meetinstrumenten	2
Overig	-
Totaal	12

Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

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

Tabel 12 geeft weer hoeveel onderzoeken er per aandachtsgebied zijn uitgevoerd. In totaal zijn 12 onderzoeksprojecten uitgevoerd op het terrein van de oefentherapie-Mensendieck. Drie projecten hebben betrekking op de beroepsuitoefening. Naast de ontwikkeling van het beroepsprofiel en het hier gerapporteerde functie en plaatsonderzoek is onderzocht hoe integrerend de oefentherapie in haar werkwijze is. Op het gebied van de kwaliteit zijn eveneens drie projecten uitgevoerd; deze hebben alle drie betrekking op het kwaliteitsbeleid binnen de beroepsgroep. In de categorie patiënten en verwijzers zijn twee onderzoeken verricht; een inventarisatie van de patiëntenpopulatie en haar klachten en een project waarin de klachten van het bewegingsapparaat naar aanleiding van de werksituatie zijn onderzocht. De twee onderzoeken op het gebied van meetinstrumenten betreffen de bepaling van de betrouwbaarheid van onderzoek van de houding en het komen tot een eenduidige terminologie binnen de oefentherapie-Mensendieck gebaseerd op de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps.
Figuur 8 is gebaseerd op tabel 12 en laat de verhouding in het uitgevoerde onderzoek tussen de verschillende aandachtsgebieden zien.

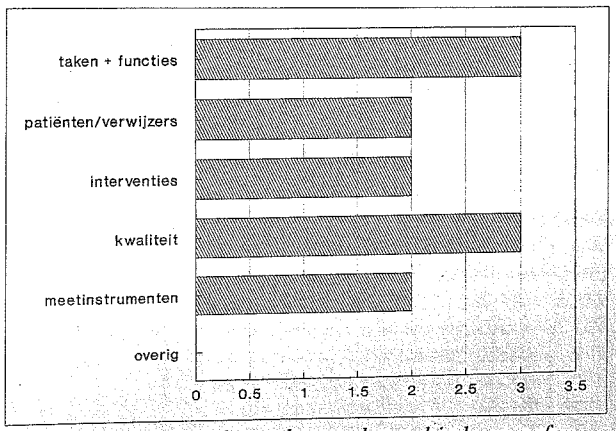
Ontwikkelingen en knelpunten in de oefentherapie-Mensendieck

Regulering en financiering

De NVOM besteedt momenteel - evenals de overige paramedische beroepsgroepen - de nodige aandacht aan de werkzaamheden die gepaard gaan met de invoering van de Wet BIG. Na overleg met de beroepsorganisaties zijn de concept-amvb's opgesteld en per 1 december 1995 door de minister voorgelegd aan alle belanghebbenden. De paramedische beroepen die onder artikel-34 zullen gaan vallen hebben tot 1 maart 1996 de tijd om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen kenbaar te maken. Naar verwachting zal de Wet BIG eind 1997 in werking treden.
In het kader van de invoering van de Wet BIG wordt door de paramedische beroepsgroepen gewerkt aan een systeem voor registratie en behandeling van klachten en aan het opstellen van een kwaliteitsregister.
De beperkende maatregel inzake de aanspraken op oefentherapie-Mensendieck die per 1 januari 1996 is ingegaan, zal consequenties hebben voor de beroepsgroep. De oefentherapie-Mensendieck wordt teruggebracht naar een maximum van 9 zittingen en indien daartoe geïndiceerd wordt dit uitgebreid met nog eens 9 zittingen. Verlenging van het aantal zittingen is slechts mogelijk indien sprake is van een indicatie voor langdurige oefentherapie. Deze maatregel zal in 1996 een vermindering in de kosten voor oefentherapie (en fysiotherapie) moeten opleveren van *f* 200 miljoen.

Aanbod van oefentherapie-Mensendieck

De vraag naar oefentherapeuten-Mensendieck lijkt iets hoger dan het aanbod ervan. In bepaalde delen van ons land lijken nog voldoende mogelijkheden voor vestiging, maar dit wordt beperkt door de contracteerplicht en de volumebeheersing.



Figuur 8: Aantal onderzoeken op het gebied van oefentherapie-Mensendieck per aandachtsgebied
Bron: Van Heugten, Sluijs & Dekker, 1995.

Vraag naar oefentherapie-Mensendieck
De beperking op de aanspraken op oefentherapie zullen mogelijk een verschuiving teweeg brengen in het gebruik van zorg op dit gebied. De groep patiënten die gebruik maakt van oefentherapie-Mensendieck zal van samenstelling kunnen veranderen. De wijze waarop de maatregel in de praktijk zal uitwerken, zal echter eind 1996 formeel worden geëvalueerd.

Kwaliteit en doelmatigheid
Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats. Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.
Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' gaat uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

Dankwoord
Wij danken de Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten-Mensendieck voor haar relevante commentaar en aanvullingen op een eerdere versie van het betreffende
hoofdstuk in het Brancherapport Paramedische Zorg.

Literatuur

Besluit van 21 februari 1994, houdende nieuwe regelen inzake de toekenning van de bevoegdheid tot het uitoefenen van de beroepen van mondhygiënist, oefentherapeut-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, orthoptist en podotherapeut (Stb. 188).

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (1996). *Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Werkplan fase III.* Utrecht: CBO.

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, Utrecht

Driessen, M.J., Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport.* Utrecht: NIVEL.

Heerkens, Y.F., Brandsma, J.W., Lakerveld-Heyl, K. & Mischner-Van Ravensberg, C.D. (1991). *Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICIDH.* Amersfoort: Stichting Wetenschappelijke Scholing Fysiotherapie.

Heugten, C.M. van, Sluijs, E.M. & Dekker, J. (1995). *Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie.* Utrecht: NIVEL.

Hingstman, L. & Harmsen, J. (1994). *Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994.* Utrecht: De Tijdstroom/NIVEL.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1994). *De Wet BIG. Hoofdlijnen van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.* Rijswijk: Ministerie van WVC.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995a). *Nieuwsbrief Wet BIG, december 1995.* Rijswijk: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995b). *Financieel Overzicht Zorg 1996.* Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995a). *Produktie Statistiek 1993. Soort en omvang van functies, faciliteiten en produkties. Academische ziekenhuizen landelijke tabellen.* Utrecht: NZi.

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995b). *Produktie Statistiek 1993. Soort en omvang van functies, faciliteiten en produkties. Algemene ziekenhuizen landelijke tabellen.* Utrecht: NZi.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994a). *WCC-ontwerpstandaard Classificatie van verrichtingen voor paramedische bewegingsberoepen.* Zoetermeer: NRV.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994b). *Tussen cure en care. Advies over een referentiekader voor beleid.* Zoetermeer: NRV.

Rapportage arbeidsmarkt zorgsector 1995. Opgesteld door NIVEL, NZi & OSA. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Rijken, P.M., Heugten, C.M., van & Dekker, J. (1996). *Brancherapoort Paramedische Zorg.* Utrecht: NIVEL.

Timmermans, J.E., Sluijs, E.M., Dekker, J. et al. (1994). *Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen.* Utrecht: CBO/NIVEL.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1994). *Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar.* Utrecht: VBC.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1995a). *Overzicht resultaatgegevens 1982 - 1994.* Utrecht: VBC.

Vereniging Bewegingsleer Cesar (1995b). *Voorlopige beroepskrachtenplanning oefentherapeuten-Cesar.* Utrecht: VBC.

Ziekenfondsraad (1994). Financieel Jaarverslag 1993. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Ziekenfondsraad (1995). *Financieel Jaarverslag 1994.* Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Zuijderduin, W.M. & Dekker, J. (1994a). *Oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg.* Utrecht: NIVEL.

De auteurs zijn werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg. NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

BEHANDELINGS BANKEN

NIEUW
EN
OCCASIONS

SPINA - BAC 02154 - 22714