

Het NIVEL onderzocht de (waardering van) werkzaamheden van extramurale en intramurale fysiotherapeuten, nu en in de toekomst. Dit is het tweede deel met uitkomsten van het onderzoek.

Fysiotherapeuten kijken vooruit!

Fysiotherapeut en maatschappij

J.W.E.T. Kersten, J. van der Zee, H.P.H. Abrahamse en H.J.M. Sixma

De gang van zaken binnen de fysiotherapie wordt tot op zekere hoogte bepaald door het overheidsbeleid. Extra- en intramurale fysiotherapeuten geven hun mening over de mate van invloed en gewicht van verschillende maatschappelijke groeperingen.

De aanbodbepalende groeperingen, zoals overheid en zorgverzekeraars, wenden hun invloed niet aan in het voordeel aan van de fysiotherapeuten. Consumentenorganisaties, die zorgvragers vertegenwoordigen, worden als bondgenoot beschouwd, met de beperking dat ze geen belangrijke stem hebben in het beleid voor fysiotherapie. Huisartsen, specialisten en een sterke eigen beroepsorganisatie bieden vooruitkijkend de beste mogelijkheden voor het behoud van de fysiotherapeutische zorgverlening in overeenstemming met de wensen van de beroepsgroep.

Ned T Fysiother 1997; 107 (4): 89-95

Dit is het tweede artikel uit de reeks van drie publicaties waarin het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, de resultaten presenteert van een onderzoek naar het functioneren van fysiotherapeuten die in Nederland extra- en intramuraal werkzaam zijn. In dit deel behandelen we de visie van de fysiotherapeut op het beleid van de overheid. In het vorige artikel hebben we de uitkomsten gepresenteerd op het gebied van beroep en beroepsuitoefening. Het hiernavolgende en afsluitende artikel gaat over gezondheid en welbevinden van de Nederlandse fysiotherapeut.

Vraag

De vraag naar fysiotherapie wordt in de eerste plaats bepaald door de patiënt. De patiënt dient de meerwaarde in te schatten van fysiotherapie met betrekking tot zijn aandoening. Een belangrijke intermediair in deze is de (huis)arts (1). Trends die de vraag naar fysiotherapie beïnvloeden, zijn:

- demografische ontwikkelingen (vergrijzing);
- het verwijsgedrag van (huis-)artsen;
- substitutie van zorg (verschuiving van intra- naar extramurale zorg);
- de mondigheid van de patiënt (2).

Ontwikkelingen in het gebruik van fysiotherapie worden echter bovenal bepaald door het overheidsbeleid. Via centrale richtlijnen wil de overheid behandelprocessen in de gezondheidszorg structureren en beheersen. De invulling hiervan gebeurt door de beroepsgroep

zelf, in overleg met patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars. Centrale richtlijnen vormen de pijler onder het kwaliteitssysteem fysiotherapie dat in opbouw is. Het systeem zal naar verwachting de positie en functie van de fysiotherapie in de gezondheidszorg legitimeren en biedt fysiotherapeuten een instrument om continu te werken aan kwaliteitsverbetering (3).

Aanbod

Veel jongeren willen graag fysiotherapeut worden. Slechts één op de zes gegadigden kan tot de opleiding worden toegelaten. Van overheidswege is een instroombeperking afgekondigd vanwege de hoge werkloosheid. De aanbodzijde wordt verder bepaald door een gering verloop en een afnemende uitstroom naar het buitenland. Ook arbeidsmarktverbreding biedt nauwelijks soelaas, zoals ook blijkt uit de resultaten van het artikel dat als eerste in dit tijdschrift is gepubliceerd (2).

De overheid remt het gebruik van fysiotherapie de laatste jaren sterk af, met een verantwoord gebruik van deze zorg als doel. In 1991 wordt het productievolume in de ziekenfondssector bevroren op het niveau van 1990. In de jaren erna zijn onder invloed van het overheidsbeleid tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten afspraken gemaakt over het productievolume. Per 1 januari 1996 is de 'beperkende maatregel fysiotherapie' van kracht. De vergoedingsregeling wordt beperkt tot maximaal negen behandelingen per indicatie met uitzondering van met name genoemde langdurige ziekten (4).

De invloed van zorgverzekeraars zal volgens de NRV, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, in de toekomst toenemen door contractbeleid en polisvoorwaarden. Verder zal de toekomst worden bepaald door de effectiviteit van fysiotherapie, de doelmatigheid van de fysiotherapeutische zorg.

Fysiotherapeuten trachten de voor hen nadelige gevolgen te beperken door efficiënter, doelmatiger en kwalitatief beter te werken. Tegelijkertijd wensen ze versoepeling van het beleid, want als gevolg van het substitutiebeleid en de demografische ontwikkelingen zal de vraag toenemen.

drs. J.W.E.T. Kersten, *assistent-onderzoeker*.

prof. dr. J. van der Zee, *directeur*.

H.P.H. Abrahamse, *assistent-onderzoeker*.

drs. H.J.M. Sixma, *onderzoeker*.

De auteurs zijn allen werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

Correspondentieadres:

Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Toekomst

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (5) pleit voor een rechtmatige plaats van de fysiotherapie in de gezondheidszorg met de daaraan verbonden noodzakelijke wettelijke ziektekostenverzekering, omdat fysiotherapeutische zorgverlening voor een deel noodzakelijk moet worden geacht. Aan de hand van genoemde centrale richtlijnen zullen beroepsgroepen voorlopig zelf de niet-noodzakelijke vormen van zorg uit de beroepsinhoud moeten laten verdwijnen.

De overheid moet verder doorgaan met macrobudgettering op het huidige niveau, om onevenwichtige groei van de fysiotherapie te beperken. Experimenten zullen richting geven aan verzekeringsbudgettering als invulling van macrobudgettering. De Raad adviseert het criterium 'verwijzing door een arts' te handhaven voor de fysiotherapie. Interdisciplinaire verwijzprotocollen dienen te worden ontwikkeld, evenals het fysiotherapeutisch consult. Chronisch zieken moeten uitgesloten blijven van beperkingen in aantal behandelingen en behandelduur.

Vraag en aanbod in de fysiotherapie worden voor een belangrijk deel bepaald door het overheidsbeleid. De politiek, zorgverzekeraars en de overheid hebben een belangrijke stem in de randvoorwaardelijke sfeer in zowel vraag als aanbod. De beroepsverenigingen maken zich sterk voor goede en goed georganiseerde fysiotherapeutische zorgverlening, wat onder meer tot uitdrukking komt in het nastreven van kwaliteit van zorg.

De doelstelling van dit tweede artikel betreft een presentatie van de opvattingen van fysiotherapeuten over de relatie tussen het beleid en de beroepsuitoefening. Centrale vragen zijn:

- Welke maatschappelijke groeperingen staan naar het oordeel van de fysiotherapeuten positief dan wel negatief ten opzichte van de beroepsgroep?
- Welke maatschappelijke groeperingen hebben naar de mening van de fysiotherapeuten veel dan wel weinig macht over het functioneren van de beroepsgroep?
- In welke beleidsstandpunten (overheid/politiek/zorgverzekeraars, wetenschap, geneeskundigen, beroepsorganisaties en patiënten) kunnen de fysiotherapeuten zich wel of niet vinden?
- Hoe beoordelen de fysiotherapeuten het kwaliteitsbeleid en welke instrumenten vindt men op dit gebied belangrijk?

Hierna gaan we kort in op de manier waarop aan het onderwerp 'fysiotherapeut en maatschappij' in de vragenlijst is vormgegeven. Daarna bespreken we de antwoorden van de fysiotherapeuten.

Methode

In het eerste artikel zijn we uitgebreid ingegaan op de methodische aspecten van het onderzoek: steekproef; respons; representativiteit; opzet. In dit tweede deel volstaan we daarom met een korte weergave van de vragen die direct betrekking hebben op het onderwerp van dit artikel.

Dit deel van de enquête bestaat uit zelf ontworpen vragen die gegeneerd zijn uit overleg met de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) en bestudering van beleidsnota's en literatuur (2,6-9). We hebben gekozen voor de vorm van beleidsgetinte stellingen, met de mogelijkheid aan te geven of men het ermee eens of oneens is. Dominerende onderwerpen in de stellingen zijn:

- de regelgeving van de overheid;
- veranderingen in de zorgverzekering;
- efficiëntie en effecten van de fysiotherapeutische werkmethode;
- de rol van verwijzers;
- de inbreng van patiënten in het zorgproces;
- het kwaliteitsbeleid.

Daarnaast hebben we enkele vragen geconstrueerd op het gebied van werkloosheidsbestrijding en kwaliteit van zorg.

Resultaten

In de bespreking van de resultaten gaan we eerst in op het beleid en de kwaliteit met betrekking tot fysiotherapie. Tot slot presenteren we hoe fysiotherapeuten de toekomstige behoefte aan en het gebruik van fysiotherapeutische zorg inschatten.

Maatschappelijk spanningsveld

Het beleid inzake fysiotherapie wordt tot op zekere hoogte bepaald door externe groeperingen (overheid; zorgverzekeraars; artsen; patiënten). Deze partijen of maatschappelijke groeperingen beïnvloeden het bestaan van de fysiotherapeut in positieve of negatieve zin. Hierbij kan men denken aan ruimte in het vergoedingensysteem of uitkomsten van wetenschappelijke onderzoek naar het effect van fysiotherapie. Wij vroegen de deelnemers van het onderzoek naar hun mening over de 'invloed' (positief, neutraal of negatief) en het 'gewicht' (groot of klein) van een aantal maatschappelijke groeperingen. De ondervraagde fysiotherapeuten zijn van mening dat de invloed van de volgende partijen overwegend negatief uitvalt:

- overheid (81% negatief);
- zorgverzekeraars (67% negatief);
- politieke partijen (66% negatief).

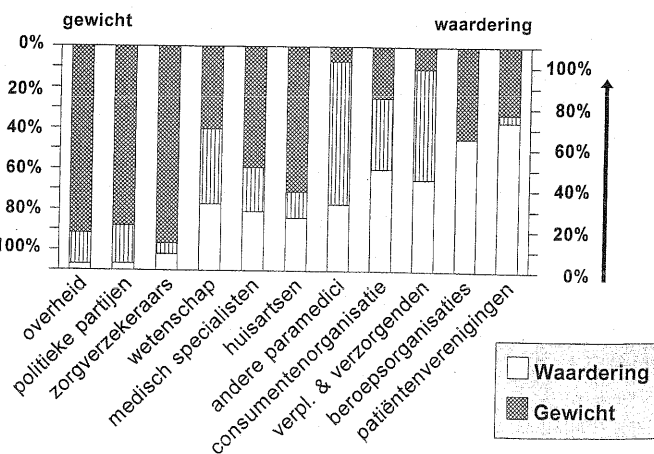
Partijen die hun invloed ten gunste van de fysiotherapie aanwenden, zijn naar het oordeel van de ondervraagde fysiotherapeuten:

- patiëntenverenigingen (73% positief);
- beroepsorganisaties (65% positief);
- consumentenorganisaties (50% positief);
- verplegenden en verzorgenden (45% positief).

De positieve invloed van andere paramedici, huisartsen, medisch specialisten en wetenschappers bedraagt circa 30% (figuur 1).

Extra- en intramurale fysiotherapeuten verschillen in beperkte mate in hun opvatting over de waardering van de maatschappelijke groeperingen. De intramurale fysiotherapeuten zijn een fractie minder negatief over de overheid en de politiek, maar juist negatiever over de zorgverzekeraars. Over de patiëntenverenigingen en beroepsorganisaties zijn de intramurale fysiotherapeuten een fractie positiever. Aan verplegenden en verzorgenden en huisartsen wordt minder waardering toegekend dan door hun collega's in de vrije praktijk.

Behalve naar 'invloed' hebben we ook gevraagd naar het 'gewicht' van de aangeboden partijen in de ogen van de fysiotherapeuten. Gewicht staat voor de mate van macht die een bepaalde partij heeft over de fysiotherapie. Fysiotherapeuten zijn natuurlijk het meest gebaat bij steun van die groeperingen die hun steun ook kunnen laten blijken. De respondenten konden per partij aangeven of zij veel of weinig gewicht hebben wat betreft fysiotherapie.



Figuur 1 Maatschappelijk spanningsveld van fysiotherapeuten, uitgedrukt in invloed en gewicht (extramurale fysiotherapeuten n = 334; intramurale fysiotherapeuten n = 380).

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er een groot gewicht wordt toegekend aan die partijen die een negatieve invloed hebben op de fysiotherapie (figuur 1). De uitkomsten op het gebied van 'gewicht' vormen als het ware het spiegelbeeld van de resultaten van 'invloed'. Het grootste gewicht kennen fysiotherapeuten toe aan:

- zorgverzekeraars (97% van de ondervraagden acht hun gewicht groot);
- de overheid (92%);
- politieke partijen (78%).

Van de partijen die hun invloed in positieve zin aanwenden, vinden fysiotherapeuten daarentegen het gewicht gering:

- patiëntenverenigingen (33% groot gewicht);
- eigen beroepsorganisaties (45% groot gewicht);
- verplegenden en verzorgenden (11% groot gewicht);
- consumentenorganisaties (25% groot gewicht).

Ook wetenschappers of andere paramedici leggen nagenoeg geen gewicht in de schaal. Fysiotherapeuten hebben kennelijk respect voor het maatschappelijke gewicht van huisartsen en specialisten; van huisartsen vindt 71% dat ze groot gewicht hebben en van specialisten een kleine 60%.

Het komt erop neer dat volgens de fysiotherapeuten de meest belangrijke spelers - zij die het aanbod bepalen - in het veld van de gezondheidszorg de fysiotherapeuten niet welgezd zijn. Het gaat daarbij dan om overheid, politiek en zorgverzekeraars. Men lokaliseert de waardering voor de fysiotherapie bij patiënten- en consumentenorganisaties, die vooral de vraag bepalen, en bij andere beroepen, zoals verpleging en verzorging; hun gewicht acht men echter gering. Een uitzondering vinden we bij huisartsen en specialisten. Zij worden van een redelijk groot gewicht geacht en ze zijn de fysiotherapeuten tamelijk welgezd. Als we vooruit kijken, zouden fysiotherapeuten - opererend in dit maatschappelijke spanningsveld - wellicht het meest gebaat zijn bij een coalitie met geneeskundigen.

Werkloosheid fysiotherapeuten

Het werkloosheidscijfer onder fysiotherapeuten is hoog. We hebben de ondervraagden enkele opties voorgehouden die mogelijk tot een reductie van dit cijfer zouden kunnen leiden (figuur 2). De ondervraagden ondersteunen de ingeslagen weg van de overheid als het gaat om beperking van de opleidingscapaciteit: ruim 80% kan zich daarin vinden.

Een tweede optie waarvoor een meerderheid te vinden is, betreft flexibele pensionering (64%). Alle andere genoemde opties vinden in het algemeen weinig weerklink bij de fysiotherapeuten: algehele vestigingsstop, beperking praktijkdichtheid per regio, beperking praktijkomvang en arbeidstijdverkorting. Voor de intramurale zorg-

verleners is ATV een bespreekbare optie: bijna de helft van hen, voornamelijk vrouwen, heeft de optie aangekruist.

CAO

Sinds 1 juli 1996 is er een nieuwe CAO voor de vrijgevestigde fysiotherapiepraktijk van kracht (10). In de eerste twee maanden na het verschijnen heeft slecht één op de vijf extramurale medewerkers een nieuw arbeidscontract ondertekend. Bijna 40% verwachtte in oktober, november of december 1996 nog een nieuw contract te krijgen. De resterende groep respondenten van ruim 40% verwachtte geen nieuw contract met zijn/haar werkgever aan te gaan in 1996.

Bezuinigingen

Bezuinigingen in de gezondheidszorg treffen ook de fysiotherapeut. De maatregel Borst, die per 1 januari 1996 van kracht is gegaan, laat zich typeren in twee elementen:

- vergoeding voor maximaal negen behandelingen per indicatie;
- uitzondering op de maatregel bij de langdurige ziekten.

We hebben de respondenten gevraagd in hoeveel procent van de gevallen negen zittingen voldoende zijn voor de behandeling. Slechts een enkeling veronderstelt dat negen zittingen per behandeling in alle gevallen voldoende zijn. Ongeveer in twee van de vijf gevallen verwachten de beroepsbeoefenaren dat negen zittingen voldoende zijn.

Zorgverzekering

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

- landurige zorg (verpleeghuis, AWBZ);
- kortdurende zorg (ziekenhuisopname, ZW);
- additieve zorg.

Het eerste en tweede compartiment betreffen de wettelijk geregelde zorgverzekering; voor de zorg in het derde compartiment kan men zich vrijwillig bijverzekeren.

Fysiotherapeuten zijn er niet gerust op dat de hele Nederlandse bevolking zich zal bijverzekeren als de fysiotherapie in het derde compartiment zou komen: ruim een kwart van de extramuraal werkenden en meer dan de helft van de intramuraal werkenden denkt dat minder dan de helft van de bevolking zich aanvullend zal verzekeren. We vervolgen ons artikel met de resultaten op de reeds genoemde stellingen. De deelnemers aan de enquête konden aangeven of ze het eens dan wel oneens waren met de geformuleerde stelling.

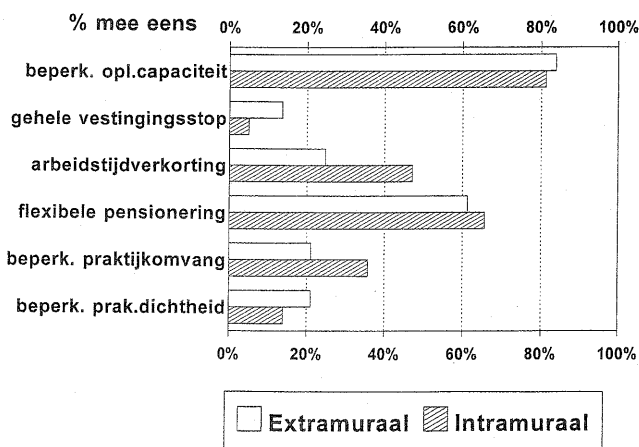
Beleidsuitspraken

Overheid, zorgverzekeraars en algemeen beleid

Mogelijke gevolgen van de beperkende maatregel fysiotherapie zijn getoetst in de uitspraken 1 en 10 (tabel 1). Bij beide uitspraken nemen de extramurale fysiotherapeuten, zoals we mochten verwachten, sterker stelling in dan de intramuraal. De extramuraal werkenden zijn immers rechtstreeks getroffen door deze maatregel. Zij schatten, gezien de stelling in een krappe meerderheid (65%), dat er minder gebruik gemaakt wordt van de fysiotherapeutische zorg.

Maar wordt de soep dan zo heet gegeten als ze wordt opgediend? Slechts 57% van de extramurale fysiotherapeuten is het oneens met stelling 10. Ruim een kwart van de ondervraagden kan zich daarentegen wel vinden in de uitspraak! Voor verlenging van het maximum aantal zittingen komen slechts die aandoeningen in aanmerking die voorkomen op de lijst 'Indicaties langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie'. Maar deze lijst is volgens negen van de tien fysiotherapeuten niet compleet (5). Met name de extramuraal werkenden onderstrepen de onvolledigheid van deze lijst.

Ongeveer de helft van de ondervraagden laat zich niet negatief uit over bezuinigingen op de fysiotherapie (2) of op de gezondheidszorg



Figuur 2 Mogelijkheden tot reductie van het werkloosheidscijfer onder fysiotherapeuten (extramuraal fysiotherapeuten n = 334; intramuraal fysiotherapeuten n = 380).

meer van mening dat de informatieverstrekking aan patiënten beter kan. Tweederde van de extramurale fysiotherapeuten vindt niet dat men de patiënt te weinig advies en voorlichting geeft (33). Onder de intramurale fysiotherapeuten is slechts 36% tegen deze uitspraak.

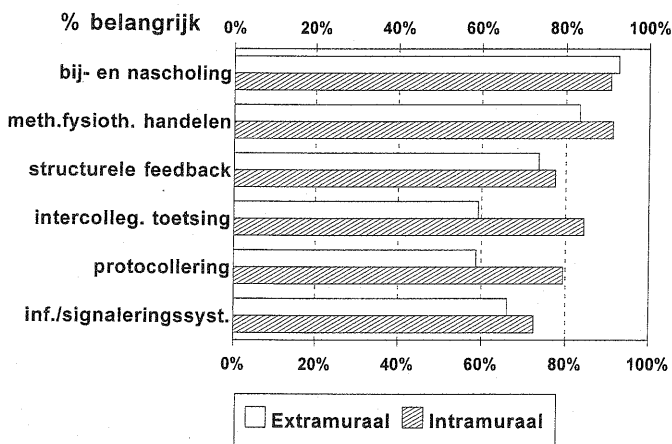
Kwaliteit

We hebben verder nog enkele (groepen) van kwaliteitsinstrumenten aan de deelnemers voorgelegd, met de vraag het belang van de afzonderlijke instrumenten te beoordelen voor een goede beroepsuitoefening nu en in de toekomst (figuur 3).

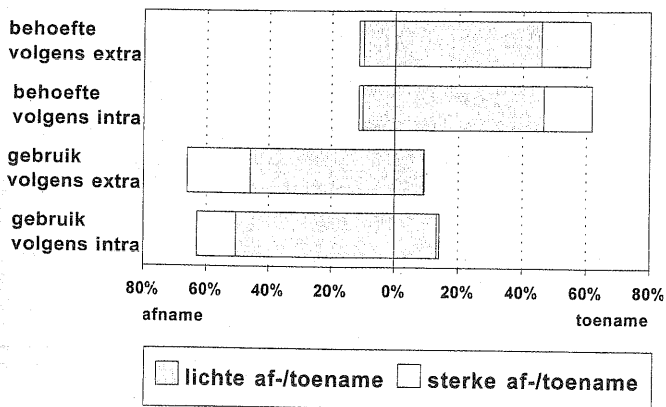
Alle genoemde kwaliteitsinstrumenten achten de fysiotherapeuten belangrijk. De scores variëren van 60% tot ruim 90%. Men hecht de grootste waarde aan bij- en nascholing, gevolgd door methodisch fysiotherapeutisch handelen, structurele feedback patiënten, intercollegiale toetsing, protocollering en informatiesystemen.

De extra- en intramurale fysiotherapeuten verschillen sterk van mening over het belang van intercollegiale toetsing ($p = .000$), gevolgd door protocollering ($p = .000$) en methodisch fysiotherapeutisch handelen ($p = .002$).

In alle gevallen vinden de intramurale zorgverleners het belang van het instrument voor een goede beroepsuitoefening groter. De complexere structuur in de intramurale sector is misschien debet aan het zwaarder aanzetten van genoemde kwaliteitsinstrumenten.



Figuur 3 Beoordeling kwaliteitsinstrumenten fysiotherapie (extramurale fysiotherapeuten n = 334; intramurale fysiotherapeuten n = 380).



Figuur 4 Verwachtingen ten aanzien van behoefte en gebruik van fysiotherapeutische zorg (extramurale fysiotherapeuten n = 334; intramurale fysiotherapeuten n = 380).

Behoeftte aan en gebruik van fysiotherapeutische zorg

Bijna tweederde van de ondervraagden verwacht dat de behoefte aan fysiotherapeutische zorg in de komende vijf jaar zal toenemen; 15% hiervan verwacht zelfs een sterke toename van de behoefte. Van het gebruik van fysiotherapie verwachten de ondervraagden echter het omgekeerde. Tweederde verwacht een afname, waarvan 20% extramuraal en 13% intramuraal een sterke afname in het gebruik verwacht (figuur 4).

Taxatie

Met een open vraag hebben we de ondervraagden tot slot van de enquête de gelegenheid geboden een taxatie te maken van mogelijke oorzaken van de veranderingen in de toekomstige behoefte en het gebruik van fysiotherapie. De veranderingen in de behoefte zijn volgens de fysiotherapeuten vooral terug te voeren op de vergrijzing van de bevolking; 59% van de extramuralen en 68% van de intramuralen noemt dit. Ongeveer één op de zes fysiotherapeuten noemt ook nog de volgende oorzaken:

- de veranderende leefwijze en/of omstandigheden van de patiënt;
- beroepsmatige veranderingen;
- toename van de arbeidsdruk en stress in de maatschappij;
- toename van bepaalde ziektebeelden en sportletsels.

De afname van het gebruik wordt vooral toegeschreven aan de bezuinigingsmaatregelen van overheid en verzekeraars; 85% noemt dit spon-taan. Verder noemt 20% van de respondenten opnieuw de beroepsmatige veranderingen en de verwijzers. Ruim een kwart van de extramurale fysiotherapeuten versus 10% van de intramurale legt een verband tussen verwijsgedrag en het gebruik van fysiotherapie.

Conclusie en discussie

Het beleid van overheid en zorgverzekeraars zit fysiotherapeuten dwars. Tegelijkertijd zien fysiotherapeuten hun lot bepaald door met name deze twee partijen. Ze voelen zich gesteund en gewaardeerd door patiënten- en consumentenorganisaties en verplegenden en verzorgenden, maar deze leggen helaas weinig gewicht in de schaal. Wellicht kunnen fysiotherapeuten aansluiting vinden bij die maatschappelijke groeperingen die ze welgezind zijn én enig gezag vertegenwoordigen, namelijk huisartsen en specialisten. De beroepsorganisaties zullen eerst aan kracht moeten winnen en één vuist moeten maken voordat ze een doorslagge-vende rol in dit maatschappelijke spanningsveld kunnen gaan spelen.

Fysiotherapie is basiszorg en dat moet vooral zo blijven, vinden fysiotherapeuten. Ondanks de bezuinigingen blijven fysiotherapeuten kritisch in hun eigen functioneren. Bijna één op de vijf extramuraal werkenden en bijna de helft van de intramuraal werkenden vindt dat er binnen de fysiotherapie te lang wordt behandeld zonder dat dit effect oplevert. Er is ook een grote meerderheid te vinden, met name intramuraal, voor de stelling: Er kan binnen de fysiotherapie doelmatiger worden gewerkt. Efficiency in de zorgverlening lijkt een doelstelling die de beroepsbeoefenaren delen met overheid en zorgverzekeraars. Fysiotherapeuten lijken vooral moeite te hebben met de manier waarop bezuinigingsmaatregelen eenzijdig worden afgekondigd. Een sterke beroepsorganisatie kan in overleg met de achterban voor een breder draagvlak van efficiëncymaatregelen zorgdragen.

Fysiotherapeuten zijn in ruime meerderheid negatief over de kennis van patiënten over het beroep van fysiotherapeut. Patiënten zouden het succes van de fysiotherapeutische behandeling kunnen vergroten door zelf meer verantwoordelijkheid te nemen in de behandeling van hun ziekte en meer gebruik te maken van aangeboden oefenprogramma's. Het kwaliteitsbeleid binnen de fysiotherapie wordt door beroepsbeoefenaren alom gesteund. Vooruitkijkend kan dit mogelijk een schildwerking hebben in de bedreiging van buitenaf.

Ondanks de toenemende vergrijzing en een verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn verwacht men geen groei in het aantal fysiotherapeuten. De behoefte aan fysiotherapeutische zorg zal volgens de deelnemers hoofdzakelijk toenemen als gevolg van demografische

ontwikkelingen. De bezuinigingsmaatregelen zijn evenwel niet zonder effect: de behoefte zal stijgen, maar het gebruik van fysiotherapeutische zorg neemt volgens de ondervraagden af.

Abstract

Work and working conditions of physiotherapists are changing because of the Dutch government's spending cuts with regard to health care. Extramural and intramural physiotherapists were invited to give their opinions on several societal groups with respect to physiotherapy. They report that the influence of powerful groups, e.g. government care insurance organizations is not favourable, whereas, according to the physiotherapists, the influence of less powerful groups like patient and consumer organizations is favourable. In between are general practitioners and medical specialists: they have a rather powerful position in society and their attitude towards physiotherapists is quite positive. Cooperation with these groups can strengthen the position of physiotherapists in society.

Physiotherapists do agree with the government that efficiency measures in their part of health care must be taken. Almost 75% agreed on the thesis: it is possible to work more effectively in physiotherapy. They seem to prefer executing the necessary budgetary measures themselves - by means of forming a unified and strong occupational organization - rather than patiently undergoing these cut-backs.

Literatuur

- 1 Rijken PM, Heugten CM van, Dekker J. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 1996.
- 2 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Beroepskrachten voorziening fysiotherapeuten en logopedisten. Zoetermeer, 1993.
- 3 Hendriks HJM, Reitsma E, Ettekoven H van. Centrale richtlijnen in de fysiotherapie. Ned T Fysiother 1996; 106(1): 2-11.
- 4 Ministerie van VWS; Directoraat Generaal van de volksgezondheid. Notitie inzake voorlichting, vergoedingsregeling paramedische hulp. Den Haag, 1996.
- 5 Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde Dienstverlening. Fysiotherapie en oefentherapie. Zoetermeer: Ministerie van VWS, 1996.
- 6 Bekema K et al. Fysiotherapie quo vadis? Eindhoven: Hogeschool Eindhoven, 1996.
- 7 Centraal Bureau Fysiotherapie, Landelijk Patiënten/Consumenten Platform. Modelregeling fysiotherapeut-patiënt. Amersfoort/Utrecht, 1992.
- 8 Jansen A. Enquête geeft helder beeld van oordeel cliënt. Zaanstreek-Waterland beproeft feedback-systeem eerstelijns fysiotherapie. FysioPraxis 1995; 4(8): 34-36.
- 9 KNGF/VVF. Reglement voor de klachtencommissie. Amersfoort, 1996.
- 10 LVFD/VVF. CAO voor de vrijevestigde fysiotherapiepraktijk. LVFD/VVF, 1996.

Boekbespreking

Craniomandibular border characteristics and orofacial pain De behandeling van CMD is niet meer denkbaar zonder de diagnostische en therapeutische inbreng van de fysiotherapeut, stelt Hesse in stelling 5 van zijn proefschrift. In dit 112 pagina's tellende proefschrift geeft Hesse in acht hoofdstukken antwoord op de vraag of op basis van

passief en actief bewegingsonderzoek, met name het onderzoek naar eindgevoel en pijn, een onderscheid kan worden gemaakt tussen 'myogene' en 'arthrogene' CMD-patiënten. Met behulp van literatuuronderzoek, klinisch en experimenteel onderzoek formuleert Hesse daarop een wetenschappelijk gefundeerd antwoord.

Hoofdstuk 1 geeft een kort overzicht van de etiologie, symptomatologie en de diagnostiek van craniomandibulaire dysfunctie (CMD). De doelstelling van deze studie is het vinden van objectieve criteria met betrekking tot het interpreteren van eindgevoel en pijn bij CMD-patiënten.

In hoofdstuk 2 geeft Hesse in een literatuuroverzicht de verschillende anatomische, biomechanische en pathofysiologische factoren aan die van invloed kunnen zijn op de bewegingsuitslagen van het craniomandibulaire gewricht. Er blijkt hierover geen overeenstemming te bestaan. Volgens Hesse zijn de beschreven vooronderstellingen gebaseerd op morfologische en/of theoretische analyses die nog niet door klinische bewijsvoering worden ondersteund. Verder klinisch en experimenteel onderzoek bij gezonde proefpersonen en CMD-patiënten kan meer inzicht verschaffen in deze factoren.

Hoofdstuk 3 wijdt Hesse aan de beschrijving van een klinisch onderzoek waarin bij 51 gezonde proefpersonen (15 vrouwen en 36 mannen) de relatie wordt onderzocht tussen perifere gewrichtsmobiliteit en de mobiliteit van het craniomandibulaire gewricht. Die relatie blijkt statistisch nauwelijks te bestaan. Wel is er een statistisch significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de 'eindgevoelsafstand'. Dit is het verschil in millimeters tussen de maximale passieve en actieve mondopening.

In hoofdstuk 4 wordt bij veertig gezonde proefpersonen (20 vrouwen en 20 mannen) in een experiment de stijfheidswaarden van het craniomandibulaire gewricht bepaald tijdens het passief bewegings-

onderzoek bij maximale mondopening. Dit experiment wordt uitgevoerd met behulp van een kracht- en verplaatsingsregistratiemethode. Mannen blijken ten opzichte van vrouwen hogere craniomandibulaire stijfheidswaarden te hebben.

Hoofdstuk 5 toont de resultaten van de relatie tussen subjectieve pijnrapportage (Symptoom Rapportage Vragenlijst) en de uitkomst van verschillende (dynamische en statische) pijnprovocatietesten en orthopedische testen bij een groep van 32 CMD-patiënten met recente pijnklachten. De resultaten ondersteunen de toepasbaarheid van de pijnprovocatietesten bij het differentiëren tussen arthrogene- en myogene pijnpatiënten. Hesse merkt wel op dat bij een statische pijnprovocatie-test voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van een positieve uitkomst, wanneer blijkt dat het craniomandibulaire gewricht compressiegevoelig is.

In hoofdstuk 6 vergelijkt Hesse actieve maximale mondopening, eindgevoelsafstand en craniomandibulaire stijfheid in drie subgroepen van CMD-patiënten met die van gezonde proefpersonen. Dit zijn de proefpersonen uit hoofdstuk 4. De subgroep CMD-patiënten met arthrogene pijn zonder 'closed lock' (een anteriore discussverplaatsing zonder reductie) verschilt op geen van de onderzochte parameters met de gezonde proefpersonen. De subgroepen CMD-patiënten met myogene pijn en die met arthrogene pijn met 'closed lock' verschillen op alle parameters wel statistisch significant van de gezonde proefpersonen. Concluderend stelt Hesse in hoofdstuk 7 dat de eindgevoelsafstand een kwantitatieve en eenvoudig uit te voeren test is om de craniomandibulaire stijfheid te bepalen. Hij pleit voor het opnemen van deze test in het standaardonderzoek van CMD-patiënten met recente pijnklachten. Verder betoogt Hesse dat dynamische en statische pijnprovocatietesten klinisch goed toepasbaar zijn om te differentiëren tussen recent ontstane pijn van myogene en arthrogene aard bij CMD-patiënten. Een samenvatting treft u aan in hoofdstuk 8.

drs. J. Verhoef

Persoonlijk commentaar

Stelling 5, die ik in het begin van deze recensie citeerde, wordt in dit proefschrift degelijk onderbouwd. Dit onderzoek maakt duidelijk welke bijdrage een fysiotherapeut kan leveren in met name de diagnostiek van CMD-patiënten. In dit proefschrift worden op wetenschappelijke gebied geen grenzen verlegd. De gepresenteerde experimentele onderzoeken blijven alle binnen een klinisch beschrijvende context. Resumerend is dit helder en goed verzorgde proefschrift van waarde voor de praktiserend fysiotherapeut of student fysiotherapie. Voor de wetenschappelijk onderzoeker lijkt het me van minder waarde.

Craniomandibular border characteristics and orofacial pain. A clinical and experimental investigation
Auteur: J.R. Hesse

Uitgever: Universiteit van Amsterdam,
1996, 112 pagina's

