

Diagnose en behandeling in de paramedische zorg

Het gebied tussen 'cure' en 'care'

J. Dekker

Er is nog zeer weinig inzicht in de aard van de functionele gevolgen van pathologie die door paramedici wordt behandeld en in de wijze waarop deze behandeling plaatsvindt. Het Nivel heeft er onderzoek naar verricht.

DE VERWIJZING door een arts is kenmerkend voor de paramedische zorg: de arts stelt een medische diagnose en verwijst de patiënt naar een paramedicus voor behandeling.* De behandeling die vervolgens door de paramedicus wordt uitgevoerd, is gebaseerd op een onderzoek naar de klachten van de patiënt. Bij dit onderzoek richt de paramedicus zich op de *functionele gevolgen* van pathologie, in plaats van op de pathologie zelf. Daarmee is dit onderzoek in zekere zin complementair aan het onderzoek door de arts: de arts let in het diagnostisch onderzoek vooral op pathologische processen, terwijl de paramedicus zich richt op het vaststellen van de functionele gevolgen daarvan.¹⁻⁴ Ter illustratie hiervan kan men denken aan een patiënt met reumatoïde artritis. Het paramedisch onderzoek heeft in zo'n geval betrekking op onder meer vermindering van spierkracht, vermindering van bewegingsuitslag van gewrichten en beperkingen bij het verrichten van dagelijkse activiteiten: aankleden, lopen, etc. Deze stoornissen en beperkingen ontstaan als gevolg van de reumatische ontstekingsprocessen; het paramedisch onderzoek heeft dus geen betrekking op deze ontstekingsprocessen zelf.

Bij de keuze voor een behandelvorm laat de paramedicus zich leiden door de bevindingen ten aanzien van de functionele gevolgen van pathologie; deze bevindingen

zijn richtinggevend voor de therapiekeuze. Ook nu kan de patiënt met reumatoïde artritis als illustratie dienen: indien verminderde spierkracht wordt geconstateerd (en er geen contra-indicaties zijn) zal worden gekozen voor bewegingstherapie gericht op het verbeteren van de spierkracht.

Er is nog zeer weinig inzicht in de aard van de functionele gevolgen van pathologie die door paramedici wordt behandeld en in de wijze waarop deze behandeling plaatsvindt. Het proces van diagnose en behandeling in de paramedische zorg is vooral gebaseerd op ervaringskennis en veel minder op wetenschappelijk onderzoek. Om de paramedische zorg inzichtelijker te maken is een serie onderzoeken gedaan. Het doel van dit artikel is, een overzicht te geven van de belangrijkste resultaten van deze onderzoeken. Daarbij zal de nadruk liggen op de hoofdlijnen van de resultaten; voor nadere details wordt verwezen naar de oorspronkelijke publikaties.

Vraagstelling en methode

De onderzoeken hadden tot doel antwoord te geven op de volgende vragen:

- Zijn de diagnostische bevindingen van paramedici ten aanzien van functionele gevolgen van pathologie reproduceerbaar?

- Welke medische diagnoses worden door de verwijzende artsen gesteld? Welke functionele gevolgen van pathologie worden door paramedici in hun diagnostisch onderzoek vastgesteld en welke behandelvormen worden gebruikt?

- Zijn - zoals verondersteld - de functionele gevolgen van pathologie richtinggevend voor de keuze van behandelvormen?

Antwoorden op deze vragen zijn verkregen door middel van een aantal survey-onderzoeken. In deze onderzoeken verzamelden paramedici gegevens over patiënten die door hen werden behandeld. Zij gebruikten daarbij gestandaardiseerde registratieformulieren. De onderzoeken hadden betrekking op:

- fysiotherapie in de extramurale gezondheidszorg (n = 17.201 patiënten);

- ergotherapie in de intramurale gezondheidszorg (zowel de algemene als de geestelijke sector (n = 1.347));
- logopedie in de intramurale, extramurale en basisgezondheidszorg en het speciaal onderwijs (n = 1.761);
- oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck, voor het overgrote deel in de extramurale gezondheidszorg (n = 2.108);
- podotherapie, voor het overgrote deel in de extramurale gezondheidszorg (n = 897).

Diagnostische bevindingen

Medische diagnose

De paramedici noteerden de medische diagnose/verwijsindicatie zoals door de verwijzer omschreven. De medische diagnose werd ingedeeld volgens de ICD-10, de ICPC of de DSM-III R.⁵⁻⁷ De onderzoeken lieten een grote schakering van diagnoses zien, daarom zijn in *tabel 1* de diagnoses gegroepeerd in hoofdstukken van de ICD, ICPC, respectievelijk DSM.

Ziekten van het bewegingsapparaat (of botspierstelsel en bindweefsel) en ziekten van het zenuwstelsel komen veel voor bij patiënten van fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en ergotherapeuten (in de algemene gezondheidszorg). Ziekten van het hart-vaatstelsel (vooral beroertes) komen veel voor in de ergotherapie (algemene gezondheidszorg) en logopedie. De groep 'psychische en gedragsstoornissen' in de logopedie omvat onder meer de taal- en spraakontwikkelingsstoornissen. De groep 'symptomen niet elders geclassificeerd' omvat houdingsstoornissen (relevant in de oefentherapie) en stemstoornissen (relevant in de logopedie).

Functionele gevolgen

Voor de ordening (of classificatie) van de functionele gevolgen van pathologie kan gebruik worden gemaakt van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)⁸⁻¹⁰. In de ICIDH worden gezondheidsproblemen onderverdeeld in stoornissen (impairments), beperkingen (disabilities) en

* Onder paramedici worden hier verstaan: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten. Het uitoefenen van deze beroepen is thans geregeld in de Wet op de paramedische beroepen. Via deze wet zijn ook het beroep van diëtist, mondhygiënist, orthoptist en radiologisch laborant geregeld; deze beroepen vallen echter buiten het kader van dit artikel.

Tabel 1. De drie meest voorkomende groepen van medische diagnoses per beroepsgroep.^a

		ziekte (van)	%
podoth therapie ^b	1	huid en subcutis	38,2
	2	letsels	9,5
	3	gevolgen van uitwendige oorzaken	2,0
fysiotherapie ^c	1	bewegingsapparaat	88,7
	2	zenuwstelsel	7,6
	3	ademhalingsorganen	2,4
oefentherapie-Cesar,-Mensendieck ^b	1	botspierstelsel en bindweefsel	76,0
	2	symptomen niet elders geclassificeerd	27,3
	3	zenuwstelsel	2,8
ergotherapie - algemene gezondheidszorg ^b	1	hartvaat-stelsel	26,4
	2	botspierstelsel en bindweefsel	19,3
	3	zenuwstelsel	16,5
- geestelijke gezondheidszorg ^d	1	schizofrenie	28,5
	2	depressie	18,8
	3	persoonlijkheidsstoornissen	18,1
logopedie ^b	1	psychische en gedragsstoornissen	39,1
	2	symptomen niet elders geclassificeerd	24,5
	3	hartvaat-stelsel	10,5

a. De percentages betreffen het aantal patiënten bij wie ten minste één diagnose uit het desbetreffende hoofdstuk gesteld was, ten opzichte van het totaal aantal patiënten.
 b. Ingedeeld in hoofdstukken van de ICD-10.
 c. Ingedeeld in hoofdstukken van de ICPC.
 d. Ingedeeld in hoofdstukken van de DSM-III-R.
 e. Geen medische diagnose bij 54%.

percentage overeenstemming als Cohen's kappa; dit is gedaan per beroepsgroep en steeds apart voor stoornissen, beperkingen en handicaps.³ Een percentage overeenstemming van 75% of hoger wordt veelal als aanvaardbaar beschouwd. Bij kappa wordt een waarde tussen 0,40 en 0,70 als 'fair to good' beschouwd en een waarde boven 0,70 als 'excellent'.¹⁶ De tabel laat zien dat alle medianen boven het criterium van 75% respectievelijk 0,40 liggen. Dit betekent dat - gemiddeld genomen - de reproduceerbaarheid aanvaardbaar, 'fair' en soms zelfs nog veel beter was. Echter, uit de gevonden minima blijkt ook dat de reproduceerbaarheid van bepaalde items onvoldoende was. Deze items werden uit het registratieformulier weggelaten of bewerkt. Gelukkig hoefden dit soort veranderingen slechts in een beperkt aantal gevallen te worden aangebracht. De conclusie uit deze onderzoeken is dat, hoewel er duidelijk ruimte voor verbetering is, de diagnostische bevindingen van paramedici reproduceerbaar zijn.

Behandeldoelen

Uit alle stoornissen, beperkingen of handicaps die in het diagnostisch onderzoek worden geconstateerd, maakt de paramedicus een selectie: deze worden door de paramedicus centraal geacht in het gezondheidsprobleem van de patiënt en de behandeling is er primair op gericht hierin verbetering te brengen. Deze selectie van stoornissen, beperkingen of handicaps wordt daarom aangeduid met de

handicaps (zie *schema*). Een stoornis wordt gedefinieerd als "afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie", een beperking als "vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot voor de mens normale activiteit (of vaardigheid)...", en een handicap als "een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene (...) begrenst of verhindert".⁹

Reproduceerbaarheid

Voorafgaand aan de survey-onderzoeken is per beroepsgroep nagegaan hoe reproduceerbaar de diagnostische bevindingen zijn.¹¹⁻¹⁵ Daartoe onderzochten twee beroepsbeoefenaren onafhankelijk van el-

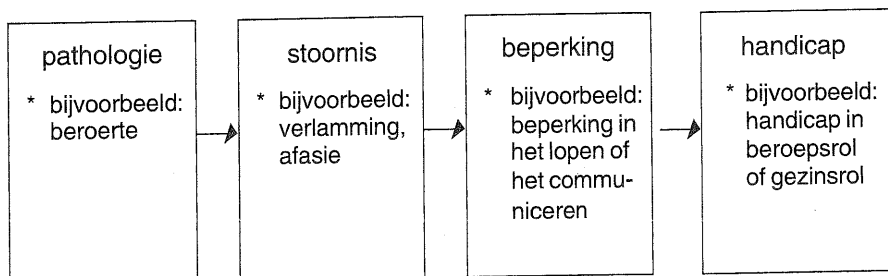
kaar een serie patiënten en gaven zij hun bevindingen in het registratieformulier weer. De mate van overeenstemming (reproduceerbaarheid) werd statistisch weergegeven met het percentage overeenstemming en Cohen's kappa. Vanwe-

Het proces van diagnose en behandeling in de paramedische zorg is vooral gebaseerd op ervaringskennis en veel minder op wetenschappelijk onderzoek

ge logistieke problemen werd in twee onderzoeken deze opzet enigermate aangepast.^{12,14} De resultaten zijn samengevat in *tabel 2*. In de tabel is de mediaan en het minimum/maximum weergegeven van zowel het

term 'behandeldoelen' (zie *overzicht*). Hier zullen deze behandeldoelen worden gebruikt om de paramedische zorg te karakteriseren (in plaats van alle diagnostische bevindingen, die immers voor een deel perifeer worden geacht). In *tabel 3* is per beroepsgroep weergegeven welke behandeldoelen het meest werden gekozen.¹⁷⁻²⁵ Het behandelen van pijn is een frequent gekozen doel in de podoth therapie, de fysiotherapie en de oefentherapie-Cesar en -Mensendieck. Dit is een goede illustratie van het uitgangspunt van paramedische zorg: niet de pathologie, zoals reumatoïde artritis, maar de gevolgen daarvan - in dit geval pijn - vormen het doel van paramedische zorg. Podoth therapie blijkt verder vooral gericht te zijn op het behandelen van standaf-

Schema. De analyse van gezondheidsproblemen volgens de ICDH.



Tabel 2. Reproduceerbaarheid van diagnostische bevindingen: percentage overeenstemming en kappa.

		percentage overeenstemming			kappa			
		mediaan	minimum-maximum	N	mediaan	minimum-maximum	N	
podotherapie	S	100	94-100	17	0,94	0,87-1,00	2	
fysiotherapie	S	78	28- 92	15	0,44	0,19-0,77	11	
	B	88	76-100	26	0,68	0,40-0,91	19	
oefentherapie-Cesar, -Mensendieck	S	90	66-100	20	0,65	0,26-0,94	15	
	B	85	54-100	24	0,53	0,14-0,77	21	
ergotherapie	- algemene gezondheidszorg	S	96	89-100	12	0,82	0,69-1,00	8
		B	91	82- 98	29	0,79	0,45-0,93	22
	- geestelijke gezondheidszorg	H	82	75- 88	6	0,69	0,45-0,76	6
		S	93	72-100	12	0,78	0,65-0,91	6
logopedie	B	84	60- 96	25	0,57	0,26-0,89	23	
	H	80	70- 88	6	0,63	0,52-0,69	6	
logopedie	S	97	72-100	48	0,87	0,31-1,00	48	
	B	95	63- 97	10	0,86	0,57-0,93	10	
	H	88	84- 93	3	0,74	0,73-0,87	3	

S= stoornissen; B= beperkingen; H= handicaps.
 N= aantal items dat onderzocht werd; omdat kappa alleen berekend werd als de stoornis, beperking of handicap in tenminste 20% van de patiënten vastgesteld werd, is N in een aantal gevallen lager bij kappa dan bij het percentage overeenstemming

het schema). Logopedisten en ergotherapeuten konden kiezen uit alle drie de niveaus: logopedisten kozen, net zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten, vooral voor het stoornisniveau; ergotherapeuten kozen vooral behandeldoelen op het niveau van beperkingen en dus op enige afstand van pathologie. Podotherapeuten blijven met hun behandeldoelen het dichtst in de buurt van de pathologie. Deze verschillen komen overeen met de karakterisering van deze beroepsgroepen in de tekstboeken.¹

Behandeling

Er bestaat een groot aantal paramedische behandelvormen. Deze kunnen worden ingedeeld in de volgende categorieën: het oefenen en sturen van functies en vaardigheden (onder andere bewegingstherapie en trainen van dagelijkse activiteiten), het begeleiden en adviseren van de patiënt, het voorzien in hulpmiddelen, manuele technieken (onder andere massage), fysische therapie (onder andere toedienen van elektrische prikkels) en instrumentele technieken.²⁶ De keuze voor een behandelvorm hangt af van de gestelde behandeldoelen: bij een bepaald behandeldoel kiest de paramedicus een behandelvorm die het meest geschikt geacht wordt om het doel te bereiken (zie het overzicht).

Keuze behandelvormen

In de onderzoeken is nagegaan of behandeldoelen inderdaad richtinggevend zijn voor de keuze van behandelvormen. Dit bleek het geval te zijn: bij elke vorm van paramedische zorg konden duidelijke relaties worden aangetoond tussen behandeldoelen en behandelvormen.^{17 20 22 24} Kennelijk zijn de diagnostische bevindingen omtrent de functionele gevolgen van pathologie richtinggevend voor de keuze van behandelvormen.

Deze conclusie zal worden geïllustreerd aan de hand van de gegevens over fysiotherapie, met name de keuze voor bewegingstherapie of voor interferentietherapie (een vorm van behandeling met elektrische stroom). Als spierkrachtverbetering het doel van de behandeling was, kozen fysiotherapeuten frequent voor bewegingstherapie en nooit voor interferentietherapie. Als pijnvermindering het behandeldoel was, kozen fysiotherapeuten zelden voor bewegingstherapie, terwijl zij juist frequent voor interferentietherapie kozen.

Uiteraard waren niet alle relaties tussen behandeldoelen en behandelvormen zo 'scherp' als in dit voorbeeld; bovendien is op het gebied van ergotherapie gevonden dat de keuze voor behandelvormen ook op grond van andere overwegingen

wijkingen van de voet en het behandelen van vermoeidheidsklachten die uit de voetstoornissen voortkomen. Fysiotherapie heeft, behalve pijnvermindering, vooral tot doel de bewegingsuitslag van gewrichten te verbeteren en de spiertonus te normaliseren. Bij Cesar en Mensendieck gaat het, behalve om pijnvermindering, om verbetering van de lichaamshouding en de spierkracht. In de ergotherapie liggen de behandeldoelen in belangrijke mate op het niveau van activiteiten in het dagelijks leven: persoonlijke verzorging, verplaatsen en voortbewegen en het huishouden.

Er is nagegaan hoe de behandeldoelen waren verdeeld over het niveau van stoornissen, beperkingen of handicaps. De resultaten zijn vermeld in tabel 4. Fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck en logopedisten bleken hun behandeldoelen vooral op het niveau van stoornissen te kiezen en veel minder op de andere niveaus. Podotherapeuten kozen hun behandeldoelen zelfs uitsluitend op het niveau van stoornissen. Ergothera-

peuten daarentegen kozen hun doelen vooral op het niveau van beperkingen en minder op het niveau van stoornissen en van handicaps. Deze resultaten dienen voor een deel te worden toegeschreven aan de manier waarop de gegevens zijn verzameld. Zo ontbraken op het registratieformulier voor podotherapeuten voorgecodeerde behandeldoelen op het niveau van beperkingen of handicaps, omdat bij de ontwikkeling van het formulier was aangegeven dat daar geen behoefte aan bestond. Om dezelfde reden ontbraken doelen op het niveau van handicaps bij fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Toch is het duidelijk dat er verschillen zijn in het niveau waarop de beroepsgroepen behandeldoelen kiezen die niet kunnen worden toegeschreven aan de wijze waarop de gegevens zijn verzameld. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck konden behandeldoelen kiezen op het niveau van stoornissen of beperkingen; zij kozen vooral behandeldoelen op het niveau van stoornissen en bleven dus tamelijk dichtbij pathologie (zie

Overzicht. De relatie tussen diagnostische bevindingen, behandeldoelen en behandelvormen.

diagnostische bevindingen	behandeldoelen	behandelvormen
Alle bij een patiënt geconstateerde stoornissen, beperkingen of handicaps	selectie van stoornissen, beperkingen of handicaps; de behandeling is primair gericht op verbetering van deze stoornissen, beperkingen of handicaps	Toepassing van behandelvormen gericht op de verbetering van de als behandeldoel aangemerkte stoornissen, beperkingen of handicaps

Tabel 3. De drie meest gekozen behandeldoelen, op het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps.

	behandeldoelen betrekking hebbende op:					
	stoornissen:		beperkingen in:		handicaps in:	
		%		%		%
<i>podotherapie</i>						
	1	pijn	83			
	2	standafwijking voet	46			
	3	vermoeidheid	19			
<i>fysiotherapie</i>						
	1	pijn	66	normaal tempo in het beroep	27	
	2	verminderde bewegings uitslag van gewrichten	46	lopen	18	
	3	afwijkende spiertonus	41	tillen	9	
<i>oefentherapie-Cesar, -Mensendieck</i>						
	1	stoornis in de lichaams- houding	82	sensomotorische basisvaardigheden	13	
	2	pijn	78	voortbewegen	11	
	3	verminderde spierkracht	52	uithoudingsvermogen	10	
<i>ergotherapie</i> - algemene gezondheidszorg						
	1	motorische stoornis	48	persoonlijke verzorging	48	mobiliteit 26
	2	sensorische stoornis	15	verplaatsen en voortbewegen	41	rol van zelfverzorger 24
	3	cognitieve stoornis	14	huishouden	35	beroepsrol 19
- geestelijke gezondheidszorg						
	1	intrapersoonlijke stoornis	55	basisvaardigheden	72	beroepsrol 48
	2	cognitieve stoornis	34	tijdsbesteding	51	sociale rol 46
	3	motorische stoornis	6	relationele vaardigheden	25	rol van zelfverzorger 19
<i>logopedie</i>						
	1	taalontwikkelingsstoornis	37	het zich uiten	38	beroepsrol (inclusief dagelijkse bezigheden) 12
	2	articulatiestoornis	33	begrijpen van uitingen	20	sociale rol buiten gezin 11
	3	afwijkend monddrag en stoornissen in de sensomotoriek	27	communicatieve interactie	17	sociale rol binnen gezin 7
De percentages betreffen het aantal patiënten bij wie een behandeldoel gekozen is, ten opzichte van het totaal aantal patiënten. De percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat per patiënt meer dan één behandeldoel kon worden aangegeven.						

wordt genomen.²⁰ Toch is over het geheel genomen de conclusie gerechtvaardigd, dat de bevindingen ten aanzien van de functionele gevolgen van pathologie richtinggevend zijn voor de keuze van paramedische behandelvormen.

Op het gebied van paramedische zorg heerst een groot gebrek aan goed uitgevoerde klinische experimenten.²⁷⁻²⁹ Dit betekent dat paramedici zijn aangewezen op ervaringskennis waar het gaat om het verantwoorden van therapiekeuzen. Het hierboven samengevatte onderzoek laat zien dat de klinische ervaring paramedici ertoe heeft gebracht de functionele gevolgen van pathologie - in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps - als uitgangspunt voor de behandeling te nemen. Dit resultaat betekent een aanzienlijke verheldering van het proces van diagnose en behandeling in de paramedische zorg. Het behoeft echter geen betoog dat

uiteindelijk - ook in de paramedische zorg - de keuze voor behandelvormen moet worden gebaseerd op goed uitgevoerd klinisch onderzoek.

Conclusie en implicaties

De functionele gevolgen van pathologie, zoals verminderde spierkracht en beper-

kingen in dagelijkse activiteiten bij een patiënt met reumatoïde artritis, vormen het aangrijpingspunt voor de volgende vormen van paramedische zorg: fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie. Paramedische zorg heeft tot doel deze functionele gevolgen van patho-

Tabel 4. Verdeling van behandeldoelen over het niveau van stoornissen, beperkingen en handicaps.

	behandeldoelen op het niveau van:			
	stoornissen	beperkingen	handicaps	
<i>podotherapie</i>	100%	-	-	100%
<i>fysiotherapie</i>	68%	32%	-	100%
<i>oefentherapie-Cesar, -Mensendieck</i>	90%	10%	-	100%
<i>ergotherapie</i>				
- algemene gezondheidszorg	23%	56%	21%	100%
- geestelijke gezondheidszorg	23%	48%	29%	100%
<i>logopedie</i>	61%	28%	11%	100%

logie te verhelpen, te verminderen of te voorkomen. Daarmee bevindt de paramedische zorg zich in het gebied tussen 'cure' en 'care': het gaat om revaliderende zorg, die ligt op het continuüm tussen enerzijds het behandelen van pathologie ('cure') en anderzijds het verzorgen van zieken ('care').³⁰

Uit deze conclusie kan een aantal implicaties worden afgeleid:

- De diagnostiek van de functionele gevolgen van pathologie dient nader te worden ontwikkeld. Deze diagnostiek is - evenals de therapiekeuze - vooral gebaseerd op ervaringskennis. Gezien het belang van deze diagnostiek dient in deze situatie verbetering te worden gebracht.

- Bouter en Beckerman hebben gewezen op het belang van homogene patiëntengroepen in hun onderzoek naar het effect van fysiotherapie en andere vormen van paramedische zorg.^{27,28} Aangezien paramedici hun therapiekeuze blijken te baseren op de functionele gevolgen van pathologie, is het aannemelijk dat deze functionele gevolgen kunnen worden gebruikt voor het definiëren van homogene groepen patiënten. In het voorbeeld van de patiënten met reumatoïde artritis dient onderscheid te worden gemaakt tussen patiënten bij wie wél respectievelijk niet verminderde spierkracht wordt geconstateerd. Of op deze wijze inderdaad tot een grotere homogeniteit in patiëntengroepen

kan worden gekomen, dient in toekomstig onderzoek te worden vastgesteld.

- De omschrijving van deskundigheden van paramedische beroepsgroepen, waarnaar momenteel in het kader van de Wet BIG wordt gestreefd, kan (onder meer) worden gebaseerd op verschillen in het niveau waarop de functionele gevolgen van pathologie worden benaderd. Het niveau waarop de behandeldoelen worden gekozen blijkt de beroepsgroepen goed te karakteriseren. •

PARAMEDISCHE BEROEPEN

dr J. Dekker,
Nivel, Utrecht

Literatuur

1. Granger CV, Seltzer GB, Fishbein CF. Primary care of the functionally disabled. Philadelphia: Lippincott Company, 1987.
2. Lankhorst GJ. Revalidatie op niveau. Inaugurele rede. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1990.
3. Dekker J. Application of the ICDH in survey research on rehabilitation: the emergence of the functional diagnosis. Disability and Rehabilitation 1995; 17: 195-201.
4. Pope AM, Tarlov AR, eds. Disability in America. Washington: National Academy Press, 1991.
5. World Health Organization. International Classification of Diseases. 10th rev. Geneva: WHO.
6. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed, rev. Washington DC: APA, 1987.
8. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: WHO, 1980.
9. TNO. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Voorburg: TNO, 1981.
10. Heerkens YF, Brandsma JW, Lakerveld-Heyl K, Mischner-van Ravensberg CD. Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICDH. Amersfoort: SWSF, 1991.
11. Triet EF van, Dekker J, Kerssens JJ, Curfs EChr. Reliability of the assessment of impairments and

- disabilities in survey research in the field of physical therapy. International Disability Studies 1990; 12: 61-5.
12. Driessen MJ, Dekker J, Lankhorst GJ, Zee J van der. Inter-rater and intra-rater reliability of the occupational therapy diagnosis. Occupational Therapy Journal of Research [in press].
13. Gisbergen M, Dekker J. Reliability of the diagnosis of impairments and disabilities by exercise therapists. Journal of Rehabilitation Sciences 1992; 5: 67-73.
14. Gisbergen M, Dekker J, Zijderduin W. Reliability of the diagnosis of impairments in survey research in the field of chiropody. Disability and Rehabilitation 1993; 15: 76-82.
15. Raaijmakers MF, Dekker J, Dejonckere PH, Zee J van der. Reliability of the assessment of impairments, disabilities and handicaps in survey research in speech therapy. Folia Phoniatrica et Logopedica [in press].
16. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: Wiley, 1981.
17. Dekker J, Baar ME van, Curfs EChr, Kerssens JJ. Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship. Physical Therapy 1993; 73: 568-80.
18. Valk RWA, Dekker J, Boschman M. Basisgegevens extramurale fysiotherapie. Utrecht: Nivel, 1995.
19. Driessen MJ, Dekker J, Lankhorst GJ, Zee J van der. Occupational therapy diagnosis and treatment goals in inpatient care. [aangeboden]
20. Driessen MJ, Dekker J, Lankhorst GJ, Zee J van

- der. Factors affecting the choice of treatment in occupational therapy. [aangeboden]
21. Zijderduin W, Dekker J. Impairments and disabilities in patients treated by exercise therapists. Journal of Rehabilitation Sciences 1994; 7: 113-20.
22. Zijderduin W, Dekker J. Treatment goals and treatment in exercise therapy. Journal of Rehabilitation Sciences 1994; 7: 80-7.
23. Raaijmakers MF, Dekker J. Diagnostic assessment in logopedics: results from survey research. [aangeboden]
24. Raaijmakers MF, Dekker J. Treatment and intervention elements in logopedics. [aangeboden]
25. Zijderduin W, Dekker J. Diagnoses and interventions in podiatry. Disability and Rehabilitation [in press].
26. WCC-ontwerpstandaard Classificatie van Verrichtingen voor Paramedische Bewegingsberoepen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.
27. Beckerman H, Bouter LM, red. Effectiviteit van fysiotherapie: een literatuuroverzicht. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
28. Bouter LM, Beckerman H. Effectiviteit van fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1992; 16: 1058-61.
29. Dekker J, Driessen MJ, Gisbergen M. Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Utrecht: Nivel, 1991.
30. Tussen cure en care. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

P R A K T I J K P E R I K E L

Snurkend rijk?

EEN STUKJE uit een onlangs ontvangen mailing aan huisartsen voor een anti-snurkmiddel:

“Overigens wordt bij elke door u schriftelijk doorverwezen patiënt 5% van het aankoopbedrag naar uw bankrekening overgemaakt. De overkoepelende organisatie van ziektekostenverzekeraars, het KLOZ, maar ook de Ziekenfondsraad heeft posi-

tief gereageerd op deze revolutionaire ontwikkeling.”

Wat is nou de revolutionaire ontwikkeling: de steun van zorgverzekeraars voor een produkt, de rechtstreekse poging tot omkoping of het produkt zelf, waarvan zeker niet wetenschappelijk de (bij)werking is vastgesteld? •

Korte door artsen geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie