

Walter Zuiderduin, Joost Dekker

# Oefentherapeuten—Cesar: werksituatie en taakuitoefening

## Samenvatting.

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

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

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

## Inleiding.

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

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

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

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

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

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

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

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

In een tweede artikel wordt verslag gedaan over de relatie met de verwijzer. Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk<sup>1</sup> en therapeuten die werkzaam zijn in een solo-praktijk. De mogelijkheid bestaat dat onder deze verschillende werksituaties, oefentherapeuten-Cesar verschillen in taakuitoefening, omdat bepaalde taken gezamenlijk kunnen worden uitgevoerd. Bovendien is de verwachting dat in groepspraktijken de mogelijkheid (en noodzakelijkheid) van overleg met collega's groter is.

## METHODE.

### Gegevensverzameling.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Cesar in Nederland. Bij de steekproef is gebruik gemaakt van twee bestanden: ten eerste het bestand van namen en adressen van werkende leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC). Daarnaast werd gebruik gemaakt van het bestand van de bij de Geneeskundige Hoofdinспекtie (GHI) geregistreerde gediplomeerde oefentherapeuten-Cesar<sup>2</sup>. Uit dit laatste bestand zijn alle therapeuten verwijderd die reeds voorkwamen in het bestand van de VBC. Het grootste deel van de steekproef (267 therapeuten) is afkomstig uit het ledenbestand van de VBC. Om ook niet-leden te betrekken in de steekproef is het overige deel van de steekproef (100 therapeuten) afkomstig uit het bewerkte GHI-bestand. In totaal zijn 367 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992.

## DE ENQUETE

### De procedure bij het ontwikkelen van de enquête.

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

## De inhoud van de enquête.

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

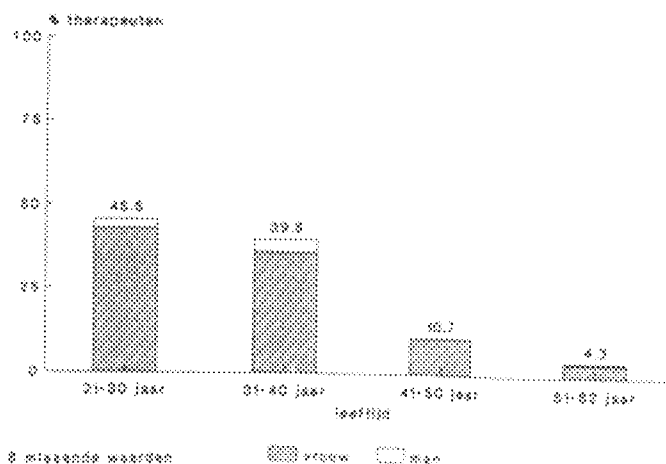
Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solo-praktijk. De verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toets of de chi-kwadraat methode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven in de tekst. Als significantie-niveau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

## RESULTATEN

### Respons.

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

### Demografische en algemene kenmerken.



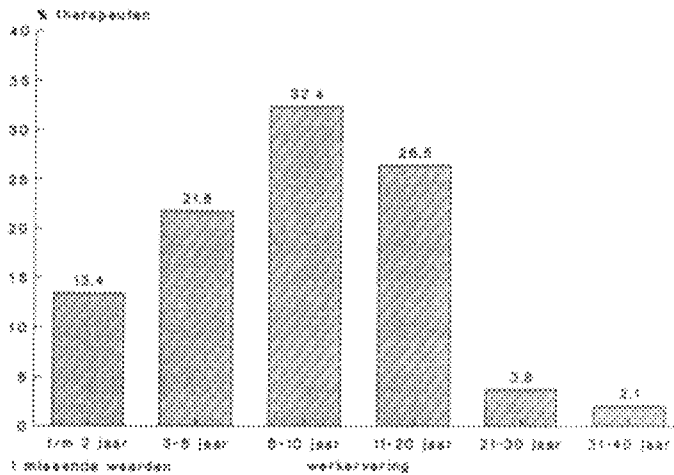
figuur 1: Geslachts- en leeftijdsverdeling van de respondenten. (N = 239)

- 1 Met een groepspraktijk wordt hier bedoeld een praktijk waar meer dan één oefentherapeut-Cesar werkzaam is.
- 2 Het werkende ledenbestand van de VBC omvatte 714 namen en adressen en het bestand van de GHI 974 namen en adressen.

In figuur 1 staat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de 239 respondenten. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 33,5 jaar. Van de 239 respondenten waren 224 (93,7%) van het vrouwelijk geslacht.

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

De werkervaring van de respondenten is gemiddeld 9,1 jaar. Het minimum aantal jaren is 0,3 en het maximum aantal jaren is 40,0 (zie figuur 2).



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

#### Kenmerken van de werksituatie.

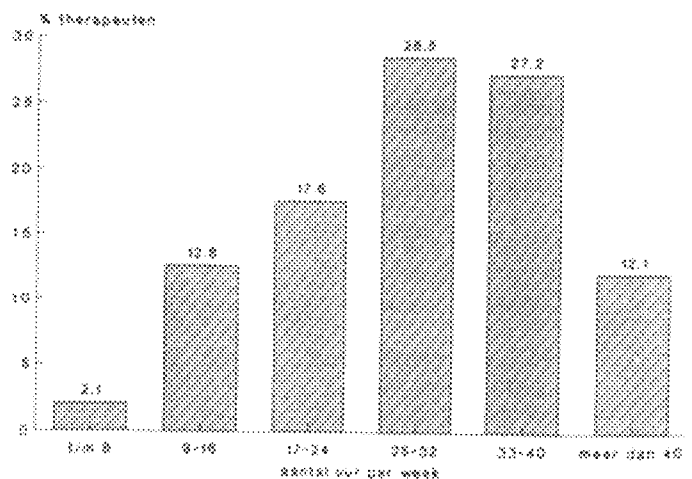
De meeste oefentherapeuten-Cesar (80%) zijn werkzaam op één werkplek, 18% op twee werkplekken en 2% op drie werkplekken. De meerderheid (91%) van de respondenten werkt uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bijna 9% van de respondenten is werkzaam in de tweede/derdelijns gezondheidszorg; 3% uitsluitend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

Het aantal uren dat de respondenten werken per week is gemiddeld 29,2 (minimaal 3 uren en maximaal 60 uren). In figuur 3 staat de frequentieverdeling van het totaal aantal uren werk per week (dus over alle werkplekken opgeteld). Het aantal behandelingen per week ligt bij de in de eerste lijn werkende therapeuten tussen 4 en 75 en is

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

praktijk/instelling	aantal therapeuten	%
<b>a. eerstelijns gezondheidszorg.</b>		
praktijk voor oefentherapie Cesar	223	(93,3%)
gezondheidscentrum	2	(0,8%)
paramedisch centrum	1	(0,4%)
kruisvereniging	2	(0,8%)
<b>b. tweede/derdelijnsgezondheidszorg</b>		
ziekenhuis	5	(2,1%)
verpleeghuis	11	(4,6%)
zwakzinnigen instelling	1	(0,4%)
gehandicapteninstelling	1	(0,4%)
medisch kleuterdagverblijf	5	(2,1%)
<b>c. elders</b>		
opleiding voor oefentherapie Cesar	1	(0,4%)
LOM-school	3	(1,3%)
ZMLK-school	1	(0,4%)
school n.n.o.	6	(2,5%)
zwembad	3	(1,3%)

gemiddeld 38,9 (N = 224). Het aantal behandelingen per week ligt bij de in de tweedelijns werkende therapeuten tussen 3 en 95 en is gemiddeld 43,00 (n = 20). In de eerste lijn heeft 40,9% van de therapeuten te maken met een wachtlijst voor patiënten. Bij 52,7% van de therapeuten met een wachtlijst is de wachtlijst een structureel probleem. De gemiddelde wachttijd indien er een wachtlijst is bedraagt 3,9 weken.



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

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

**Kenmerken van de taakuitoefening.**

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

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

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

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

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

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

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

**overige taakgebieden**

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

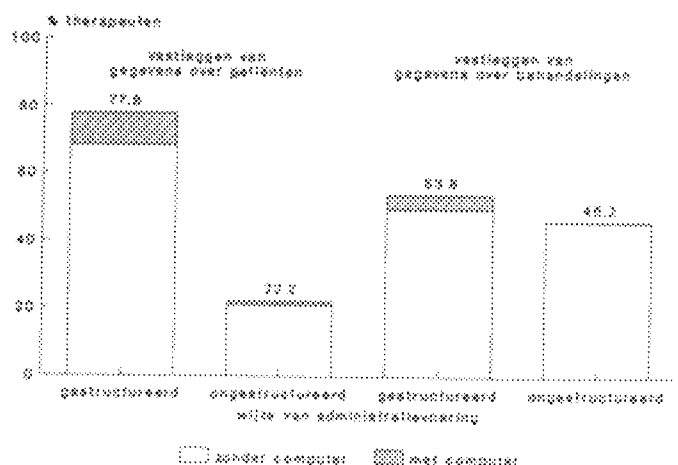
Het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's (bijv. intercollegiale toetsing)  
(2 missende waarden)

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

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

**Administratievoering.**

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



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

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

#### Bijhouden en uitbreiden van deskundigheden.

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

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

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

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

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

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

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

#### Verschillen tussen therapeuten uit solo- en uit groepspraktijken.

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

#### BESCHOUWING

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

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

gen in de tijd van kenmerken van de populatie werkende oefentherapeuten-Cesar. De toename van het percentage mannelijke therapeuten kan toegeschreven worden aan een positief discriminatie beleid bij de opleiding ten aanzien van de toelating van mannelijke studenten. Daarnaast treedt er een veroudering van de beroepsgroep op.

De oefentherapie Cesar is met name gesitueerd in de eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts een gering deel van de respondenten werkt uitsluitend in de tweede/derdelijns gezondheidszorg.

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

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

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

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

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

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

#### LITERATUUR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Auteurs: drs. W.M. Zuijlenderduin en dr. J. Dekker  
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.  
NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.  
Drieharingstraat 6, Utrecht, Tel. 030-319046*