



SAMENWERKING TUSSEN FYSIOTHERAPEUTEN EN OSTEOPATEN

Inventarisatie van factoren die invloed hebben op de samenwerking
tussen fysiotherapeuten en osteopaten.

Studenten: Steven Bos & Edeltraud Rovers

Begeleider: Rik Hoste D.O.

Mei 2020

Thesis voorgedragen ter verkrijging van de titel Diploma in de Osteopathie (D.O.) van het
Nederlands Academisch College voor Osteopathie

Voorwoord

Voor u ligt de thesis ter afronding van de zevenjarige opleiding osteopathie aan het college Sutherland te Amsterdam. De afgelopen jaren zijn naar onze mening voorbijgevlogen. Het lijkt geen 7 jaar geleden dat we zijn gestart.

De studie tot osteopaat is meer dan alleen kennis en kunde vergaren om tot een DO (Diploma in Osteopathie) te komen. In de eerste plaats is het een studie die je begint vanuit een bewuste keuze. Die keuze komt voort uit een reeds gaande zijnde persoonlijke ontwikkeling, die ons deze richting op hebben geleid. Die vele mooie jaren studie heeft ons nu tot de keuze gebracht om deze thesis samen te schrijven. Studeren heeft ons veel energie, vrije tijd en rust gekost. Daarnaast heeft het ook zijn weerslag gehad op onze relaties en ons sociaal leven. Het hebben van een gezin, een voltijd baan als fysiotherapeut, als sportmasseur/homeopaat en het runnen van een eigen praktijk kost ook heel veel tijd. Het moogt duidelijk zijn dat het soms moeilijk was om het evenwicht te bewaren. Het zijn best wat ballen geweest die we in de lucht wilden houden. De studie heeft ons daarentegen ook enorm veel gebracht. We hebben mogen kennismaken met een geweldig mooi vak. We hebben vrienden gemaakt en ons mogen laten inspireren en anderen mogen inspireren!

Bij afronding en goedkeuring van deze thesis zijn wij klaar om te beginnen om te werken als osteopaat. Dan kunnen we gaan genieten van een life long learning in alle facetten.

Wij zijn van november 2019 t/m mei 2020 bezig geweest met het onderzoeken en schrijven van deze scriptie.

Het onderzoek voor deze scriptie zal de inhoud, of status, van een eventuele samenwerking tussen fysiotherapeuten en osteopaten verduidelijken. Vanuit onze achtergrond (Steven is fysiotherapeut, Traudi is sportmasseur/homeopaat) komt de interesse om een antwoord te vinden op deze vraag.

Deze thesis is ontstaan door een samenwerking van ons beiden. Een duidelijke scheiding is te maken in het schrijven van het historisch perspectief en de visies op

beide vakgebieden. Steven nam het vak fysiotherapie op zich en Traudi schreef het stuk over osteopathie. De inleiding is hoofdzakelijk het product van Steven waarbij we beiden ons aandeel hebben gehad in het zoeken van de passende literatuur. Ook Gwenda van Ham en June Wisse, twee studenten uit het jaar medische basiskennis, hebben in een deelopdracht bijgedragen aan een deel van de literatuursearch. De uitwerking van de methodologie werd voor een groot deel door Traudi gedaan.

Door het regelmatig heen en weer sturen en wekelijkse, soms dagelijkse communicatie momenten hebben wij deze thesis kunnen schrijven. De meeste onderdelen zijn echter een product van ons beiden.

Hier ligt nu na 7 maanden intensief werk deze thesis als eindresultaat. Wij kijken moe, maar voldaan terug op deze intensieve periode. Het schrijven van deze thesis en daarmee de afronding van onze studie was niet mogelijk geweest zonder de steun van vrienden, familie en onze begeleider. We hebben veel hulp gehad en willen graag de volgende mensen bedanken: Allereerst willen wij dan ook onze begeleider Rik Hoste DO, bedanken voor zijn begeleiding en feedback die hij ons met veel enthousiasme en deskundigheid gaf. Hij is een toegewijde en bevlogen osteopaat, met een rust en passie, die we beiden erg waarderen. Wij zijn beide door hem erg geïnspireerd geraakt voor het vak osteopathie. Wij hopen dat ook in de toekomst onze paden zullen blijven kruisen!

Dank aan Robert, Johan en Lana voor de steun, het kritisch lezen van de thesis en de correcties in taal en opbouw, waardoor deze thesis in alle opzichten verbeterde. Onze dank gaat uit naar Michael, die met zijn statistische kennis een mooie analyse van de resultaten op papier heeft gezet. Gwenda en June, bedankt voor jullie bijdrage en succes met de start van jullie vervolgstudies. Verder willen wij Julia en Martijn bedanken voor het vormgeven van de factsheet en de lay-out van de thesis. Vanzelfsprekend bedanken we alle collega's, organisaties en praktijken die ons hebben geholpen met het bereiken van voldoende respondenten. We bedanken natuurlijk de respondenten voor hun input. Zonder input geen thesis.

Tenslotte willen wij onze familie en vrienden enorm bedanken voor hun steun tijdens alle fases van onze studie.

We hopen dat we hebben kunnen bijdragen aan het inzichtelijk maken van de status van samenwerking, maar spreken hierbij ook de wens uit om de beroepsgroepen meer te zien integreren in de eerstelijnszorg. We kunnen zoveel bijdragen en van elkaar leren.

Steven Bos & Edeltraud Rovers

Breda, 26 mei 2020

Samenvatting

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de behoefte aan samenwerking binnen de gezondheidszorg steeds groter wordt. Een groot deel van de patiënten zou willen dat de huisarts het initiatief neemt om hun te informeren over de mogelijkheden van Complementaire geneeskunde en bij behoefte ook doorverwijst na een CAM-behandelaar. Een betere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners zou niet alleen kwaliteitsvoordelen opleveren, maar kan ook de efficiëntie van de eerste lijn vergroten.

Het doel van het onderzoek is te inventariseren welke factoren invloed hebben op het wel of niet samenwerken tussen fysiotherapeuten en osteopaten. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Wat is de status van samenwerking tussen de fysiotherapeuten en osteopaten en vice versa?*

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een gestructureerd empirisch onderzoek uitgevoerd waarvoor een online enquête onder fysiotherapeuten en osteopaten is verspreid.

Uit de antwoorden op de gestelde vragen bleek dat osteopaten meer en vaker samenwerken met fysiotherapeuten dan andersom. Opvallend is dat voornamelijk jongere fysiotherapeuten onder de 45 jaar samenwerken met osteopaten. Een ander belangrijk resultaat is dat fysiotherapeuten meer communiceren richting de osteopaten dan andersom. De communicatie kan een belangrijke stimulerende factor zijn om een samenwerkingsverband te verbeteren.

Er zijn diverse redenen waarom beide beroepsgroepen wel of niet samenwerken. Het lijkt dat het verdiepen in elkaars domein en netwerk een bijdrage kan leveren aan het vormgeven van samenwerking.

Het hier gepresenteerde onderzoek kan worden gezien als een oriëntatie op de samenwerking tussen osteopaten en fysiotherapeuten. Om meer uitspraken te kunnen doen over de gevonden verbanden, is een verdiepend onderzoek wenselijk.

Abstract

There is a growing need for communication and collaboration between healthcare providers. Research shows that patients report a desire for their primary care physician to take initiative in informing them of and – when the need arises – referring them to Complementary and Alternative Medicine (CAM) therapies and providers. Improvements in crosstalk between different professional groups within healthcare provider networks would lead to qualitative benefits and improved efficiency in primary care. This study posits the following question: *What is the current status of collaboration between physical therapists and osteopaths in the Netherlands?* In order to assess the factors that determine whether or not physical therapists and osteopaths collaborate and communicate an online survey was sent to networks of both professional groups.

While osteopaths report their collaboration with physical therapists is more frequent and likely, physical therapists report a higher incidence of communication to osteopaths than conversely (osteopaths to physical therapist). Notably, physical therapists who do collaborate with osteopaths tend to be under the age of 45. Diverse reasons determine whether collaboration between these groups is realized. Communication can be an important stimulus in improving this alliance. It appears that a better understanding of what each modality has to offer in the form of therapy and more integration between professional networks would help to shape and strengthen inter-professional collaboration. The research findings presented here can be seen as an orientation on current collaborative efforts between physical therapists and osteopaths; a more in-depth assessment of this relationship requires further investigation.

Inhoud

Inleiding.....	1
1 Motivatie	13
1.1 Motivatie Steven.....	13
1.2 Motivatie Traudi	14
1.3 Hoofdvraag en deelvragen.....	17
1.4 Doelstelling	18
2 Theoretisch Kader.....	19
2.1 Historisch perspectief Osteopathie.....	19
2.2 Historisch perspectief Fysiotherapie.....	21
2.3 Osteopathie Visie	23
2.4 Fysiotherapeutische visie.....	25
2.5 Vergelijk visie Osteopathie en Fysiotherapie	28
3 Methodologie	31
3.1 Literatuursearch.....	31
3.2 Type onderzoek.....	32
3.3 Doel van het onderzoek.....	32
3.4 Meetinstrumenten.....	33
3.5 Validering en betrouwbaarheid van de enquête	34
3.6 Doelgroep	35
3.7 Praktische uitvoering enquête	36
4 Resultaten.....	37
4.1 Response.....	37
4.2 Statistische analyse	39
4.3 Kwantitatieve data/Analyse van de achtergrondgegevens	41
4.4 Kwalitatieve data	44
4.5 Samenwerking tussen Fysiotherapeuten en Osteopaten	46
5 Totstandkoming Factsheet	56
6 Conclusies	57

7	Discussie/aanbevelingen	59
8	Literatuurlijst	66
9	Bijlagen	72
	Bijlage 1 Enquêtevragen fysiotherapeuten	72
	Bijlage 2 Enquêtevragen osteopaten	75
	Bijlage 3 Begeleidende mail enquête	78
	Bijlage 4 Statistische analyse.....	79
	Bijlage 5 Grafieken	99
	Bijlage 6 Factsheet	106

Inleiding

In een grootschalige survey, genaamd *status van de osteopathie in de Benelux 2013* wordt een open vraag gesteld (aan 2050 osteopaten, 921 gaven 100% response) betreffende de meest ideale ontwikkeling van de osteopathie. In antwoord op deze vraag benoemden osteopaten, in volgorde van belangrijkheid, op de 2^e plaats: *De wens tot betere samenwerking met andere gezondheidsberoepen (respect, vertrouwen, acceptatie en multidisciplinair werken)*. Op de 8^e plaats vindt men terug dat *osteopaten een duidelijkere beeldvorming van de osteopathie belangrijk vinden (correcte informatie over het beroep naar intern en extern)* (Keyser – Hoogenkamp, 2014).

Intermezzo:

Osteopathy has the potential to expand its role in the general health care system and contribute to New Zealand health strategies. However, osteopaths do not appear to be well integrated in the current ad hoc model of integration, which may also diminish their ability to practice in accordance with the osteopathic philosophy of holism. Not being well distinguished from other physical therapies and known in the general health care system is a major issue for osteopathy and seems to be an important factor for the lack of integration. Defining osteopathy, a strategic marketing plan and research into efficacy, safety and expansion of the role of osteopathy, are required to support further integration in the general health care system.

Dissertation/Research Project entitled 'A preliminary investigation into the attitudes and practices of New Zealand osteopaths in relation to the health care system: does the future hold a greater degree of integration into the biomedical system?' (L. Rose, 2009)

Bovenstaande sluit aan bij de informatie uit andere projecten, welke zijn opgezet om de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg te onderzoeken.

De eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland lijkt volop in beweging, waarbij de traditionele typering van de eerste lijn als een monodisciplinair kleinbedrijf onder druk lijkt te staan. Zo vindt er binnen veel eerstelijnsdisciplines verdergaande

schaalvergroting en professionalisering plaats. Praktijken worden niet alleen steeds groter, maar daarbinnen wordt het werk ook anders georganiseerd. Daarbij valt te denken aan een toenemend belang van goede overdracht, onder meer door groei van deeltijdarbeid en aan een algemene tendens richting meer evidence based werken. Daarnaast ontstaan er, o.a. door veranderende marktprikkels en financieringsstromen nieuwe initiatieven in de eerstelijnszorg (Nivel 2010).

Zo zijn er verschillende beleids- en subsidiemaatregelen ingevoerd die als doel hebben om samenwerking in de eerste lijn te versterken, met name wanneer deze multidisciplinair van aard en vraag- gestuurd is. Daarbij valt te denken aan de invoering van integrale bekostiging, maar ook aan het in september 2009 gestarte ZonMw-programma 'Op één lijn', dat ten doel heeft om, als vliegwiel, samenwerking in de eerste lijn te versterken en/of te stimuleren. Bij dergelijke stimulering is niet alleen een rol weggelegd voor de overheid, maar ook voor veldpartijen zelf (Nivel, 2010).

Volgens het Ministerie van VWS (2018) is de achterliggende gedachte van deze stimuleringsmaatregelen, dat samenwerking kan leiden tot betere afstemming tussen verschillende soorten zorgverleners. Dit levert niet alleen kwaliteitsvoordelen, maar kan ook de efficiëntie van de eerste lijn vergroten. Dit is van extra belang in het licht van de toenemende nadruk op substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn, met name voor chronische aandoeningen.

Multidisciplinaire eerstelijnszorg kan omschreven worden als 'eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren' (NZa, 2009).

De NZa, de Nederlandse Zorgautoriteit, vindt dat multidisciplinaire samenwerking de norm zou moeten worden. Steeds meer zorgaanbieders hebben zich aangesloten bij een zorggroep of ander samenwerkingsverband. Ook zien we binnen de eerstelijnszorg een trend in schaalvergroting: het aantal solopraktijken neemt af en het aantal meermanspraktijken neemt toe (NZa, 2016).

Intermezzo:

Samenwerkingsprojecten die in eigen middelen geïnvesteerd hebben én waarvan een meerderheid van de zorgverleners zelfstandig is, scoren het hoogst op organisatieontwikkeling. Het SMOEL-rapport van ZonMw geeft aan wat belangrijk is voor het slagen van samenwerkingsverbanden.

ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Ze financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

Een belangrijke les is dat projecten pas organisatieontwikkeling bereiken na investeringen in bestuurlijke ontwikkeling.

De piramide van organisatieontwikkeling in de eerste lijn



Eerst van bestuurlijk ontwikkeling naar het creëren van projectstructuren en/of instrumenten, hetgeen een voorwaarde is voor doelrealisatie, die uiteindelijk de samenwerking tussen zorgverleners verbetert en bijdraagt aan een geïntegreerde eerste lijn waarin patiënten beter geholpen worden.

Dit kan een lange weg zijn, die wordt bepaald door de afhankelijkheid van externe omstandigheden, de weerbaarheid van processen en de complexiteit van de doelgroepen. Een steeds terugkerende succesfactor is het behouden en uitbouwen van de uitgangssituatie: een basisvertrouwen tussen de projectleden, op basis van bekendheid, en een gemeenschappelijk streven in termen van gezondheidsdoelstellingen. Hoe eerder het lukt hiervoor de juiste bestuurlijke samenwerking te realiseren hoe groter de kans op doelrealisatie (ZonMw, 2015).

De Landelijke Huisartsen Vereniging (2020) zegt dat de zorgsector voortdurend aan veranderingen onderhevig is. Daarom is het belangrijk dat huisartsen en andere zorgverleners goed samenwerken met elkaar. De Landelijke Huisartsen Vereniging ondersteunt en bevordert samenwerking. De samenwerking vindt vooral plaats tussen apotheker, verloskundige, bedrijfsarts en wijkverpleegkundige. Opvallend is dat de alternatieve geneeswijzen, en ook osteopathie, helemaal niet besproken worden.

Waar in deze thesis gesproken wordt over alternatieve geneeswijzen en complementaire geneeswijzen, moeten we ons beseffen waarin deze geneeswijzen van elkaar verschillen. Waar complementaire geneeswijzen kunnen worden gezien als aanvullend op de bestaande- of reguliere geneeskunde, wordt alternatieve geneeswijzen gezien als een totaal verschillende benadering (Kaptchuk & Miller, 2005).

‘Complementair’ wordt vertaald als ‘iets of elkaar aanvullend, het complement van iets of elkaar vormend.’

‘Alternatief’ wordt vertaald als ‘Wisselend, elkaar-, dan wel de(n) ander of het andere afwisselend. En: ‘Stel van twee mogelijkheden waaruit een keuze gedaan moet worden.’ (GTB INL, 2020).

Voorbeelden van alternatieve geneeswijzen zijn Traditional Chinese Medicine (TCM), homeopathie en Ayurveda (Parker, 2003).

Complementaire geneeswijzen vullen de reguliere geneeswijze aan, waarbij osteopathie dus gezien kan worden als complementaire geneeswijze.

Volgens Winnick (2005) is reguliere geneeskunde (‘biomedicine’) het dominante zorgsysteem in de westerse wereld. Echter laat de reguliere geneeskunde, ondanks de historisch antagonistische relatie tussen reguliere geneeskunde en CAM, veranderingen zien ten aanzien van de houding en interesse in de integratie van CAM.

De World Health Organisation (WHO) definieert CAM als een brede groep van zorgaanbieders, welke geen deel uitmaken van de traditie van een land, of niet zijn geïntegreerd in het grootste zorgsysteem van het betreffende land (WHO, 2002).

Tussen 2016 en 2019 werd een project uitgevoerd door het Louis Bolk en het van Praag Instituut over de samenwerking tussen huisartsen en de complementaire geneeskunde. Het project heeft plaatsgevonden onder de naam *Proeftuin Integrative Medicine*. Dit onderzoek werd in samenspraak met huisartsen, beroepsorganisatie van CZ-artsen/therapeuten (CZ = Complementaire Zorg) en met patiëntenorganisaties (de vereniging Homeopathie en Stichting MS-anders) op complementair gebied mogelijk gemaakt. De verschillende complementaire disciplines werden vertegenwoordigd door verschillende beroepsverenigingen van acupunctuur, homeopathie, chiropractie en *osteopathie*.

Het Louis Bolk Instituut (2019) stelt vast dat reguliere zorg, Complementaire en Alternatieve behandelingen (CAM) door patiënten vaak gecombineerd worden gebruikt, zonder dat dit met de huisarts besproken wordt. Dit is een onwenselijke situatie, omdat CAM-behandelingen effecten (zowel voor- als nadelig) kunnen hebben op de reguliere behandeling. Mogelijk is dit ook omgekeerd het geval.

Het project *Proeftuin Integrative Medicine*, geleid door het Louis Bolk Instituut (2019), had als hoofddoel om vanuit het perspectief van patiënten een bijdrage te leveren aan een duurzame eerstelijnsgezondheidszorg, waar complementaire behandelwijzen een geïntegreerd onderdeel van uitmaken. Daardoor verbetert de kwaliteit van de zorg en wordt de keuzevrijheid van chronische patiënten groter. Het is van belang dat de patiënt met vragen en ervaringen rond het gebruik van CAM terecht kan bij de huisarts. Vanuit het Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg (PPCG) is daarom de vraag gesteld, hoe de integratie van CAM binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ingevuld zou kunnen worden om aan de wens van patiënten tegemoet te komen.

Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat patiënten met chronische (gewrichts-) klachten baat kunnen hebben bij een integraal zorgmodel. Het wordt aanbevolen om het ontwikkelde zorgmodel breder te implementeren. Het voorziet in een duidelijke behoefte van patiënten en draagt bij aan het bespreken en veilig toepassen van CAM-therapieën. Zo pleiten zij voor meer samenwerking tussen complementair en regulier werkende medische professionals. Bijscholing is ook een aandachtspunt: zowel voor huisartsen, zodat zij vertrouwd raken met complementaire geneeswijzen, als voor complementair behandelaars, zodat zij behandelresultaten beter terugkoppelen aan de huisarts (Jong, 2012; Louis Bolk Instituut, 2015). Dit lijkt toepasbaar voor elke discipline binnen de CAM en de gehele breedte van de eerstelijnsgezondheidszorg, dus ook tussen fysiotherapeuten en osteopaten.

Uit het onderzoek van het Louis Bolk instituut (2019) kwam naar voren dat van de ingevulde enquête 86 % van de mensen al gebruik maakt van CAM en 71% van hen bezocht een CAM-behandelaar. Manuele therapie, acupunctuur en homeopathie werden het meest ingezet. Slechts 30% van de respondenten bleken deze therapie actief besproken te hebben met de eigen huisarts. Duidelijk is dat 92% van de patiënten wenst dat de huisarts het initiatief neemt om hen te informeren over de mogelijkheid van complementaire behandelwijzen. Van de patiënten wil 70% graag een huisarts die ook doorverwijst naar CAM en 42% ziet graag dat de huisarts samenwerkt met CAM-behandelaars (Jong 2011).

Een ander onderzoek van datzelfde instituut, het *COCOZ-project*, (Communicatie en Verwijzing Complementaire Zorg) had als doel om samen met regulier werkende huisartsen en complementair werkende artsen/therapeuten van verschillende disciplines de kennis, communicatie en doorverwijzing naar complementaire zorg (CZ) verder te ontwikkelen en te optimaliseren. Concreet leverde dit voor de deelnemende beroepsorganisaties praktische tools op die hun leden op een gestructureerde manier in de praktijkruimte kunnen inzetten. Hierdoor verbeterd de patiëntenzorg, met name voor chronisch zieken in de eerste lijn (Louis Bolk Instituut, 2019).

Verder blijkt uit onderzoek over de samenwerking tussen huisartsen en osteopaten, dat jongere huisartsen meer patiënten doorverwijzen naar een osteopaat dan oudere huisartsen (Leone, 2019).

Geconstateerd is ook dat er behoefte is aan meer informatie over osteopathie. Ook is er behoefte aan interdisciplinair overleg en terugkoppeling over de behandeling door middel van telefonisch contact of terugrapportage. Het blijkt dat in veel gevallen patiënten hun huisarts niet op de hoogte stellen van een bezoek aan een CAM-therapeut (Robinson, 2004; Louis Bolk, 2019).

Huisartsen hebben daarnaast de behoefte om op de hoogte te worden gesteld van de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot osteopathie op wetenschappelijk gebied. Integratie van wetenschap zou voor huisartsen een aanzet kunnen zijn om patiënten vaker door te verwijzen naar een osteopaat (Leone, 2019).

Wetenschappelijk onderzoek binnen het domein van CAM is een ontwikkeling die steeds beter zichtbaar is (Winnick, 2005). Reguliere geneeswijze, de meest gevestigde zorg in het westen, verwacht dat de CAM-beroepen zich conformeren aan dezelfde standaard als het gaat om integratie van wetenschap van reguliere geneeswijze en CAM-beroepen. In tegenstelling tot de reguliere zorg, bestaat er vanuit de CAM-beroepen een tekort aan financiële bronnen en ondersteuning. CAM heeft het al langer moeilijk met het doen van wetenschappelijk onderzoek om de effectiviteit en veiligheid van hun behandelingen aan te tonen (MACCAH, 2004). Externe factoren zoals fondsen en subsidies ontbreken grotendeels (MACCAH, 2004; Nahin et al., 2005).

CAM-beroepen pleiten vanuit hun paradigma en vinden dat wetenschappelijk onderzoek niet altijd recht doet aan de concepten en methodieken. Niet alles is meetbaar vanuit wetenschappelijke meetinstrumenten, zoals het geval is in bijvoorbeeld Homeopathie en TCM.

Wanneer reguliere zorg en CAM-therapeuten elkaars paradigma willen begrijpen, zal het ontbreken van wetenschappelijke evidentie een gebrek aan vertrouwen in

effectiviteit en veiligheid van CAM opleveren. Hierdoor ontstaat een drempel voor integratie van CAM in de eerstelijns zorg (MACCAH, 2004).

Een andere belemmering voor de integratie en samenwerking is de mate waarin huisartsen bekend zijn met of zich hebben verdiept in de domeinen en competenties van de complementaire en alternatieve geneeswijzen. (Carr et al., 2002; Nicholls et al., 2005; Main et al., 2007). De uitkomsten van Leone wijzen daar ook op (2019).

Artsen in de eerste lijn moeten zich bewust zijn van hun toekomstige rol in onderbouwde verwijzingen naar CAM en de integratie van CAM in eerstelijns praktijken en klinieken. Patiënten mogen door het toenemend gebruik van CAM door hun huisarts meer kennis, vaardigheden en weloverwogen benadering van het inzetten van het CAM verwachten. Hierdoor mag er van artsen verwacht worden om effectiever te communiceren en samen te werken met de CAM-therapeuten, in het voordeel van de patiënt (Frenkel, 2003; Ben-Arye, 2008).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stelt dat de huidige manier van werken bij multidisciplinaire samenwerking knelpunten oplevert in het actueel en synchroon houden van de informatie voor alle betrokken zorgverleners. De oorzaak hiervan is dat disciplines meestal binnen andere organisaties werken met andere informatiesystemen. De oplossing voor deze knelpunten is een digitaal samenwerkingsplatform voor de multidisciplinaire samenwerking. De toegevoegde waarde komt tot uiting in de actualiteit en synchronisatie van de informatie, het zichtbaar maken van de samenwerking en het expliciet afspreken van de verantwoordelijkheden (NHG, 2017)

Op de website van GGZ totaal (2020) staat een interessant artikel over een consortium, het CIZG, dat bezig is om reguliere zorg en complementaire behandelwijzen beter samen te brengen. Zij zien dat reguliere zorg en complementaire zorg nog te veel in gescheiden werelden leven, maar dat de behoefte groot is aan een betere samenwerking, omdat er steeds meer vraag is naar duurzame zorg. Dit komt mede door een toename in chronische

aandoeningen en de opkomst van levensstijlgeneeskunde. Het CIZG is een samenwerkingsverband tussen een aantal academische ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen, een GGZ-organisatie en kennisinstellingen (CIZG, 2020). Dit samenwerkingsverband wil een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van duurzame en verantwoorde integrale zorg door middel van het beter beschikbaar maken van bestaande kennis en het initiëren van nieuw wetenschappelijk onderzoek. Dit jonge samenwerkingsverband heeft een zinvolle toekomst.

Zo schreef Mw E.B. Koster in haar proefschrift, genaamd *the relevance of holistic healthcare*, het volgende:

From the perspective of patients a strong wish, need and motivation exists for integration of T&CM with conventional medicine) and subsequently for a further development of Integrative Medicine (IM)...

The Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw) has formulated recently an advice to create a knowledge infrastructure that would contribute to the integration of safe and effective T&CM within Dutch healthcare (ZonMw 2015)...

Belangrijk om te zien is dat de wens voor de integratie tussen reguliere en complementaire geneeswijzen ook voortkomt vanuit de patiënt. (Koster, 2019)

Het belang van de mening van de patiënt wordt ook duidelijk uit het onderzoek van Jong (2012). De meeste patiënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg willen een huisarts die luistert, zich informeert over CAM en zo nodig verwijst naar of samenwerkt met CAM-behandelaars.

Winnick (2005) heeft een review van de literatuur gedaan voor de periode 1965 tot en met 1999 met betrekking tot de relatie tussen reguliere geneeskunde en CAM. Opvallend is dat CAM steeds meer uit de schaduw van reguliere geneeskunde komt. Eerst was er immers een polarisatie tussen CAM en reguliere geneeskunde en nu zien wij steeds meer een trend naar integratie van beide

concepten. Volgens Winnick hangt deze trend samen met de populariteit van CAM binnen de gezondheidszorg. Wel zegt hij tegelijkertijd dat de biomedische dominantie in de gezondheidszorg een significante barrière kan opwerpen voor de integratie van CAM.

Op dit moment is er sprake van een steeds stijgende vraag naar alternatieve geneeswijze. Het onderzoek Belevingen 2018, uitgevoerd door het onafhankelijke onderzoeksinstituut CBS, concludeert over alternatieve geneeswijzen dat een kwart van de volwassenen (meer vrouwen dan mannen) evenveel waarde hecht aan alternatieve geneeswijzen als aan reguliere. CBS zegt in haar rapport dat vrouwen en hoogopgeleiden vaker gebruik maken van alternatieve geneeswijzen. Met name osteopaat, chiropractor en acupuncturist werd bezocht. Van de ondervraagden vindt 38% dat *een of enkele* alternatieve geneeswijzen moeten worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Ruim een vijfde vindt dat *alle* alternatieve geneeswijzen moeten worden opgenomen in het basispakket.

Een betere samenwerking kan leiden tot een betere afstemming tussen de verschillende soorten zorgverleners waardoor de kwaliteit en efficiëntie van de zorg verbeteren. De belangrijkste gedachte is het dat de patiënt centraal staat bij samenwerking (CBS, 2018; Koster, 2019).

Op dit moment is er nauwelijks onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen osteopaten en fysiotherapeuten. Medici en paramedici zeggen bekend te zijn met osteopathie en eventuele indicaties voor osteopathie, waarbij er wel verschil is binnen de beroepsgroepen. Ondanks het feit dat men bekend is met osteopathie is het percentage dat daadwerkelijk osteopathie adviseert laag en áls ze adviseren, slechts voor een klein aantal relevante indicaties. Als belangrijke redenen hiervoor worden genoemd:

- onvoldoende bekend met osteopathie;
- onvoldoende geloof in osteopathie;
- behoefte aan wetenschappelijk onderzoek;

- weinig 'professionele' terugkoppeling van de osteopaat naar degene die geadviseerd/verwezen heeft. (Rose, 2009)

Van de fysiotherapeuten verwijst slechts 20% 'zelden' naar een osteopaat. De meeste fysiotherapeuten zijn te weinig bekend met osteopathie of geloven niet in osteopathie (Lems, 2005). Hoewel dit onderzoek gedaan is bij een kleine groep zorgverleners, lijkt het indicatief voor de mate van samenwerking. Wij willen deze twee beroepsgroepen onderzoeken met betrekking tot hun samenwerking, omdat beide groepen veel met het bewegend functioneren te maken hebben en complementair zijn.

In het jaar 2000 telde het Nederlands Register voor Osteopathie 151 geregistreerde osteopaten. In 2004 waren dat er al 290 (Zweedijk, 2004). Januari 2020 zijn er 728 geregistreerde osteopaten. Daar tellen we de 192 osteopaten die louter en alleen staan ingeschreven bij het NOF per januari 2020 (NOF, persoonlijke communicatie 28 maart 2020) bij op en zo komen we tot een aantal van 920 osteopaten in Nederland. In 20 jaar tijd zijn er dus 769 osteopaten bijgekomen (NRO, 2020). Met de groeiende vulling van de osteopathische vol- en deeltijdopleidingen in Nederland en België zal dat een nog snellere groei betekenen van het aantal osteopaten in Nederland. Het is aannemelijk dat hiermee ook de bekendheid en de rol van osteopathie in Nederland groeit.

In dit licht is osteopathie niet weg te denken uit het huidige zorglandschap. De communicatie tussen alle disciplines binnen de (eerstelijns-)gezondheidszorg is van belang voor de patiënten. Wanneer we inzoomen op de samenwerking tussen de fysiotherapeuten en de osteopaten, twee elkaar aanvullende disciplines, lijkt het bouwen aan de uitbreiding en continuïteit van de communicatie tussen de beide beroepsgroepen een zeer welkome ontwikkeling.

Deze inleiding verwoordt goed zowel de noodzaak voor de gezondheidszorg als de wens van de auteurs, om te komen tot een verdieping van de wederzijdse communicatie en samenwerking tussen de fysiotherapeuten en de osteopaten.

Wij zullen in de resultaten van onze enquête terugzien op welke wijze deze verdieping van communicatie en samenwerking van beide beroepsgroepen zichtbaar wordt.

1 Motivatie

In dit hoofdstuk leest u onze persoonlijke motivatie om tot dit thesis-onderwerp te komen. Het onderwerp vloeit voort uit onze eigen ervaring als therapeut. Verder worden de hoofd- en deelvragen en de doelstelling besproken.

1.1 Motivatie Steven

Ik heb in mijn werkzame leven als fysiotherapeut gedurende vele jaren gemerkt dat er bij mij een behoefte bestaat aan meer communicatie tussen de diverse disciplines binnen de gezondheidszorg. Gedurende de jaren ben ik steeds meer de waarde van communicatie gaan waarderen zowel tussen de eerstelijns- en tweedelijns zorgverleners. Hoewel niet iedereen op dezelfde golflengte zit is er prima te communiceren, wanneer er eenvoudig de moeite gedaan wordt om elkaar te begrijpen. Het is goed om van elkaar te weten wat de competenties zijn, door welke bril een vraagstuk bekeken wordt en wat de mogelijkheden zijn in behandeling of begeleiding van de cliënt.

Elke discipline loopt tegen het feit aan dat ze lang niet elke client kan helpen. Mogelijk kan een verwante discipline, of zelfs een discipline met een geheel andere kijk op gezondheid of bewegend functioneren, wel een ingang vinden om een cliënt te helpen bij zijn of haar hulpvraag. Mijn ervaring is dat de huisarts, in veel gevallen de casemanager van het gezondheidsvraagstuk, ook zoekend is naar welke hulpverlener te raadplegen of in te zetten is bij de specifieke hulpvraag van een cliënt. Er bestaat een substantieel deel van de populatie, welke de huisarts bezoekt, waar de huisarts niet direct een passend beleid op kan voeren. Die groep mensen, waarbij er geen duidelijke diagnose gesteld kan worden en met grote regelmaat doorverwezen wordt naar andere discipline, wordt geclassificeerd als de groep SOLK. Dit staat voor **S**omatisch **O**nvoldoende verklaarbare **L**ichamelijke **K**lachten. Deze groep mensen wordt dikwijls verwezen naar een discipline of specialist om vervolgens weer terugverwezen te worden naar de huisarts. Een complementaire blik kan altijd zinvol zijn.

Verder denk ik dat elke reguliere cliënt een osteopathische screening zou kunnen gebruiken omdat er op deze manier een breder beeld ontstaat over mogelijke relaties tussen dysfuncties. Dit kan helpen bij de preventie van recidieven, toename van klachten of het ondersteunen van gezondheid in brede zin. Ik merk uit mijn contacten met diverse huisartsen dat zij regelmatig niet weten waarheen zij mensen moeten verwijzen bij een gezondheidsvraag.

Het lijkt mij daarom erg zinvol dat de disciplines onderling overleggen wie welk deel van het vraagstuk begrijpt en wie waar ondersteuning kan bieden. Overleg is niet alleen kostenbesparend maar leidt ook tot *zinnige zorg op de juiste plaats* zoals ook het hedendaagse credo is van de zorgverzekeraars in Nederland.

Om deze redenen wil ik de status van de communicatie tussen de fysiotherapeuten en de osteopaten onderzoeken. Ik denk nu meer te begrijpen van osteopathie en ik heb ervaring opgedaan in het begrijpen van de rol van fysiotherapie in het totale zorglandschap. Om dichtbij en klein te beginnen, is mijn aandacht gegaan naar de 2 disciplines, welke mij na aan het hart liggen en zich bezighouden met het bewegend (dis-)functioneren van de mens en zijn/haar gezondheid.

Het is mijn wens om de osteopathie te verbinden en integreren in de communicatielijnen binnen de eerstelijns zorg. Het is goed om te weten waar jouw eigen kennis en kunde liggen...en waar het ophoudt. Mijn ervaring is dat een goede doorverwijzing erg wordt gewaardeerd door cliënten en zij zeker bij je terugkomen, omdat men weet dat je breed meedenkt over hun hulpvraag.

1.2 Motivatie Traudi

Ik ben al meer dan 20 jaar werkzaam als sportmasseur en stuur bij behoefte regelmatig patiënten door naar een fysiotherapeut. In mijn praktijk staat het behoud en herstel van de gezondheid van de patiënt op de eerste plaats. Ik ben van mening dat het de verantwoordelijkheid is van iedere therapeut om te kijken wat het beste is voor de patiënt. Als een andere therapeut op dat moment een groter deel bij kan dragen aan het herstel voor de patiënt dan vind ik het heel belangrijk om dat samen met de patiënt te bespreken.

Tijdens de 7 jaren studie heb ik regelmatig stagegelopen bij osteopaten en is mij opgevallen dat er weinig communicatie en doorverwijzing plaats vindt tussen fysiotherapeuten en osteopaten. Soms lijkt het alsof er een relatieve onbekendheid is vanuit fysiotherapie over het vak osteopathie. Als de een niet weet wat de ander doet dan zou dat een verklaring kunnen zijn waardoor er weinig wordt samengewerkt tussen beiden. Het wel of niet samenwerken valt of staat bij de situatie of er voldoende inzicht is in het andere vakgebied.

Het is mij opgevallen dat ik nog vaak gevraagd word van wat een osteopaat überhaupt doet en wat het beroep van een osteopaat inhoudt. Het is jammer dat heel veel mensen niet weten wat wij doen, wat wij kunnen betekenen voor patiënten en waarvoor zij ons kunnen benaderen. Het is heel interessant om te weten te komen hoe een fysiotherapeut denkt over osteopathie en wat de reden dan is van waarom er wel of niet wordt samengewerkt.

De werkwijze van beide beroepsgroepen is in een aantal opzichten verschillend maar er zijn ook zeker overeenkomsten. Waar een osteopaat naar het gehele lichaam kijkt, werkt een fysiotherapeut over het algemeen vooral lokaal en regionaal gericht op de klacht. Deze verschillen tussen fysiotherapie en osteopathie hebben mij gemotiveerd om een onderzoek te doen en zo meer inzichten te verkrijgen over de samenwerking tussen beiden. Volgens mijn ervaring met osteopathie is er niet voldoende tijd voor een intensieve begeleiding en extra oefeningen voor behoud en herstel van de patiënt. Juist daarom zou een samenwerking heel veel meerwaarde hebben.

De fysiotherapeut staat in onze maatschappij bekend als degene die je benadert als je problemen hebt met het bewegingsapparaat. De gehele behandeling wordt betaald tot een bepaald maximum door de zorgverzekeraar vanuit de aanvullende verzekering. Voor jeugd onder de 18 en een deel van chronische zorgtrajecten wordt dit uit de basisverzekering vergoed. Dit is een duidelijk voordeel t.o.v. vergoedingen voor osteopathie. In de beroepsgroep fysiotherapie wordt onderzoek als heel belangrijk ervaren en is de term Evidence Based Practice (EBP) algemeen bekend.

Osteopathie is wetenschappelijk nog weinig onderzocht. Er wordt wel steeds meer onderzoek gedaan, binnen de beperkte financiële mogelijkheden. Verder vallen de behandelingen bij een osteopaat binnen de zorgverzekering onder het aanvullende pakket voor alternatieve geneeswijzen. Er is sprake van een maximale dagvergoeding voor osteopathie. Dit is in alle gevallen niet dekkend voor de kosten van een osteopathisch consult. Hier dient de patiënt altijd een deel van het consult zelf betalen. Daardoor zal de financiële situatie altijd een bepalende factor zijn of en hoe vaak en patiënt bij een osteopaat in behandeling gaat. Dit alles zijn redenen waarom ik geïnteresseerd ben in dit onderzoek. Voor mij en voor de gehele beroepsgroep is het heel belangrijk om meer te communiceren en het vak osteopathie meer bekend te maken.

Het doel van ons onderzoek is om vooral kennis te vergaren en informatie te verzamelen over het onderwerp samenwerking tussen fysiotherapie en osteopathie. Ik verwacht dat de fysiotherapeut geïnteresseerd is in osteopathie, maar de samenwerking met de osteopaat nog maar weinig opzoekt. De verkregen informatie willen we in een factsheet verwerken en deze inzetten voor de communicatie tussen beide disciplines.

Wij hopen een bijdrage te kunnen leveren aan het bevorderen van de communicatie tussen beide beroepsgroepen en zo nodig de interesse te wekken om het contact met de andere beroepsgroep te zoeken.

1.3 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

Wat is de status van samenwerking tussen de fysiotherapeuten en osteopaten en vice versa.

Deelvragen

1. Welk percentage osteopaten werkt samen met een fysiotherapeut?
2. Welk percentage fysiotherapeuten werkt samen met een osteopaat?
3. Heeft het geslacht van de therapeut invloed op het wel of niet samenwerken met een osteopaat/fysiotherapeut?
4. Heeft de leeftijd van de therapeut invloed op het wel of niet samenwerken met een osteopaat/fysiotherapeut?
5. Is er verschil te zien in wel of niet samenwerken wat betreft de praktijksetting?
6. Heeft de vooropleiding van een osteopaat (wel of niet fysiotherapeut) invloed op het wel of niet samenwerken met een fysiotherapeut?
7. Heeft de specialisatie van een therapeut invloed op het wel of niet samenwerken met een osteopaat/fysiotherapeut?
8. Heeft het soort van problematiek welke vaak door de fysiotherapeut gezien wordt invloed op het wel of niet samenwerken?
9. (Hoe) wordt er gecommuniceerd tussen beide disciplines?
10. Wat is de reden waarom *wel* of *niet* wordt samengewerkt met een osteopaat/fysiotherapeut?
11. Is er vanuit de fysiotherapie/osteopathie behoefte om meer informatie te krijgen over de andere beroepsgroep?

1.4 Doelstelling

Het onderzoek heeft als doel inzicht te verkrijgen in de status van de samenwerking tussen de fysiotherapeuten en osteopaten. Hierbij willen we onderzoeken op welke wijze wordt gecommuniceerd, in welke frequentie en welke factoren een invloed hebben op de communicatie. Een tweede doel is om te achterhalen waarom er wel of niet samen wordt gewerkt met de andere beroepsgroep.

Een aanvullende doelstelling is dat wanneer de verschillende disciplines duidelijker weten wat de waarde en meerwaarde is van de andere discipline, dit zeker de communicatie en daarmee de samenwerking zal kunnen vergemakkelijken. Zo kunnen de verzamelde gegevens verwerkt worden in een *factsheet*. Deze factsheet kan gebruikt worden in de communicatie tussen beide disciplines en kan daardoor ondersteunend werken.

2 Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de geschiedenis en de visie van fysiotherapie en osteopathie.

2.1 Historisch perspectief Osteopathie

De Amerikaanse arts Andrew Taylor Still (1828-1917) wordt gezien als de grondlegger van de osteopathie. Hij begeleidde al als kind zijn vader die als arts werkte en raakte hierdoor vertrouwd met ziekte en dood.

Uiteindelijk volgde hij zelf de medicijnenstudie en werkte tot 1864 als arts. Nadat Still terugkeert uit de burgeroorlog (1861-1865) overlijden drie van zijn kinderen aan hersenvliesontsteking, waarbij hij hulpeloos toe moet kijken omdat de geneeskunde tekortschiet. Zijn onvermogen om zijn gezin te helpen hebben Still geleid tot het zoeken naar nieuwe en betere methoden.

Tijdens deze zoektocht ontdekte hij dat het lichaam over een zelf genezende kracht beschikt. Hij ontdekte dat door lichte druk met zijn handen deze zelf genezende kracht beïnvloed kan worden. Hij ontdekte dat botten, spieren, membranen, organen, zenuwen, bloed en lymfe harmonieus met elkaar verbonden zijn. Still zag het belang van de samenhang van verschillende systemen. Het lichaam is een dynamische eenheid waarbij alles moet blijven stromen. De sleutel was het vinden en corrigeren van anatomische afwijkingen die de vrije bloedstroom in het lichaam verstoorden.

Hij heeft heel veel onderzoek gedaan naar anatomie. Om inzicht te krijgen in het totale, holistische beeld van een patiënt is er gedetailleerde anatomische kennis nodig (Liem, 2016). De aanpak van Still leidt tot een nieuwe manier van geneeskunde. Deze geneeskunde behandelt geen ziekten maar helpt het lichaam zichzelf te genezen. Men gaat op zoek naar gezondheid. De naam osteopathie is een samenvoeging van twee Griekse woorden '*osteo*'(bot) en *pathos* betekent 'lijden'. Het woord *pathos* betekend echter ook sympathie (gevoel). Het is juist het lijden wat Still met zijn nieuwe methode wil verlichten. In bredere zin kan ook

gezegd worden dat het woord osteopathie voelen/invoelen in het weefsel betekent.

Still stuitte op flinke tegenstand tegen zijn nieuwe technieken en theorieën. Hij werd door de plaatselijke kerk beschuldigd van 'hands-on healing' en zijn visie werd gezien als krenking van het goddelijke.

Zijn broers schaamden zich voor hem. Zij vonden dat hij zijn familie verwaarloosde in het nastreven van zijn 'gekke ideeën'. In 1850 wilde hij zijn ideeën presenteren op de universiteit, maar de ambtenaren weigerden hem toe te laten. Still verhuist naar Kirksville in de hoop dat hij daar beter geaccepteerd zou worden. Daar werd hij bekend als de arts die zonder medicijnen met een nieuwe methode in staat was om, schijnbaar hulpeloze gevallen, te genezen. Het duurde niet lang voordat er meer patiënten kwamen dan hij kon behandelen. Steeds meer mensen in zijn omgeving wilden zich deze methode eigen maken. Andrew Taylor Still richtte in 1892 de eerste school voor osteopathie op, de American School of Osteopathy in Kirksville. De studenten sloten hun studie af met de titel 'Diplomate of Osteopathy', afgekort tot D.O. Tegenwoordig betekent deze titel in Europa 'Diploma in de Osteopathie'.

Osteopathie vandaag

Het verschil binnen de osteopathie over de hele wereld is groot. In Amerika zijn osteopaten sterk aan de reguliere geneeskunde aangepast. Er zijn ziekenhuizen die alleen maar osteopathisch behandelen. Ze schrijven medicijnen voor en geven inentingen. Een osteopaat mag zelfs chirurgische ingrepen doorvoeren. Er zijn meer dan 100.000 osteopathische artsen (D.O.'s, Doctor in Osteopathy) in Amerika werkzaam. Bij de behandeling staat het bewegingsapparaat op de voorgrond en de inwendige organen worden nauwelijks behandeld.

Binnen Europa is het verschil tussen opleidingen en werkwijze binnen de osteopathie heel groot. Er zijn een aantal landen waar osteopathie wettelijk erkend is. Bijvoorbeeld in België is de Wet Colla (1999) goedgekeurd. De bedoeling

was om de beoefenaars van vier niet-conventionele geneeswijzen, waaronder osteopathie, te gaan registreren. Tot nu heeft die registratie niet plaats gevonden.

In Nederland is osteopathie niet door de overheid gereguleerd. Het is een individuele gezondheidszorgdiscipline. Osteopaat is geen beschermde titel en osteopaten zijn niet opgenomen in de wet BIG. Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. De regulering van afspraken binnen de beroepsgroep en het toezicht op kwaliteit zijn in handen van het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO).

2.2 Historisch perspectief Fysiotherapie

Tussen 1800 en 1850 komen invloeden van de voorlopers van fysiotherapie naar Nederland. Deze voorlopers komen met name vanuit Zweden en Duitsland. Het waren ideeën vergelijkbaar met heilgymnastiek.

Op 1 september 1889 richtten een kleine groep gymnastiekleraren en heilgymnastische masseurs het 'Genootschap te beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland' op. Dit genootschap, als voorloper van het KNGF, werd opgericht met als doelstelling:

“de heilgymnastiek zowel praktisch als theoretisch te beoefenen, eenheid te brengen in de wijze van behandeling en een goede verhouding te bevorderen tussen medici en heilgymnasten.”

In 1891 werd het vakblad 'Maandschrift gewijd aan de Heilgymnastiek' opgericht. Dit tijdschrift moet ruimte bieden aan discussie over behandelmethoden als frictioneren en het 'hamersysteem' (van Dr. Metzger). Het idee was dat discussie bijdraagt aan de ontwikkeling van het vak.

In 1921 wordt de Ongevallenwet ingevoerd. Hiermee krijgen slachtoffers van bedrijfsongevallen toegang tot de heilgymnastiek.

In 1942 is er de wettelijke erkenning van de beroepsgroep fysiotherapie.

In 1963 wordt de Wet op de Paramedische Beroepen ingevoerd. Hierin werd vastgelegd welke regels ten aanzien van de uitoefening van paramedische beroepen waren, met uitvoeringsbesluiten en een alfabetisch register van de therapeuten.

Pas sinds 1965 is er officieel sprake van fysiotherapie. In dat jaar kwam, als gevolg van de Wet op de Paramedische Beroepen, het fysiotherapeuten besluit tot stand. Met dit besluit werd voor het eerst de opleiding tot fysiotherapeut verplicht voor de uitoefening van het vak. In deze wet werd geregeld dat de heilgymnastiek, massage en de fysische therapie tot het domein van de fysiotherapie worden gerekend.

In 1969 studeren de eerste fysiotherapeuten af.

In 1980 worden het aantal behandelingen per indicatie beperkt.

In 1993 wordt de Wet op de Individuele beroepen in de Gezondheidszorg ingevoerd, de wet BIG. De **Wet BIG** geeft regels voor beroepen in de gezondheidszorg en beschermt patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De beroepen, die vallen onder de wet BIG hebben een wettelijk beschermde beroepstitel, moeten zich registreren in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht. Hiermee wordt de kwaliteit van de gezondheidszorg hooggehouden.

In 2006 wordt de fysiotherapeut direct toegankelijk voor de patiënt. Hierdoor kunnen cliënten direct een fysiotherapeut consulteren in plaats van verwezen te moeten worden door een huisarts. Een voorwaarde is wel dat fysiotherapeuten extra geschoold moeten worden in de triage van indicatiestelling van fysiotherapie. Een beoordeling van 'pluis' en 'niet-pluis' wordt belangrijk en ondersteund door het benoemen van met name de rode en gele vlaggen.

Op dit moment zijn er 27.135 CKR-geregistreerde fysiotherapeuten. Het CKR was het Centraal Kwaliteits Register. Dit register heet sinds 1 jan 2020 het KRF NL, het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland. Per oktober 2019 zijn er 34.501 BIG-geregistreerde fysiotherapeuten (KNGF, 2019).

2.3 Osteopathie Visie

De volgende informatie is ontleend uit het beroepscompetentieprofiel osteopathie NRO. De laatste versie dateert uit 2018 en is terug te vinden op de website van het Nederlandse Register voor Osteopathie, het NRO.

De benadering van de osteopaat is gebaseerd op drie basisprincipes: (NRO, 2018; CEN 2015)

- Het menselijk lichaam is een dynamische, biologische eenheid;
- Er is een wisselwerking tussen structuur (anatomie) en functie (fysiologie);
- De mens heeft bij het streven naar gezondheid een zelf herstellend vermogen.

Osteopathie is een manuele geneeswijze. Tijdens het onderzoek en de behandeling maakt de osteopaat vooral gebruik van zijn handen. Het lichaam wordt in zijn geheel onderzocht, zowel lokaal, regionaal als systemisch. Dit betreft zowel het pariëtale, cranio-sacrale als het viscerele systeem. Het klinisch redeneren heeft als vertrekpunt de ondeelbare biologische eenheid, het menselijk lichaam kan alleen als eenheid functioneren. Het doel is om mogelijke functiestoornissen en verminderde bewegingsmogelijkheid op te sporen. Elke structuur heeft een bepaalde bewegelijkheid nodig. Deze bewegelijkheid kan verstoord raken door uiteenlopende redenen (een bepaalde stressor). Stress of onevenwichtigheden kunnen de dynamische functie beïnvloeden. Doordat het hele lichaam door middel van bindweefsel, bloedvaten en zenuwen aan elkaar verbonden is, kan verklaard worden waarom een klacht op een andere plaats tot uiting komt. Deze klacht heeft een relatie met de verminderde beweeglijkheid (verstoring) van een bepaald gebied. Zo kan een verband gelegd worden tussen de

verschillende gebieden. De oorzaak van de klacht ligt namelijk niet altijd op de plaats waar de patiënt zijn klacht heeft.

De osteopathie kent vijf verklaring modellen, die gebruikt worden om van een onderzoek tot een behandeling te komen. De integratie van deze verklaring modellen, via structuur-functie relaties, kaderen informatie vanuit anamnese en onderzoek.

De vijf verklaring modellen:

- Het biomechanische model
- Het respiratoire/circulatoire model
- Het neurologische model
- Het bio-psycho sociale model
- Het bio-energetische model

Dit verklaring model is een manier waarop een osteopaat kijkt naar een patiënt. In de osteopathie gaat het om een evenwichtig samenspel van het gehele lichaam. Het doel van de behandeling is het stimuleren van het zelf herstellend mechanisme van het lichaam. De natuurlijke regeneratie- of herstelmechanismen worden gestimuleerd om de lichaamsfuncties te verbeteren. De reguliere gezondheidszorg behandelt een ziekte. De osteopaat gaat op zoek naar gezondheid. Het behoud en herstel van de gezondheid staat op de voorgrond. Dit beoogt de osteopaat door middel van het bevorderen en optimaliseren van het evenwicht tussen de vijf modellen.

In het document *domeinomschrijving osteopathie* van het NRO wordt geschreven dat de belangrijkste rol van osteopathie in de eerstelijnszorg het optimaliseren van gezondheid is. De osteopathie maakt gebruik van dezelfde variabelen als de reguliere medische wetenschap maar plaatst deze in een andere, bredere context. Vanuit deze context wordt gezocht naar de verbanden met andere systemen die tot het symptoom geleid hebben (NRO, 2018).

We begrijpen dat de specialisaties en aandachtsgebieden binnen de osteopathie verschillend zijn. Alle aandachtsgebieden hebben echter het gemeenschappelijke kenmerk dat het lijf als eenheid wordt gezien. Dit gedachtengoed, een empirisch gegeven, is waaruit osteopathie zijn kracht ontleent.

2.4 Fysiotherapeutische visie

Onderstaande informatie is verleend aan het Beroeps Competentie Profiel (BCP) van de fysiotherapeut (Kiers, 2014). De laatste versie dateert uit 2014 en is terug te vinden op de website van de beroepsvereniging van de fysiotherapeuten, het KNGF. Het KNGF staat voor het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Fysiotherapie biedt behandeling bij het herstel en het ontwikkelen van het optimale bewegen, bij behoud en bij achteruitgang. Fysiotherapeuten komen via een proces van klinisch redeneren tot een specifiek fysiotherapeutische diagnose, op basis waarvan therapeutische en/of preventieve interventies worden bepaald en uitgevoerd. De fysiotherapeut onderbouwt zijn handelen mede met kennis uit de (bio)medische wetenschap, de bewegings- en de gedragswetenschappen.

Fysiotherapie toetst zich voor wat betreft haar theoretische rationale, doelmatigheid en doeltreffendheid, veiligheid en ethiek steeds aan de meest actuele wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken. Voor een optimale samenwerking met andere gezondheidszorgprofessionals maakt het vakgebied gebruik van de door de World Health Organization (WHO) ontwikkelde ICF: de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'.

Therapieën waarvoor geen evidentie bestaat of die niet zijn gebaseerd op een westerse rationale vallen buiten het domein van de fysiotherapie.

Het behoort tot de doelstellingen van de fysiotherapeut de cliënt met een ziekte of aandoening te begeleiden en te ondersteunen bij het voeren van *een op participatie gerichte regie*. De fysiotherapeut dient in alle gevallen rekening te houden met de kaders die gevormd worden door wetenschap, beroepsnormen,

(wettelijke) voorschriften, ethische principes en financiële kaders. De fysiotherapeut richt zich bij de behandeling niet primair op ziekte en zorg. Hij *stimuleert beweggedrag dat de gezondheid positief beïnvloedt en ondersteunt de cliënt in het uitvoeren van activiteiten*. Het doel van deze benadering is de participatie van de cliënt te vergroten of te behouden, dan wel de achteruitgang in participatie zoveel mogelijk te beperken. Preventie is een essentieel onderdeel van de fysiotherapeutische visie op hulpverlening.

Binnen de individuele behandeling verricht de fysiotherapeut handelingen die gericht zijn op **geïndiceerde** en **zorg-gerelateerde preventie**. Beide gaan uit van het functioneren en participeren van de cliënt en diens (dreigende) problemen met bewegen. *Geïndiceerde preventie* heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie bij een individu met een gedefinieerd verhoogd risico op die ziekte. *Zorg-gerelateerde preventie* is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen om de ziektelast te reduceren, complicaties tegen te gaan en zelfredzaamheid te ondersteunen.

Naast deze typen preventie is de fysiotherapeut ook actief in activiteiten binnen de *universele* en *selectieve* preventie in de publieke gezondheidszorg (vrije markt). *Universele* preventie richt zich op de gehele bevolking en heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen en gezondheid te bevorderen. *Selectieve* preventie beoogt de identificatie van specifieke (hoog)risicogroepen en voert preventieprogramma's uit die gericht zijn op gezondheidsbevordering.

Indien de cliënt naast fysiotherapie (ook) andere hulp nodig heeft, verwijst de fysiotherapeut de cliënt terug naar de verwijzer of, indien de cliënt zonder verwijzing is gekomen, adviseert de fysiotherapeut de cliënt een andere zorgverlener of een gespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren.

De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek

beschikbaar is. Dit noemt men Evidence based Practice. De fysiotherapeut als deskundige in het bewegend functioneren, is primair gepositioneerd in het domein '*activiteiten*'.

Kenmerkend voor een fysiotherapeutische werkwijze is *shared decision making*. Hierbij maakt de fysiotherapeut onderscheid tussen het door de cliënt getoonde bewegen ('actual performance' en 'abilities'), het ingeschatte vermogen tot bewegen ('capacity' en 'capabilities'), de praktische externe mogelijkheden, bewegingsomstandigheden en beweegcontext van de cliënt ('opportunity' en 'attractors') en de motieven en motivatie tot bewegen van de cliënt ('drivers' en 'vitality').

Begeleiden maakt altijd een integraal onderdeel uit van het behandelen door een fysiotherapeut. Fysiotherapie werkt met *controleparameters* en *ordeparameters*. Voor *controleparameters* kan onder andere geput worden uit lichamelijke structuren en fysiologische processen (stoornissen van het bewegingsapparaat). *De ordeparameters* geven de coördinatie en techniek van het bewegen weer. Door wijzigingen in controleparameters kan een, soms plotselinge, verandering optreden in de ordeparameters waardoor de coördinatie van bewegen verandert.

In het Beroeps Competentie Profiel (BCP) wordt beschreven welke competenties tot de fysiotherapie behoren, waarmee tegelijkertijd de begrenzing van de domeinen van het beroep worden beschreven. In dit profiel wordt het werken in integrale zorg benadrukt. Integrale zorg vraagt van de fysiotherapeut goede organisatie- en samenwerkingsvaardigheden, kennis van de eigen competenties en de competenties van andere professionals in en buiten de beweegzorg.

De competentiegebieden

Er worden zeven competentiegebieden onderscheiden. Het 3^e competentiegebied betreft het *samenwerken: De fysiotherapeut werkt, indien nodig, samen met betrokken professionals, zorgverzekeraars, maatschappelijke en overheidsinstanties, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertise om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.*

Samenvattend kan gesteld worden dat de fysiotherapeut zich richt op preventie, bewegend functioneren (met name in activiteiten) en innovatie. Dit wordt ondersteund door Evidence Based Practice. Begeleiden en oefenen zijn van oudsher belangrijke pijlers. Daarnaast zijn manuele verrichtingen en het inzetten van fysieke technieken gebruikelijk. Binnen fysiotherapie is er een sterke innovatie op het gebied van diagnostische middelen en behandelvormen. Ook is de trend richting integratie van concepten rondom Fascia aan de orde.

2.5 Vergelijk visie Osteopathie en Fysiotherapie

Wanneer we de competentieprofielen en visies naast elkaar leggen zien we dat er overlap zit in de visie en historie van beide beroepen. Tegelijkertijd zien we dat er opvallende verschillen bestaan in de visie en daarmee de benadering van een patiënt.

Complementaire zorg omvat een breedspectrum aan zorg- en behandelwijzen die van oorsprong buiten het domein van de reguliere geneeskunde ontwikkeld zijn en toegepast werden. De voornaamste oorzaak hiervoor is dat beide een andere, maar aanvullende visie hebben op ziekte en gezondheid. In de reguliere geneeskunde overheerst het biomedische model, waar de visie op gezondheid wel ruimer wordt, maar waarbij interventies nog veelal zijn gericht op het reduceren van symptomen en afremmen van ziekten. In de complementaire zorg staat een integrale visie op gezondheid centraal, waarbij interventies gericht zijn op het bevorderen van gezondheid en het herstellen van evenwicht. Het erkent de verbinding tussen lichaam en geest en interventies worden ingezet om het zelfhelend vermogen van de mens te stimuleren.

Zorg voor gezondheid is meer dan alleen het behandelen van ziekte. De relatie tussen therapeut en patiënt heeft meer invloed op de behandeling dan wordt aangenomen en als patiënt kun je zelf veel doen aan je gezondheidssituatie door te kiezen voor een gezonde leefstijl. Complementaire methoden ontlasten het stresssysteem waardoor het zelfhelend vermogen versterkt wordt. Ook de omgeving waarin de zorg wordt aangeboden telt mee.

De osteopaat werkt manueel, dat wil zeggen: hij gebruikt voor onderzoek en behandeling alleen zijn handen. In de fysiotherapie wordt regelmatig gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld shock-wave (ESWT), echografie (MSU), elektrotherapie (nog maar weinig) of naalden (dry needling).

De fysiotherapeut richt zich binnen de manuele verrichtingen vooral op het bewegend functioneren op regionaal en lokaal niveau, terwijl een osteopaat kijkt naar het bewegend functioneren van het gehele lichaam. Belangrijk binnen een osteopathische behandeling is de onderlinge relatie tussen weefsels, structuren en orgaansystemen, waarbij de achterliggende gedachte is dat met een behandeling het zelf herstellend mechanisme van het lichaam wordt gestimuleerd.

De fysiotherapeut heeft een belangrijke rol in het bewegen in brede zin. Het functioneren op activiteiten en participatie is van oudsher (de heilgymnastiek) al een speerpunt. De fysiotherapie heeft zich ontwikkeld tot een professie die zich binnen het bewegen richt op preventie, het conditioneren van het lichaam, het leren (of opnieuw aanleren van) bewegen. Dit domein is door het publiek meer gekend vanuit de fysiotherapie.

Ook binnen de osteopathie zijn deze domeinen bekend en bestaat er een toenemende integratie van het bewegen in de behandeling. In de praktijk komt het er vaak op neer dat er 'genoeg te doen' is aan alle voorwaarden voor het bewegen, zodat er geen tijd is om het trainen of motorisch leren te integreren.

Het adresseren van alle systemen binnen de osteopathie vergt tijd en kan intensief zijn of als intensief worden ervaren door de patiënt.

Verder bestaat er een zorgverzekerings-systeem dat het financieel niet toelaat om veel tijd te besteden aan het conditioneren van bewegen. Het zou voor de patiënt te duur worden om dit onder de osteopathie in te zetten.

Het integreren van de wetenschappelijke evidentie is ook zinvol. Hierbij loopt de fysiotherapie wat vooraan, als het gaat om het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Er wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan binnen de osteopathie en dit is van groot belang, maar laten wij vooral niet vergeten dat het juist de behandelaars zijn die het resultaat van het werk elke dag zien. Beide beroepsgroepen kunnen elkaar heel goed aanvullen wanneer het gaat over het aanbieden van totaal-zorg. Hierbij kan er geprofiteerd worden van elkaars expertise, waarbij er waardering is voor ieders beroepsgroep.

3 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de vragenlijst tot stand is gekomen. De gebruikte methode, de meetinstrumenten, uitvoer van de enquête, de doelgroep en validatie worden besproken.

3.1 Literatuursearch

Om te komen tot bruikbare en relevante literatuur, welke betrekking heeft op onze doelstelling en vraagstellingen, hebben we ons breed georiënteerd op samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Van hieruit hebben we gekeken naar wat er bekend is over samenwerking; zijn er reeds voorbeelden over samenwerkingsvormen; is er onderzoek gedaan naar samenwerking; wat is er bekend over samenwerking als het gaat om wat er nodig is voor het opzetten en continueren van samenwerkingsverbanden; wat is er bekend over samenwerking tussen reguliere zorg en complementaire en alternatieve zorg?

Onderstaand de zoektermen die zijn gebruikt:
(MesH-terms meegenomen)

[Engels]

osteopathic medicine

osteopathic manipulative treatment/medicine

alternative medicine

complementary medicine

integrated medicine

Biomedicine

physical therapy

physiotherapy

healthcare providers

healthcare

primary healthcare

collaboration

cooperation

*inter-professional
survey, healthcare survey
questionnaire
history*

[Nederlands]

*samenwerking
integratie
alternatieve zorg, geneeskunde, geneeswijze
complementaire zorg, geneeskunde, geneeswijze
reguliere zorg/geneeskunde/geneeswijze
eerstelijns gezondheidszorg
osteopathie
fysiotherapie
geschiedenis
enquête
vragenlijst
onderzoek*

3.2 Type onderzoek

Ter verkrijging van de gegevens hebben wij gekozen voor een enquête zowel bij fysiotherapeuten als bij osteopaten om op deze wijze een vergelijking tussen beide beroepsgroepen te kunnen maken. In de enquête worden voornamelijk kwalitatieve vragen en een klein deel kwantitatieve vragen gesteld. Het aantal open vragen is beperkt om duidelijker te kunnen categoriseren en zodanig beter de antwoorden te kunnen verwerken. De open vragen hebben betrekking op werkervaring, bestaande specialisaties en, om praktische redenen, op het verkrijgen van e-mailadres van de respondent als deze de factsheet wil ontvangen.

3.3 Doel van het onderzoek

Het primaire doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de samenwerking tussen osteopaten en fysiotherapeuten. Binnen dit onderzoek beperken we ons tot de inhoud van een mogelijke samenwerking. We willen onderzoeken of er

wordt samengewerkt of niet, waarom er wel of niet wordt samengewerkt en hoe vaak er wordt samengewerkt. We vragen ook naar leeftijd, geslacht en werkervaring om te kijken of er variabelen zijn die invloed kunnen hebben op de samenwerking. Naast het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen kan de verkregen informatie gebruikt worden bij het bevorderen van de communicatie tussen fysiotherapeuten en osteopaten. Alle informatie zal worden verwerkt tot een factsheet en zal worden aangeboden aan de respondenten.

3.4 Meetinstrumenten

Het onderzoek wordt opgezet via een online enquête, waarbij we gebruik gemaakt hebben van het programma *enqueteTools*. Alle data worden ook via *enqueteTools* verzameld.

Om de data te verzamelen en te kwantificeren, is gebruik gemaakt van 17 multiple-choice vragen. De kwalitatieve variabelen zijn onderzocht met open vragen. In de enquête voor de fysiotherapeuten zijn het 2 open vragen en bij de enquête voor de osteopaten 3 open vragen.

De doelgroep wordt benaderd via mailinglijst met daarin een online link naar de enquête. Twee weken na het verzenden wordt een herinnering gestuurd naar de gehele groep om diegenen die de enquête niet ingevuld hebben nog een keer te vragen deze in te vullen. Nog een week later is een derde herinnering gestuurd.

De vragenlijst is verdeeld in 5 onderdelen:

- persoonlijke factoren;
- werksituatie en -ervaring binnen het beroep;
- samenwerking tussen beide beroepsgroepen;
- redenen waarom wel of niet wordt samengewerkt;
- het eventueel willen ontvangen van informatie via een factsheet.

Het programma *enqueteTools* biedt de mogelijkheid om de verzamelde data te downloaden in een Excel bestand. In het programma Excel worden de data verder verwerkt. De grafieken zijn vorm gegeven middels Word2010.

3.5 Validering en betrouwbaarheid van de enquête

Het begrip 'validiteit' van een instrument zegt iets over de mate waarin het meetinstrument daadwerkelijk meet wat het moet meten. Hierbij is het belangrijk om te achterhalen welke informatie wij nodig hebben om de probleemstelling en deelvragen te kunnen beantwoorden.

Het had onze voorkeur om een reeds gevalideerde vragenlijst te gebruiken. Na een uitgebreide literatuur-search, hebben we geen vergelijkbaar onderzoek gevonden, waarnaar we kunnen verwijzen ter validatie van onze enquête. Bij de literatuur-search werd gebruik gemaakt van PubMed, Medline, PEDro, The Cochrane Library, Google (Scholar), SWOO en verschillende websites, die overeenkomsten gaven met de zoektermen. Door het formuleren van de probleemstelling en deelvragen zijn we in staat geweest de enquêtevragen samen te stellen. De vragenlijst is ontworpen in de periode december 2019 en januari 2020. Er is gebruik gemaakt van het programma *enquêtetools* om de enquête te ontwerpen en ook via deze weg te verspreiden. In deze periode is ook overleg geweest met Rik Hoste D.O. over de opzet van de enquête.

Ter validatie van de vragen hebben we een conceptversie van de enquête voorgelegd aan 5 fysiotherapeuten en 5 osteopaten. We zijn ons ervan bewust dat een volledig validatie- en betrouwbaarheidsonderzoek jaren zou duren. Deze 10 therapeuten zijn van tevoren telefonisch benaderd om duidelijk uit te leggen dat het gaat om het valideren van een onderzoek. Daarna werd een conceptversie verstuurd op 30.01.2020.

Op een later tijdstip hebben wij contact gehad over eventuele onduidelijkheden en verbeterpunten. Na de evaluatie van de response op de conceptversie zijn de enquêtevragen aangepast.

De precisie van het onderzoek zegt iets over de betrouwbaarheid. Zijn bij herhaling van het onderzoek in de tijd, de gevonden resultaten dan eensluidend? Komt een andere onderzoeker, of dezelfde onderzoeker, dan tot dezelfde resultaten?

We hebben getracht de betrouwbaarheid te verhogen door een cohort te nemen van fysiotherapeuten in een grote regio, verspreid over veel praktijken in een grotere regio dan 1 stad of dorp. Hiermee denken we een cohort te hebben, waarmee we de resultaten mogelijk ook kunnen generaliseren naar Nederland.

Voor het cohort osteopaten hebben we de 'eerste' 300 leden van het NRO, het Nederland register voor Osteopathie, aangeschreven. De osteopaten, die vermeld staan in dit register, staan op alfabetische volgorde. Hierdoor denken we ook een goede spreiding van osteopaten in Nederland te realiseren, waarbij wij ook hier een te generaliseren cohort hebben kunnen vormen. We gaan ervan uit dat de demografische spreiding in beide groepen representatief is voor Nederland.

Hierdoor kunnen we zeggen dat eventuele conclusies gelden voor beide beroepsgroepen in Nederland.

3.6 Doelgroep

Het was voor een acceptabele response wenselijk een aantal van 100 respondenten per beroepsgroep te verkrijgen in een regio van diverse steden en dorpen.

We hebben geen toestemming verkregen om alle fysiotherapeuten aan te schrijven via het KNGF. Daarom hebben wij 300 fysiotherapeuten uit de **Coöperatie Fysiotherapie Dordrecht en omstreken** benaderd om de validiteit en betrouwbaarheid zo groot mogelijk te maken.

Op de website van het NRO is een ruime database van osteopaten beschikbaar. Via deze weg werden 300 mailadressen verkregen.

Omdat het aantal respondenten vanuit de Coöperatie Fysiotherapie Dordrecht en omstreken wat achterbleef, is besloten om een aantal particuliere praktijken buiten de Coöperatie aan te schrijven. We hebben deze gevraagd te participeren in de enquête. Hierdoor werd een groep van ongeveer 40 extra fysiotherapeuten uitgenodigd. Dit leverde extra respondenten op. Het verkrijgen van response van

100 respondenten vanuit de kant van de fysiotherapeuten bleek een uitdaging. De response vanuit de kant van de osteopaten verliep eigenlijk vrij vlot.

Voor online enquêtes waarbij geen relatie bestaat met de doelgroep wordt een reactiepercentage tussen de twintig en dertig procent als zeer succesvol beschouwd. Een reactiepercentage tussen tien en vijftien procent is realistischer. Omdat de vragenlijst gestuurd wordt naar collega's binnen onze beroepsgroep mag een hoger percentage verwacht worden (Dobronte, 2015).

3.7 Praktische uitvoering enquête

Nadat het idee is ontstaan om een enquête te houden onder fysiotherapeuten en osteopaten, zijn we gaan brainstormen over hetgeen we willen weten. Ondersteund door wat we hebben gelezen in onze literatuursearch, zijn we tot een aantal vragen gekomen. We wilden het aantal vragen beperken in verband met de statistische berekeningen en om een veelvoud van mogelijke conclusies te voorkomen.

De definitieve versie van de enquête is op 18 Februari digitaal aangeboden aan 300 fysiotherapeuten van de Coöperatie Fysiotherapie Dordrecht en omstreken en aan 300 osteopaten, welke geregistreerd staan bij het NRO. De enquête werd aangeboden met een begeleidende mail (zie **bijlage 3**) met daarin een link naar de vragenlijst. Een week later op 02 maart is een herinnering gestuurd aan degene die de enquête niet in hebben gevuld. Op 09 maart is een tweede herinnering gestuurd. Vanwege een onvoldoende response hebben wij op 09 maart nog 40 extra fysiotherapeuten benaderd met de vraag om de enquête in te vullen. Op 17 maart is de enquête gesloten.

Voor de volledige tekst van de enquête verwijzen wij naar **bijlage 1** *enquêtevragen fysiotherapeuten* en **bijlage 2** *enquêtevragen osteopaten*.

De begeleidende mail is toegevoegd als **bijlage 3**.

4 Resultaten

Voorafgaand aan de totstandkoming van de enquête hebben we doelstellingen en vraagstellingen geformuleerd. Wij zijn benieuwd of onze veronderstellingen met betrekking tot wel of niet samenwerken van de deelnemende osteopaten en fysiotherapeuten bevestigd worden door onze enquête. Daarnaast zijn er diverse variabelen en meningen die inhoud kunnen geven aan deze vragen. Wij zullen in de berekening en uitwerking van de vragen zien of er in de resultaten sprake is van correlaties en significantie. Voor deze berekeningen en uitwerking hebben we de hulp in kunnen schakelen van een statisticus.

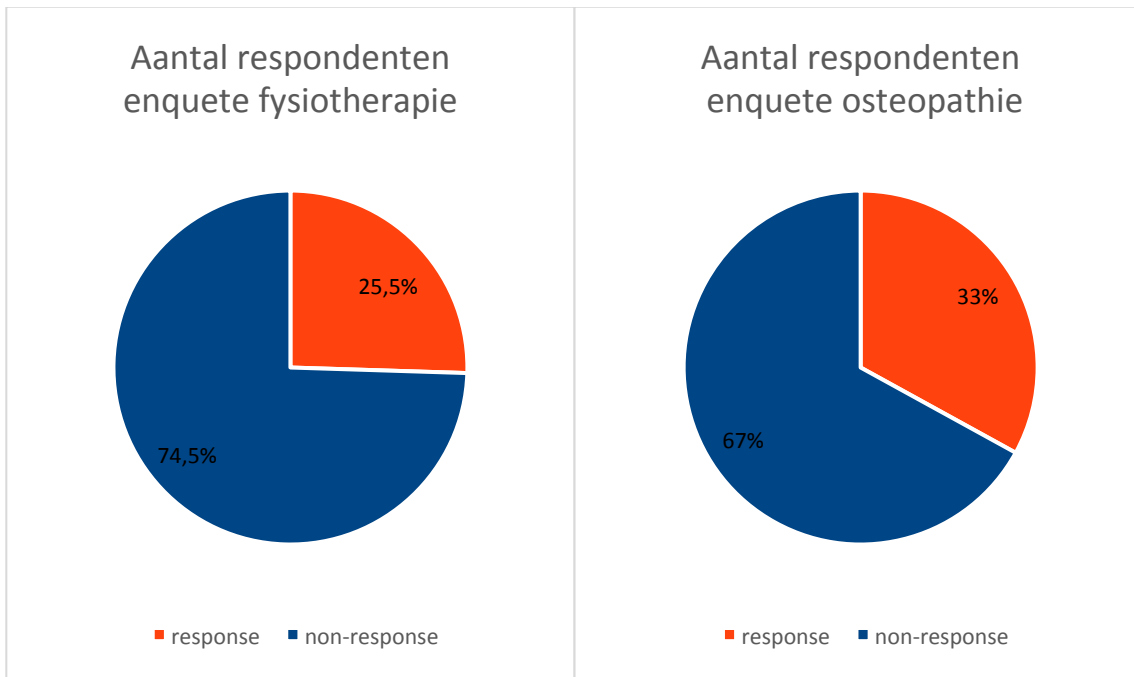
We hebben ervoor gekozen om de applicatie *enquetetools* te gebruiken voor het maken van deze enquête. Het voordeel is dat er vanuit deze tool direct percentages worden berekend per vraag en data worden verwerkt in een CSV-bestand, welke in *excel* een overzicht geeft van alle antwoorden per respondent. Van hieruit kunnen statistische toetsen worden uitgevoerd. De toetsen worden beschreven in 4.2 *Statistische analyse*.

4.1 Response

De response op de enquête voor de osteopaten bevatte volgens de enquêtesoftware (*enquêtetools*) 100 compleet ingevulde enquêtes en 12 gestarte, maar niet volledig ingevulde enquêtes. De response op de enquête voor de fysiotherapeuten bevatte volgens *enquetetools* 87 compleet ingevulde enquêtes en ook 12 gestarte, maar niet volledig ingevulde enquêtes.

De enquête is verstuurd naar een Coöperatie van praktijken en een aantal praktijken, die buiten de Coöperatie vallen. De praktijken werden gevraagd de enquête door te sturen naar alle medewerkers. De verwachting was dat wij hiermee ongeveer 340 fysiotherapeuten konden bereiken. Van de uiteindelijk 340 aangeschreven fysiotherapeuten hebben 87 personen de enquête ingevuld en dat komt neer op een percentage van 25,5%. Van de 300 osteopaten hebben 100 personen de enquête ingevuld en dat komt neer op een percentage van 33,3%. De response is te zien in Figuur 7.1.

Wanneer we kijken naar de percentages, die beschreven zijn door Dobronte (2015), dan zijn de response-percentages op onze enquête goed te noemen. Hierdoor zullen de betrouwbaarheid en representativiteit van onze enquête versterkt worden.



*Figuur 7.1: Respondenten per enquete: **Blauw**: non-response; **rood**: response*

4.2 Statistische analyse

Binnen de statistiek kunnen er een aantal toetsen worden ingezet bij een onderzoek als deze enquête. Onderstaande toetsen zijn gebruikt in de analyse en worden kort toegelicht.

Binomiaal-toets

Met de binomiaal-toets kun je berekenen wat de kans is op een bepaalde uitkomst. Hierbij kun je uitgaan van een bepaald aantal successen – een cumulatieve kans – waarbij je kijkt naar de optelling van een aantal kansen. Welke formule hoort er bij de binomiaal-toets, hoe pas je deze toe en hoe interpreteer je de resultaten? Bij de binomiaal-toets bereken je een kans in procenten door middel van een formule. Dit percentage vergelijk je met de alfa (in de regel 0.05). Als het percentage lager ligt dan deze alfa, spreek je van een significant verschil. Dit betekent dat er meer aan de hand is dan toeval – bijvoorbeeld een gemanipuleerde dobbelsteen die alleen maar zessen blijft gooien. Bij de binomiaaltoets kun je de kans van een precieze uitkomst berekenen, bijvoorbeeld 'drie keer een 2 gooien met een dobbelsteen bij tien keer gooien'. Dit schrijf je als $P(k=3)$. Hier staat de P voor 'de kans in procenten' en de k voor 'aantal successen'. Als je meerdere kansen optelt, spreek je van een cumulatieve kans. Dit is het geval als je $P(k=3)$ plus $P(k=4)$ doet, maar kan ook zo zijn bij $P(k>4)$. Bij deze laatste geef je aan dat je de cumulatieve kans gaat berekenen van 'vijf of meer keer een 2 gooien met een dobbelsteen bij x aantal keer gooien'. Deze laatste manier van berekenen is toegepast in de statistische analyse, eerder beschreven in dit document (Lancaster, 1961).

Fisher's exacte toets

De Fisher's exacte toets richt zich op de samenhang tussen uitkomsten. Fisher's exact test kan gebruikt worden om te toetsen of het verschil tussen twee proporties in een klassieke 2x2 tabel significant is. Dergelijke tabellen worden ook geanalyseerd met een Chikwadraat toets. Traditioneel wordt er voor de Fisher's exact test gekozen ipv een Chi-kwadraat wanneer er lage aantallen (geobserveerde count $\sim < 10$ of expected count < 5 in de 2x2 tabel voorkomen. De

Chi-kwadraat toets is dan niet meer nauwkeurig. Omdat Fisher's Exacte toets in de huidige statistische pakketten even snel uitgerekend kan worden als een chi-kwadraat toets, is er geen belemmering meer om deze exacte toets (chi-kwadraat gebruikt een benadering) altijd te gebruiken bij het analyseren van een 2x2 tabel. In een enkel geval is de Chi-kwadraat toets gebruikt in de bovenstaande analyse. Hier betekent df het aantal vrijheidsgraden van de Chi-2 verdeling (Finney, 1948).

De statistische analyse laat zien dat de steekproef groot genoeg is om een aantal statistisch significante uitkomsten vast te stellen.

Hieronder volgt een overzicht van de resultaten.

De analyse met de statistische toetsen is toegevoegd als **bijlage 4**.

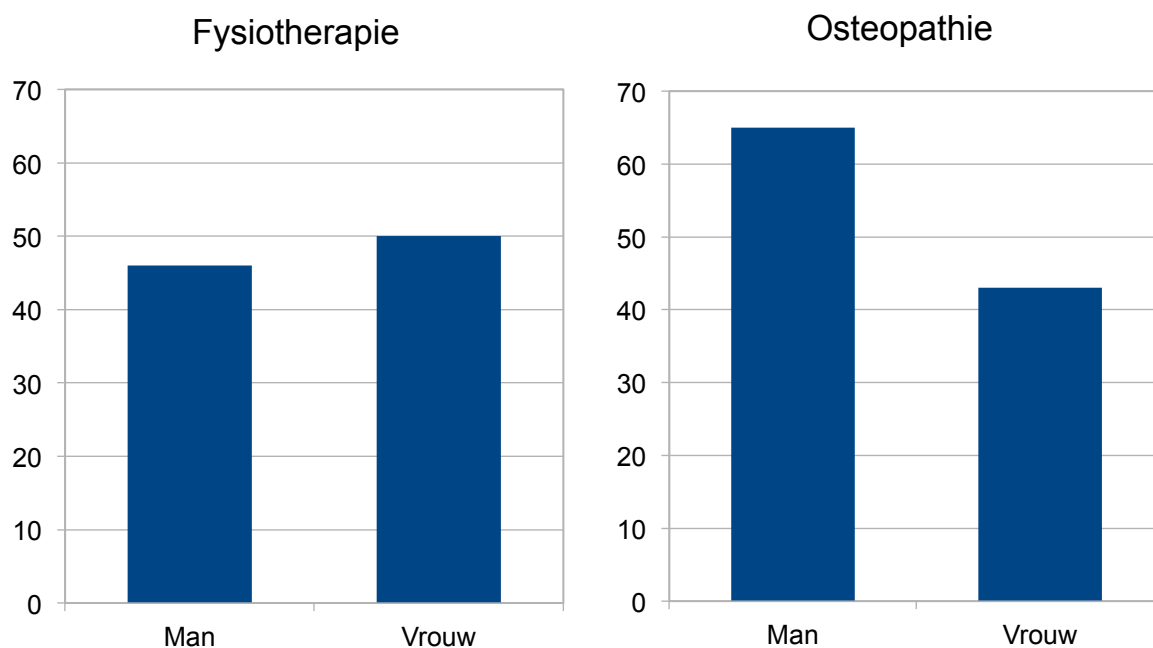
4.3 Kwantitatieve data/Analyse van de achtergrondgegevens

Alleen de figuren die significante uitslagen tonen zijn zichtbaar. Voor de aanvullende niet zichtbare figuren verwijzen wij naar **bijlage 5 grafieken**.

Waar in de onderstaande resultaten verwezen wordt naar fysiotherapeuten of osteopaten gaat het om de deelnemende fysiotherapeuten en osteopaten (respondenten) aan deze enquête.

Verdeling op basis van geslacht

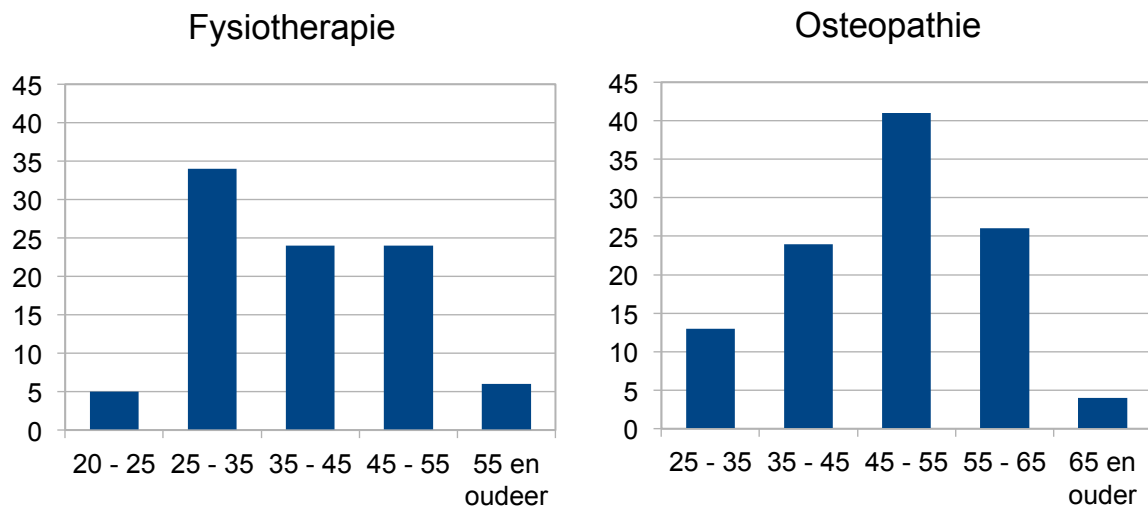
Er zijn bijna evenveel mannen als vrouwen werkzaam in de fysiotherapie. In de osteopathie zijn er significant meer mannen dan vrouwen werkzaam. Deze verdeling is weergegeven in Figuur 7.2.



Figuur 7.2: De verdeling op basis van het geslacht binnen beide beroepsgroepen.

Leeftijdverdeling binnen de twee beroepsgroepen

De fysiotherapeuten zijn significant jonger dan osteopaten. De osteopaten zijn hoog significant ouder dan 45 jaar. Figuur 7.3. en Tabel 1 geven dit weer, gesplitst op de leeftijd van 45 jaar.



Figuur 7.3: De leeftijdsverdeling binnen de twee beroepsgroepen.

Tabel 1: Verdeling op basis van leeftijd, gesplitst op 45 jaar.

	Leeftijd < 45 jaar	Leeftijd > 45 jaar
Osteopaten	37	71
Fysiotherapeuten	63	30

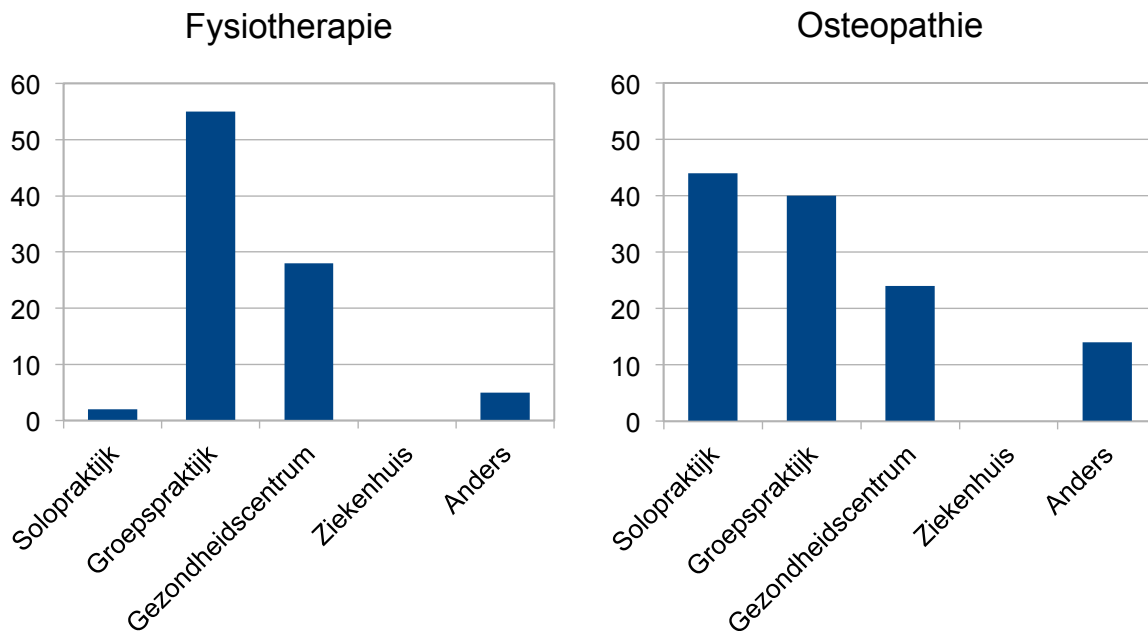
Werkzame jaren

In Figuur 7.4 in **bijlage 5** zijn de werkzame jaren per beroepsgroep aangegeven. Osteopaten werken gemiddeld meer dienstjaren in de praktijk.

Praktijksetting

Fysiotherapeuten: 2 respondenten werken in een solopraktijk, terwijl 88 in een collectieve setting werkzaam zijn.

Osteopaten: 44 respondenten werken in een solopraktijk, terwijl 78 in een grotere praktijk werkzaam zijn. Dit verschil is hoog significant en wordt weergegeven in Figuur 7.5.



Figuur 7.5: Verdeling van de verschillende praktijksettings binnen beide beroepsgroepen.

Praktijk grootte

Fysiotherapeuten zijn overwegend in grotere praktijken werkzaam.

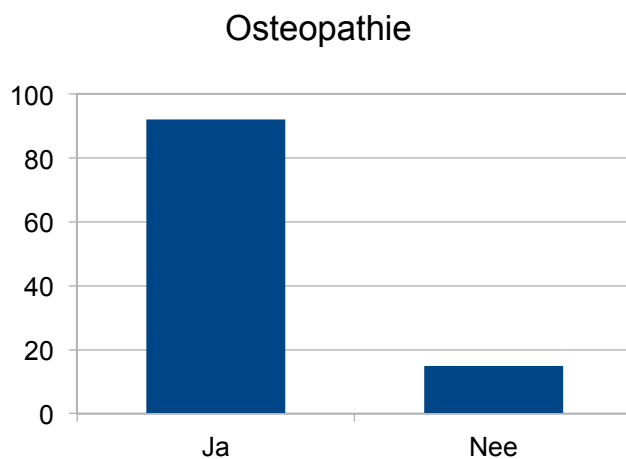
Osteopaten zijn vaak in een solopraktijk werkzaam, zoals figuur 7.6 in **bijlage 5** laat zien.

Aantal werkzame dagen per week

Zowel fysiotherapeuten als osteopaten werken overwegend 4 tot 5 dagen per week. In Figuur 7.7 in **bijlage 5** is geen noemenswaardig verschil te zien in de hoeveelheid werkzame dagen.

Osteopaten met vooropleiding fysiotherapie

Een significant groter aantal van de osteopaten heeft als vooropleiding fysiotherapie gedaan. Dit verschil wordt weergegeven in Figuur 7.8.

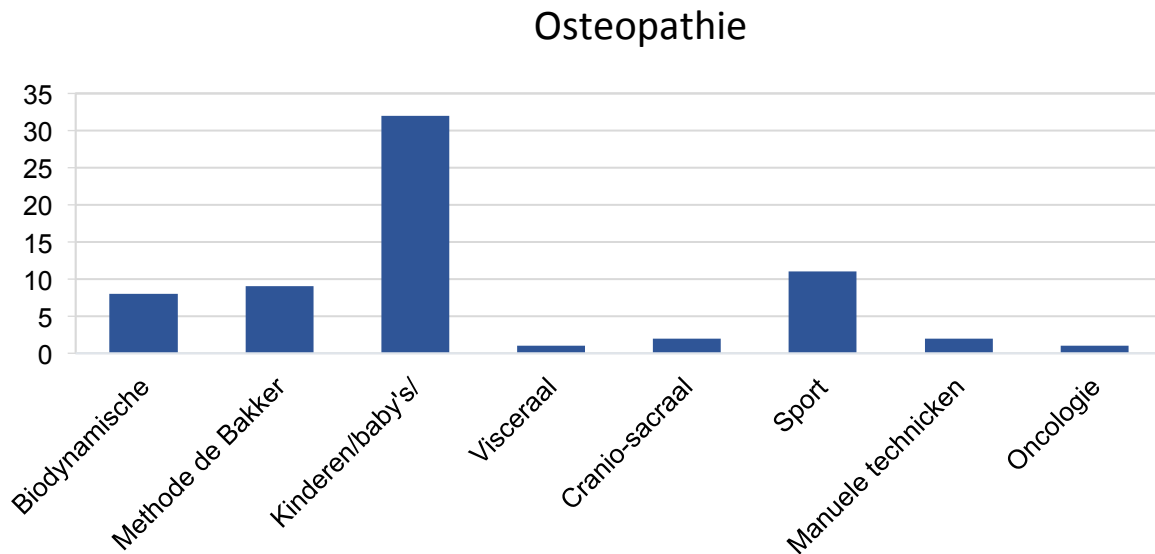


Figuur 7.8: De verdeling van de deelnemende osteopaten met of zonder vooropleiding Fysiotherapie.

4.4 Kwalitatieve data

Methode/aandachtsgebied binnen osteopathie

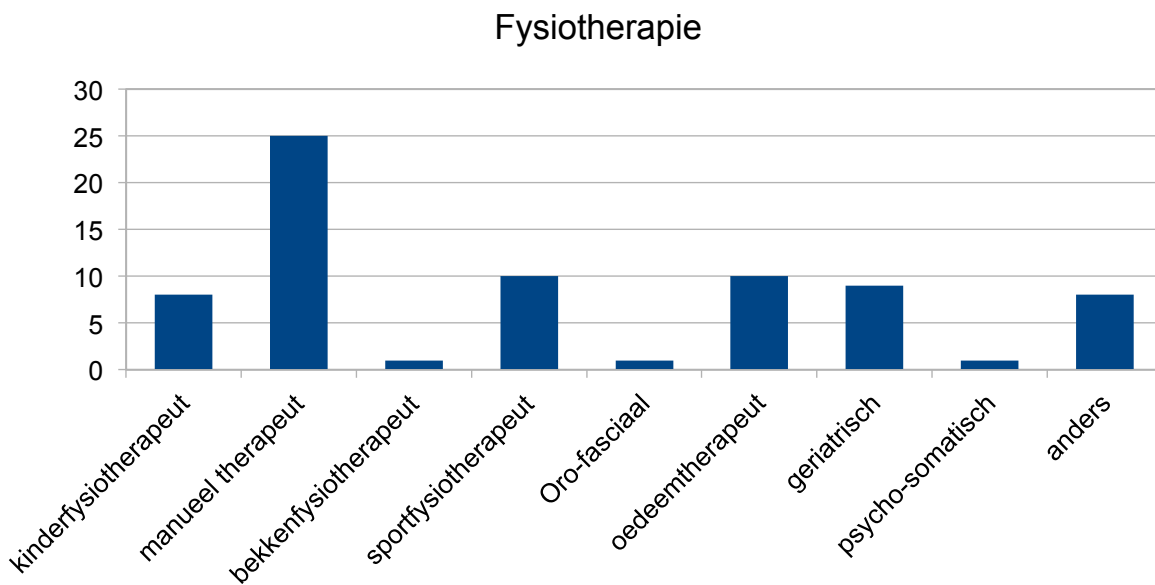
Het overgrote deel van de osteopaten heeft de opleiding/methode/aandachtsgebied kinderen/baby's/gynaecologie gevolgd. De verschillen worden weergegeven in Figuur 7.9.



Figuur 7.9: Methoden/aandachtsgebieden/bij-nascholingen binnen osteopathie.

Specialisatie/verbijzondering Fysiotherapie

Het overgrote deel van de fysiotherapeuten heeft manuele therapie als verbijzondering dit is in Figuur 7.10 weergegeven.



Figuur 7.10: Verschillende specialisatie/verbijzonderingen binnen fysiotherapie.

Soort problematiek die veel gezien wordt binnen de fysiotherapie

Figuur 7.11 in **bijlage 5** toont aan dat het overgrote deel van de deelnemende fysiotherapeuten in de praktijk orthopedische/musculoskeletale klachten ziet.

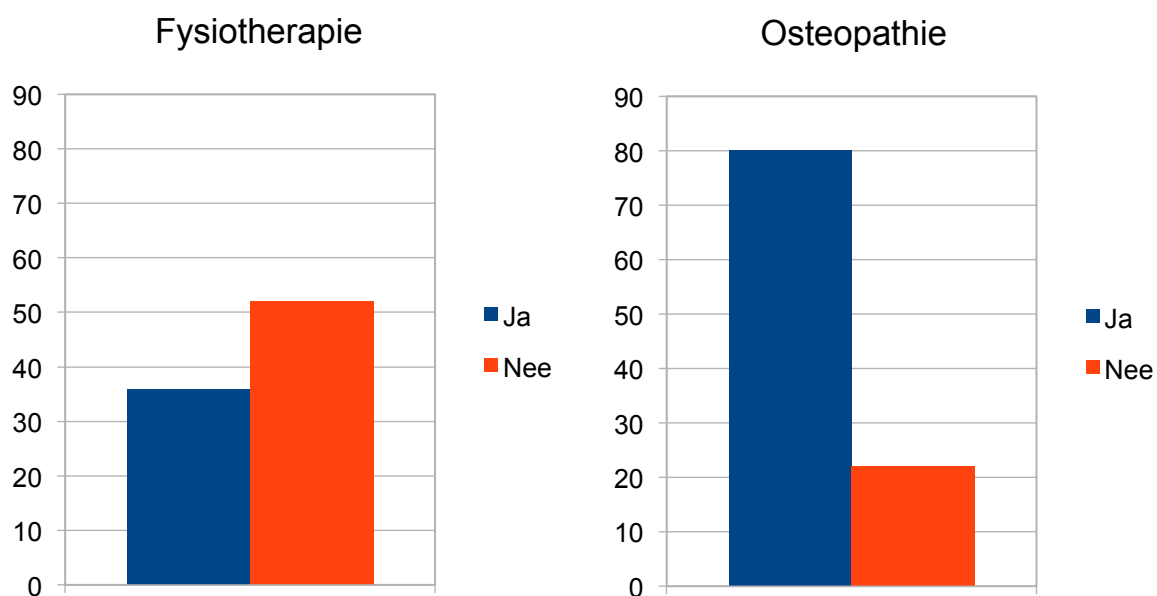
4.4 Samenwerking tussen Fysiotherapeuten en Osteopaten

Hoeveel fysiotherapeuten in deze studie werken samen met een osteopaat?

Hoeveel osteopaten in deze studie werken samen met een fysiotherapeut?

Osteopaten werken significant vaker samen met fysiotherapeuten.

Fysiotherapeuten werken duidelijk minder vaak samen met osteopaten. Dit is te zien in Figuur 7.12.



Figuur 7.12: Wel of niet samenwerken tussen fysiotherapeuten en osteopaten.

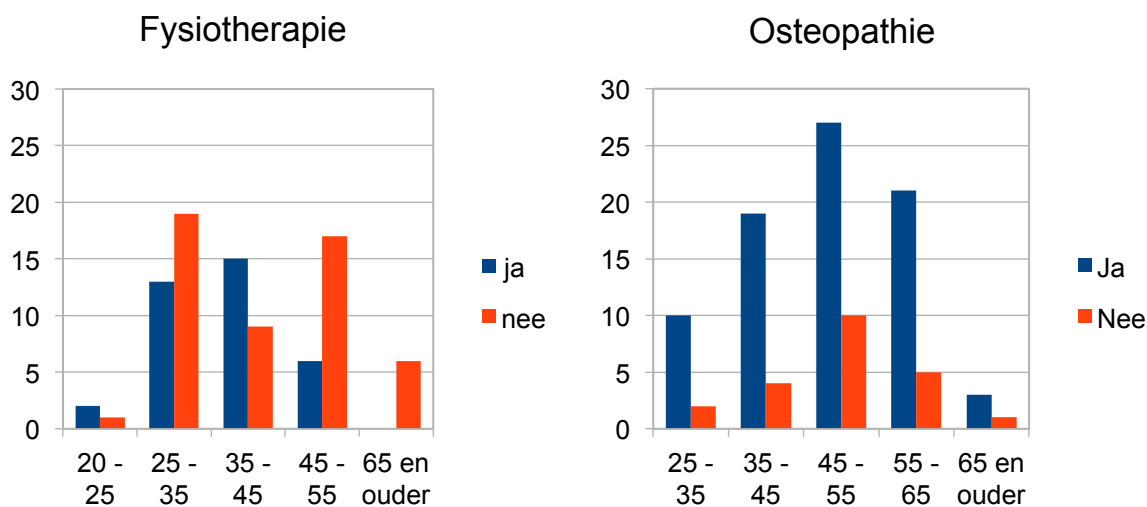
Vervolgfragen zijn: Waarom vindt deze samenwerking wel, of niet plaats? Ook moet worden vermeld dat fysiotherapeuten met een aantal andere disciplines samenwerken, hetgeen wordt vermeld door enkele fysiotherapeuten.

Wat is de invloed van het geslacht op wel of niet samenwerken?

Er zijn geen significante verschillen met betrekking op het geslacht en samenwerken. Weergave in Figuur 7.13 in **bijlage 5**.

Wat is de invloed van de leeftijd van de therapeut op het wel of niet samenwerken?

Figuur 7.14 toont aan dat significant meer fysiotherapeuten jonger dan 45 jaar samen werken met osteopaten.



Figuur 7.14: Invloed van de leeftijd op wel of niet samenwerken.

Is er verschil te zien in wel of niet samenwerken wat betreft de praktijksetting?

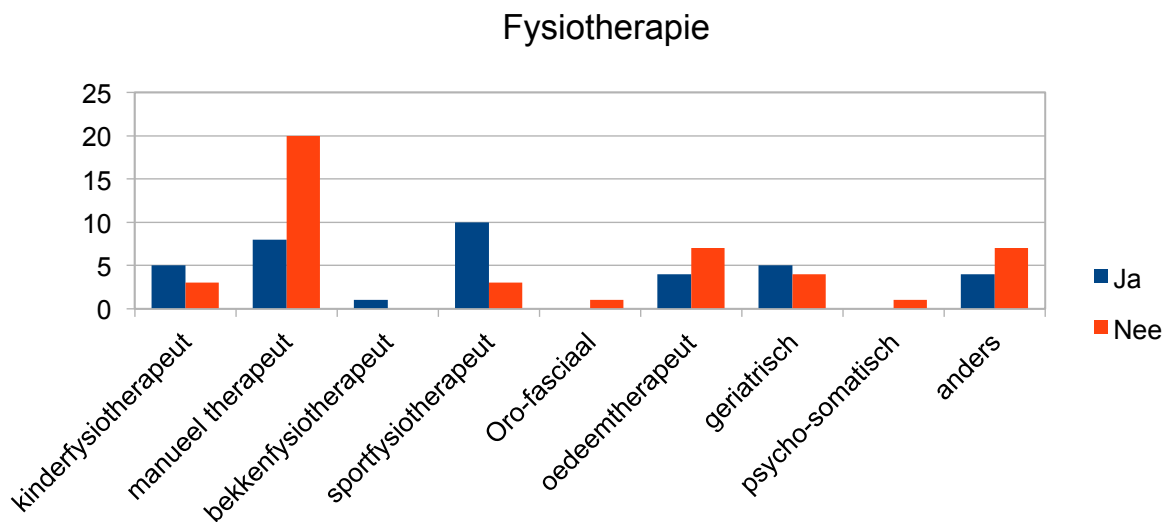
Fysiotherapeuten in een groepspraktijk werken minder vaak samen met een osteopaat, dan vanuit een gezondheidscentrum. Hier is sprake van een lichte trend. Deze trend wordt inzichtelijk in Figuur 7.15 in **bijlage 5**.

Heeft de vooropleiding van een osteopaat invloed op het wel of niet samenwerken met een fysiotherapeut?

Er is geen significante samenhang met betrekking tot de vooropleiding fysiotherapie, als het gaat om samenwerken. Dit te zien in Figuur 7.16 in **bijlage 5**.

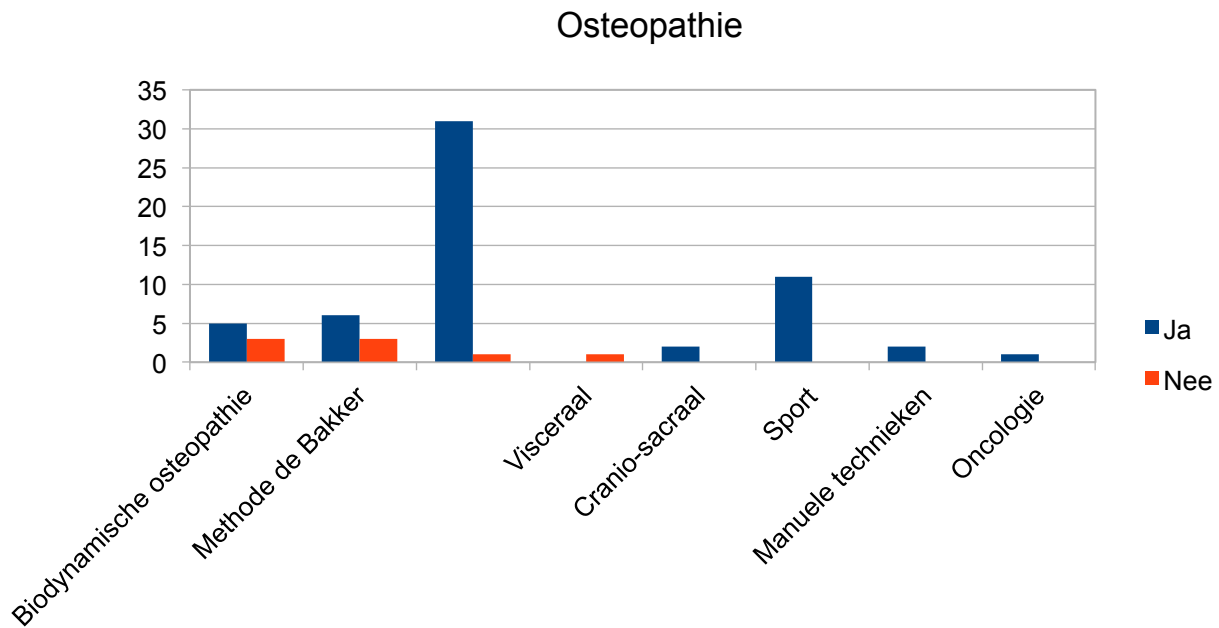
Heeft de specialisatie van een therapeut invloed op het wel of niet samenwerken van osteopaten en fysiotherapeuten?

Sportfysiotherapeuten werken vaker samen met osteopaten, deze samenhang is significant. Manueeltherapeuten werken juist minder vaak samen met osteopaten. Deze samenhang is niet significant. Dit is in Figuur 7.17 weergegeven.



Figuur 7.17: Invloed van specialisatie Fysiotherapie op wel of niet samenwerken.

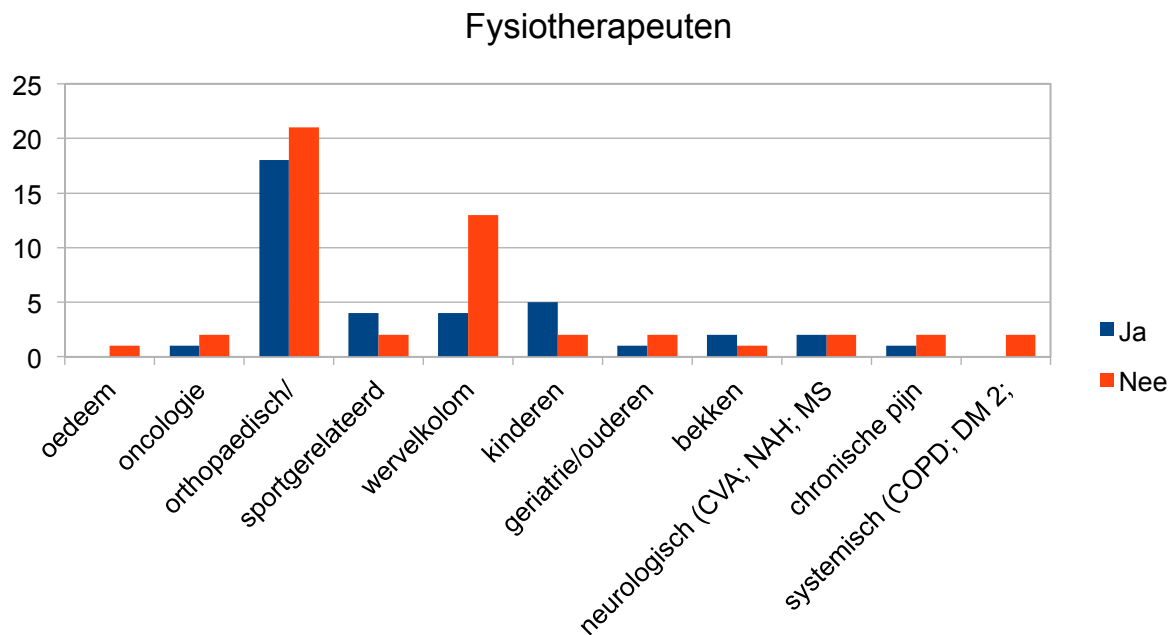
Osteopaten met de methode/aandachtsgebied kinderen/baby's/gynaecologie werken het vaakst samen met fysiotherapeuten. Deze samenhang is sterk significant. Osteopaten met als aandachtsgebied sport werken vaker samen met fysiotherapeuten. Dit is weergegeven in Figuur 7.18.



Figuur 7.18: Wel of niet samenwerken op basis van methode/aandachtsgebied/bij- of nascholing bij deelnemende osteopaten.

Heeft de soort problematiek die vaak door de fysiotherapeut gezien wordt invloed op het wel of niet samenwerken?

Bij de fysiotherapeuten wordt bij klachten aan de wervelkolom duidelijk minder vaak samengewerkt met een osteopaat, dit verschil is significant. Er wordt samengewerkt bij orthopedisch/musculoskeletale aandoeningen en bij kinderen en sporters. Dit is te zien in Figuur 7.19.

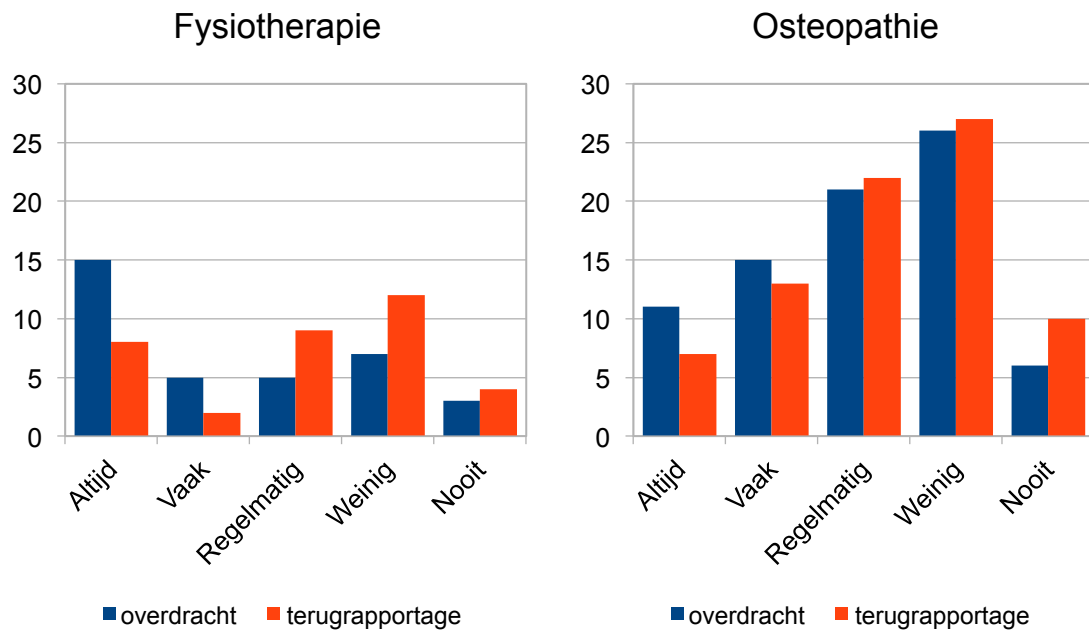


Figuur 7.19: Wel of niet samenwerken in verhouding met verschillende aandachtsgebieden die veel gezien worden binnen fysiotherapie.

Frequentie van communicatie tussen beide disciplines, wanneer er wordt samengewerkt.

Er wordt duidelijk vaker en meer gecommuniceerd vanuit de fysiotherapeut richting de osteopaat, dit verschil is significant. Osteopaten communiceren minder richting de fysiotherapeut. Dit verschil is te zien in Figuur 7.20

Opvallend is de asymmetrie in de communicatie bij de 'altijd' en 'vaak' uitkomsten. Hierbij communiceren de fysiotherapeuten in veel grotere getallen, dan de osteopaten waarmee zij samenwerken. Zie figuur 7.20 links.



Figuur 7.20: Verhouding van communicatie tussen beide beroepsgroepen wat betreft het sturen van een overdracht en terugrapportage.

Op welke manier wordt er gecommuniceerd tussen de twee beroepsgroepen?

De verschillende communicatiekanalen worden weergegeven in Figuur 7.21 in **bijlage 5**.

Fysiotherapeuten communiceren het meest (maar zeker niet uitsluitend) mondeling in dezelfde praktijksetting. Osteopaten communiceren het meest via de telefoon, gevolgd door de Siilo-app en mail.

Frequentie van samenwerken tussen beide beroepsgroepen

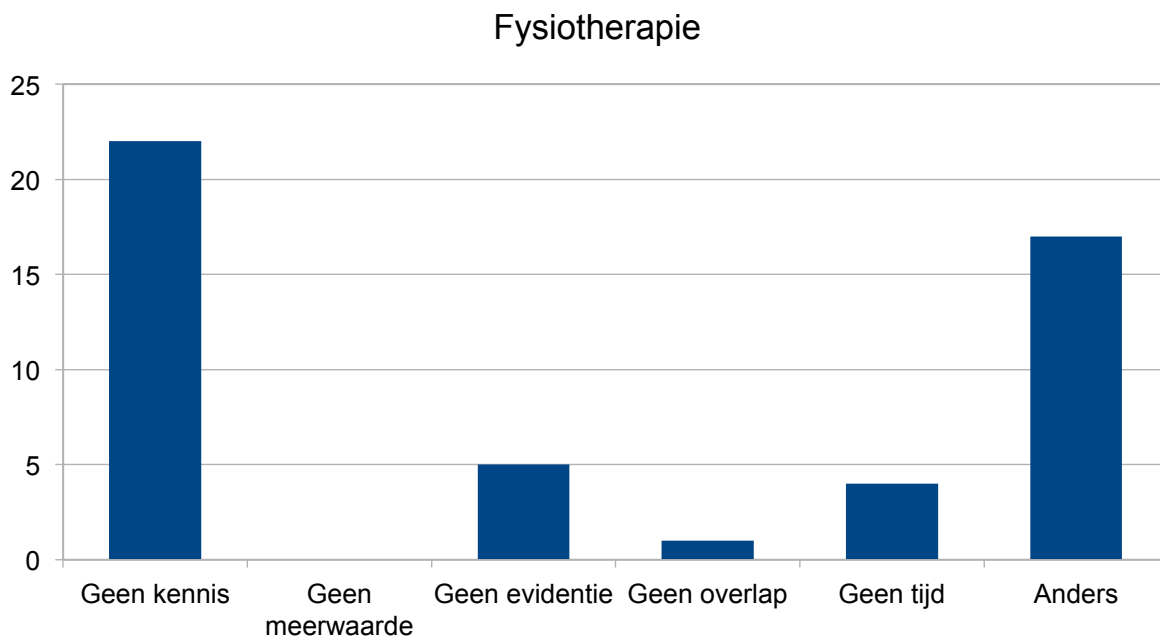
Fysiotherapeuten werken minder vaak samen met osteopaten, dan andersom. Dit is weergegeven in Figuur 7.22 in **bijlage 5**.

Wat zijn de redenen waarom wel of niet wordt samengewerkt tussen een osteopaat en fysiotherapeut?

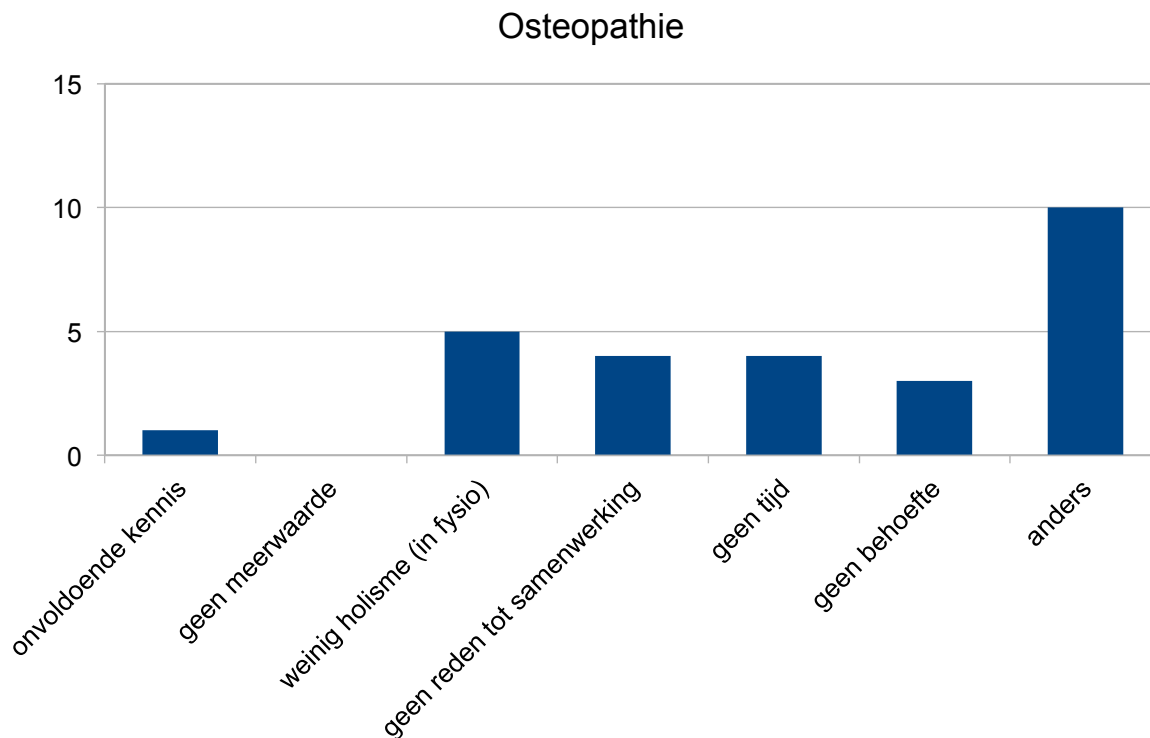
Redenen van *niet* samenwerken

De meeste fysiotherapeuten, die niet samenwerken, geven aan een gebrek aan kennis te hebben omtrent osteopathie. Diverse redenen zijn weergegeven in Figuur 7.23. De antwoorden 'anders' zijn terug te vinden in **bijlage 5**.

Osteopaten, welke niet samenwerken, geven hier uiteenlopende redenen voor aan. De redenen zijn weergegeven in Figuur 7.24.



Figuur 7.23: Redenen waarom deelnemende fysiotherapeuten niet met osteopaten samenwerken.



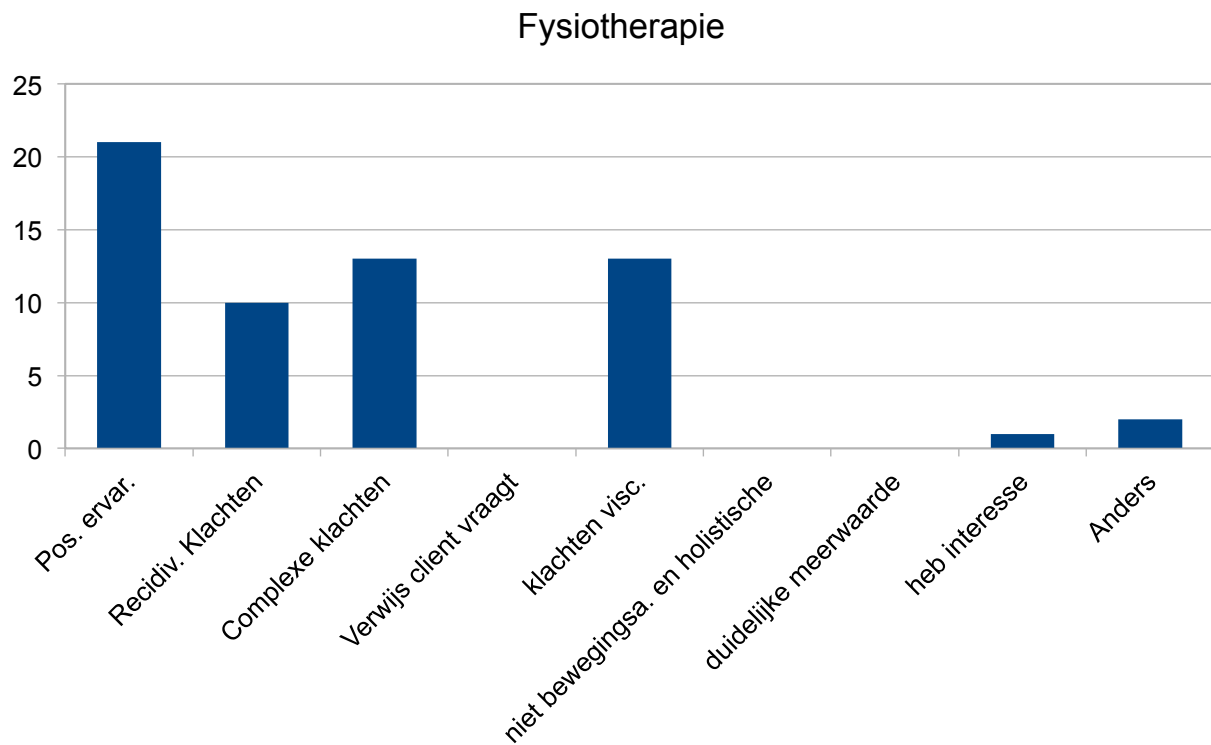
Figuur 7.24: Redenen waarom deelnemende osteopaten niet met fysiotherapeuten samenwerken.

*Redenen van **wel** samenwerken*

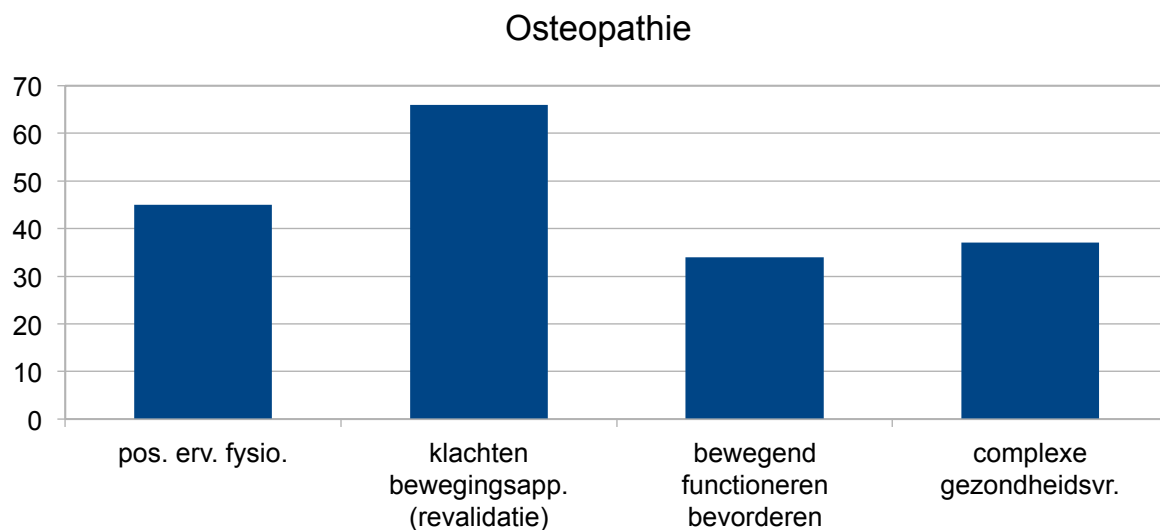
De meeste fysiotherapeuten werken samen omdat zij positieve ervaringen hebben met osteopathie. Bij complexe klachten en klachten met betrekking tot het viscerale systeem wordt vaker samengewerkt.

Osteopaten werken vooral samen bij klachten aan het bewegingsapparaat en in relatie tot revalidatie.

Deze redenen zijn in Figuur 7.25 weergegeven voor deelnemende fysiotherapeuten en voor deelnemende osteopaten in Figuur 7.26. De antwoorden 'anders' zijn terug te vinden in **bijlage 5**.



Figuur 7.25: Redenen waarom deelnemende fysiotherapeuten met osteopaten samenwerken.



Figuur 7.26: Redenen waarom deelnemende osteopaten met fysiotherapeuten samenwerken.

Is er vanuit de fysiotherapie/osteopathie behoefte om meer informatie te krijgen over de andere beroepsgroep?

Bij de fysiotherapeuten willen 45 respondenten graag meer weten over osteopathie, terwijl 42 respondenten daar geen verdere behoefte aan heeft.

Bij de osteopaten willen 11 respondenten graag meer weten van fysiotherapie, terwijl 89 respondenten daar geen verdere behoefte aan heeft.

5 Totstandkoming Factsheet

Volledige documenten bevatten vaak te veel informatie voor de lezer, waardoor ze niet echt deelbaar zijn. Een factsheet combineert de belangrijkste data met visuele elementen, die de cijfers begrijpelijk maken en zorgen voor logica. In een overzichtelijk document wordt zo de focus gelegd op de kernboodschap van het verhaal en wordt dit begrijpelijk voor de lezer en dus deelbaar! Voor het inzichtelijk maken van de resultaten hebben wij een factsheet ontworpen, zodat wij deze kunnen delen met zowel fysiotherapeuten als ook de osteopaten. Aanvankelijk wilden wij twee factsheets maken, maar uiteindelijk kozen wij voor één factsheet omdat op deze wijze de resultaten voor beide beroepsgroepen in één oogopslag vergelijkbaar zijn.

Het doel is om via deze factsheet de onderzoeksresultaten op een aantrekkelijke en overzichtelijke manier te kunnen delen. Alle relevante informatie wordt verwerkt in deze factsheet, zodat de lezer direct ziet wat de belangrijkste conclusie is en zo komen de resultaten veel beter tot hun recht.

Eerst moet bepaald worden wat de belangrijkste conclusie is die via deze weg overgebracht moet worden. Verder is het belangrijk om te kijken welke gegevens in deze factsheet moeten komen staan. Wij hebben in de voorbereiding diverse websites geraadpleegd over hoe een factsheet of infographic te maken. Hierbij hebben we gezocht naar voorbeelden van factsheets om een idee te verkrijgen hoe de indeling eruit zou kunnen zien.

We hebben niet alle resultaten in de factsheet kunnen zetten. Alleen de meest significante en meest opvallende resultaten hebben we verwerkt tot een factsheet. Deze sluiten aan bij onze onderzoeksvragen.

De factsheet is in **bijlage 6** toegevoegd.

6 Conclusies

Deze enquête geeft antwoord op de centrale onderzoeksvraag:

Wat is de status van samenwerking tussen fysiotherapeuten en osteopaten en vice versa?

Waar in onderstaande conclusies verwezen wordt naar fysiotherapeuten of osteopaten gaat het om de deelnemende fysiotherapeuten en osteopaten (respondenten) aan deze enquête.

Uit de resultaten blijkt dat de fysiotherapeuten duidelijk jonger zijn dan de osteopaten en deze jongere fysiotherapeuten werken ook vaker samen met osteopaten. Hierbij gaan de sportfysiotherapeuten vaker de samenwerking aan met een osteopaat dan de fysiotherapeuten met andere specialisaties.

Osteopaten met de opleiding baby's/kinderen/gynaecologie werken vaker samen met fysiotherapeuten dan osteopaten met andere aandachtsgebieden. Verder communiceren de fysiotherapeuten wat betreft de overdracht en terugrapportage duidelijk meer/vaker richting de osteopaten dan vice versa.

De resultaten laten zien dat de fysiotherapeuten benoemen dat een gebrek aan kennis over osteopathie de belangrijkste reden is om **niet** samen te werken met een osteopaat. Ook geven zij aan dat zij geen osteopaat kennen of dat er in de buurt geen osteopaat aanwezig is.

Osteopaten die **niet** samenwerken geven soms aan dat zij fysiotherapeuten zien als concullega's. Voor hen is ook het ontbreken van een indicatie een reden om af te zien van samenwerking. De meest markante conclusie is de vaststelling dat er significant minder wordt samen gewerkt bij klachten in de werkvelkolom.

Fysiotherapeuten werken **wel** samen met collega's uit de osteopathie bij orthopedische/musculoskeletale aandoeningen en als het om een kind of een sporter gaat. Fysiotherapeuten noemen de positieve ervaringen van

samenwerking met osteopaten als belangrijke reden van hun samenwerking. Verder worden complexe klachten en klachten in het viscerale systeem als reden van samenwerking vermeld.

Osteopaten noemen in de eerste plaats klachten in het bewegingsapparaat en revalidatietrajecten als redenen voor samenwerking met een fysiotherapeut. Daarnaast spelen bij hen positieve ervaringen ook een belangrijke rol.

Ons onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat er sprake is van samenwerking tussen beide beroepsgroepen, waarbij meerdere factoren een rol spelen. Duidelijk is aangetoond dat osteopaten vaker samenwerken met fysiotherapeuten dan vice versa.

7 Discussie/aanbevelingen

Waar in onderstaande discussie verwezen wordt naar fysiotherapeuten of osteopaten gaat het om de deelnemende fysiotherapeuten en osteopaten (respondenten) aan deze enquête.

Voor dit onderzoek zijn twee verschillende enquêtes gebruikt, één voor fysiotherapeuten en één voor osteopaten. In dit onderzoek werd nagegaan of en hoe er tussen beide beroepsgroepen samen wordt gewerkt.

Deze enquêtes zijn verstuurd naar 340 fysiotherapeuten en 300 osteopaten. Het beperkt aantal respondenten bij de fysiotherapeuten is volgens de geldende standaard niet van invloed op kwaliteit en representativiteit van de enquête (Dobronite, 2015). Mogelijk zal er sprake zijn van een geografische bias. De geografische spreiding van fysiotherapeuten en osteopaten is niet gelijk in de verschillende regio's en provinciën in Nederland. Dit hoeft echter niet in te houden dat de geografische bias direct verband houdt met de socio-economische bias. We realiseren ons dat demografische factoren als gemiddeld inkomen per wijk, per regio of zelf per provincie kunnen verschillen. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de geografische spreiding van bijvoorbeeld osteopaten, of op de verwijzing naar een osteopaat. In een gebied met een lager dan modaal inkomen, kan het zijn dat een osteopaat minder snel wordt bezocht, aangezien cliënten in de meeste gevallen zullen moeten bijbetalen voor een consult osteopathie.

We menen dat het in het kader van deze thesis niet haalbaar is geweest om een selectie te realiseren zonder alle mogelijke 'confounding factors'. We realiseren ons dat dit invloed heeft op de representativiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten van dit onderzoek. Echter kan het een trend laten zien vanuit de aanvaardbare grootte van het cohort in beide beroepsgroepen.

Het doel van het onderzoek is; inventarisatie van de status van de samenwerking tussen beide beroepsgroepen. Stimulering en verbetering van de samenwerking zou bij beide vakgebieden voor de patiënt een meerwaarde hebben (Jong, 2011,

2012; CBS, 2018; Koster, 2019). Zoals reeds eerder vermeld werken de fysiotherapeuten veel minder samen met osteopaten dan vice versa. Dit resultaat is in overeenstemming met onze verwachting vooraf. We denken dit in de praktijk ook zo te beleven.

Opvallend is dat osteopaten (meestal met een vooropleiding fysiotherapie) vaker samenwerken met fysiotherapeuten, maar dat er in de enquête geen correlatie is gevonden tussen vooropleiding en de mate van samenwerking. Hierover is nader onderzoek nodig. We zien dat de deelnemende fysiotherapeuten benoemen dat een gebrek aan kennis over osteopathie de belangrijkste reden is om **niet** samen te werken met een osteopaat.

In een onderzoek van Leone (2019) werd gelijksoortig geconcludeerd als het gaat over de samenwerking tussen huisartsen en osteopaten. Huisartsen geven aan dat er onvoldoende kennis is van de osteopathie. Dit is van essentieel belang voor de bekendheid en positionering van de osteopathie. Ook geven de huisartsen aan dat de wetenschappelijke onderbouwing van het vak osteopathie gemist wordt. Volgens Leone is dit een mogelijke verklaring voor een gebrek aan samenwerking. Aanbevolen wordt dat partijen die samenwerken zich verdiepen in elkaars vakgebied. Dit is onderzocht bij huisartsen (Carr et al., 2002; Main et al., 2007; Nicholls et al., 2005).

Literatuur (MACCAH, 2004; Winnick, 2005, Nahin, et al., 2005; Leone, 2019) laat zien dat er behoefte is aan wetenschappelijk bewijs voor het handelen van CAM-therapeuten. De deelnemende fysiotherapeuten geven dit ook aan in onze enquête. We begrijpen dat deze wens bestaat, echter is de mogelijkheid tot het uitvoeren van zinvol wetenschappelijk onderzoek en de invulling hiervan een punt van discussie. (MACCAH, 2004; Nahin, 2005). Het voldoen aan deze verwachtingen richting de osteopathie is op dit moment niet volledig haalbaar denken wij. We zijn ons ervan bewust dat de daadwerkelijke evidentie binnen de fysiotherapie en manuele therapie gering is. Het doen van goed interventie-onderzoek op een goed geselecteerd cohort lijkt niet eenvoudig. Toch hebben deze beroepen al lange tijd een bepaalde status binnen de reguliere zorg. Vanuit het oogpunt van tastbare

evidentie alleen lijkt het niet integreren van complementaire geneeswijzen niet verdedigbaar.

Specifieke samenwerking tussen fysiotherapeuten en osteopaten is nauwelijks onderzocht. Wel is er vrij veel onderzoek gedaan naar de integratie van complementaire en alternatieve zorg (CAM) in de reguliere zorg. Ook is er een trend te bespeuren in de bredere kennis van CAM (Winnick, 2005), en mogelijk daarmee van osteopathie.

Het onderzoek van Leone (2019) en onze enquête bevestigen deze trend bij de jongere therapeuten en artsen. Het kan betekenen dat door de jaren heen een bredere groep eerstelijns zorgverleners, en met name de jongere generatie, hier meer mee 'opgroeit'. Interessant zou zijn om te inventariseren of en wat er in de diverse opleidingen in de eerstelijns zorg wordt gedoceerd over osteopathie. Er bestaat een postgraduaat verdiepingsmodule met betrekking tot CAM binnen de geneeskunde. Het lijkt zinvol om de 'andere spelers' in het zorglandschap te kennen, wellicht voordat men erin stapt. Het onderwijs kan hierin nog een voorname rol spelen.

Uit onze onderzoeksresultaten blijkt dat er vanuit de deelnemende fysiotherapeuten significant minder vaak samen wordt gewerkt als het gaat om klachten aan de wervelkolom. Het resultaat kan te maken hebben met het feit dat een aanzienlijk deel van de respondenten in deze studie manuele therapie als specialisatie hebben. Deze manuele therapeuten zien voor een overgroot deel patiënten met klachten aan de wervelkolom, maar onduidelijk is nog waarom juist daardoor minder samen wordt gewerkt. Mogelijk beschouwen de manueeltherapeuten zich als 'de specialist' op dit gebied en wensen ze hierin geen samenwerking. Het verdient aanbeveling om aanvullend onderzoek te doen naar samenwerking toegespitst op de deelspecialisaties.

Zoals in de enquête duidelijk naar voren komt werken de deelnemende osteopaten wel met fysiotherapeuten samen, maar wordt er (te) weinig gecommuniceerd vanuit osteopaten. De fysiotherapeuten sturen daarentegen wel significant vaker een overdracht en terugrapportage. Een mogelijke reden

hiervoor is dat de fysiotherapeuten gewend zijn om een overdracht en terugrapportage te sturen naar bijvoorbeeld de verwijzers. Voordat de 'directe toegankelijkheid' werd ingevoerd in 2006 waren fysiotherapeuten afhankelijk van een verwijzing van de huisarts en specialist voor een fysiotherapeutische behandeling. Het kan zijn dat fysiotherapeuten zich erg bewust zijn van de destijds afhankelijke relatie met hun verwijzer en hierdoor de overdracht en terugrapportage in hun routine hebben opgenomen.

De fysiotherapeuten communiceren vaker, maar niet altijd. Bekeken vanuit de fysiotherapie kan worden gesteld dat er vanuit verzekeraars strengere eisen zijn aan het werken met een elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit zorgt ervoor dat er druk ligt op een zo volledig mogelijke verslaglegging naar onder meer de collega-zorgverleners. Bij een audit vanuit verzekeraars moet dit volledig zijn. Zo niet, kunnen daar sancties aan verbonden zijn. Het lijkt aannemelijk dat dit een aanvullende reden kan zijn waarom fysiotherapeuten vaker rapporteren over samenwerking of doorverwijzing.

Aangezien de meeste osteopaten een fysiotherapeutische achtergrond hebben zou je kunnen verwachten dat zij de meerwaarde kennen van het sturen van een overdracht en terugrapportage. Het is mogelijk dat het schrijven ervan te veel tijd in beslag neemt en dat daarom minder wordt gecommuniceerd. Verslaglegging en communicatie is een algemeen bekend aandachtspunt in de zorg. Zorgverleners willen zorg verlenen en daarin geen kostbare tijd verliezen wellicht. Osteopaten zouden ervoor kunnen kiezen om extra tijd in te plannen voor het schrijven van overdrachten en terugrapportages wanneer tijd een factor is. De vraag is of deze tijd bij een consult zit inbegrepen en dus declarabel wordt geacht.

Mogelijk zijn de deelnemende osteopaten zich niet ten volle bewust van de meerwaarde van het sturen van een terugrapportage ten aanzien van het uitdragen van het vak osteopathie. Daarnaast is het te allen tijde belangrijk voor de kwaliteit van de zorg voor de cliënt en zou communicatie een sleutelrol moeten vervullen.

Een belangrijke vraag kan zijn of er überhaupt een behoefte is aan meer en een betere communicatie van osteopaten met andere beroepsgroepen. Of vindt de osteopaat dat het te veel tijd in beslag neemt om extra contacten te

onderhouden? Of is het niet zinvol of noodzakelijk genoeg om te communiceren? Dergelijke vragen zijn zinvol om in verdiepend onderzoek beantwoord te krijgen.

Deze communicatie wordt belangrijk geacht om elkaar te kunnen begrijpen en zo een betere zorg voor de patiënt te kunnen garanderen (Robinson, 2004; Louis Bolk Instituut, 2015, 2019). Voor verdere samenwerking is deze conclusie voor osteopaten in onze mening een belangrijk aandachtspunt.

Bij de antwoorden *'anders'* bij de fysiotherapeuten, noemt een respondent dat hij een patiënt door verwezen heeft, maar nooit feedback heeft ontvangen. Fysiotherapeuten sturen zelf vaak een overdracht als ze iemand doorverwijzen. Daaruit mag geconcludeerd worden dat het heel waardevol zou zijn om als osteopaat een terugrapportage te doen. Overdracht van informatie is uiterst belangrijk voor samenwerking zoals ook blijkt uit het werk van Nivel (2010) en Leone (2019). Op deze manier kan er kennis gemaakt worden met het andere vakgebied, is men zichtbaar (Rose, 2009) en is er een opening voor verdere samenwerking.

Veel fysiotherapeuten geven aan **niet** met osteopaten samen te werken omdat ze weinig kennis hebben van osteopathie. Werkdruk, concurrentie en gebrek aan interesse kunnen daarbij ook een rol spelen. Onduidelijk is of financiële factoren een rol spelen. Denk hierbij aan het mislopen van omzet of wellicht vinden de fysiotherapeuten osteopathie te duur voor de patiënt? We hadden hier ook informatie over kunnen verkrijgen door hiervoor keuzemogelijkheden op te nemen in de enquête.

Toch blijkt uit onderzoek en al bestaande samenwerkingsverbanden dat samenwerking met osteopaten positief ervaren wordt.

Onderzoek laat zien dat er steeds meer patiënten een therapeut uit de alternatieve geneeskunde bezoeken voor behandeling (CBS, 2018; Koster 2019). En het overgrote deel van deze patiënten is heel tevreden en positief over de behandeling. Daaruit kunnen wij concluderen dat er vanuit de patiënt steeds meer vraag is naar complementaire en alternatieve geneeswijzen, waarbij osteopathie

geschaard kan worden onder de complementaire geneeswijzen en betrokken kan worden in het doorverwijsgedrag in de eerstelijnsgezondheidszorg.

De hedendaagse trend van solopraktijk naar een grotere praktijksetting lijkt volgens het NZA (2009) te leiden naar een bredere multidisciplinaire samenwerking. Mogelijk ondersteund het werken in een multidisciplinaire setting de communicatie en het doorverwijsgedrag.

Fysiotherapeuten werken met name in een grotere praktijksetting en werken hierdoor veel samen met diverse disciplines, zo laat ons onderzoek zien.

Wanneer er meer osteopaten werkzaam zouden zijn in een dergelijke setting, zou het gemakkelijker zijn om met elkaar bekend te geraken en zo gemakkelijker maken om intensiever samen te werken. Dit was reeds de conclusie van het VWS (2018). Ook zonder in eenzelfde setting te werken zal het goed mogelijk moeten zijn een relatie op te bouwen met de andere discipline(s). Het lijkt een kwestie van investeren in alle facetten van communicatie.

De projecten van ZonMw (2015) laten duidelijk zien dat wederzijds vertrouwen, bestuurlijke ontwikkeling, kennis van elkaars beroep en het hebben van een gemeenschappelijk (gezondheids-)doel belangrijke factoren zijn voor een te vormen samenwerkingsverband.

Ons onderzoek is hoofdzakelijk een inventarisatie van de status van samenwerking tussen de twee beroepsgroepen en moet worden gezien als een oriënterend onderzoek op dit gebied. Wij zijn van mening dat ten behoeve van de samenwerking aanvullende studie nodig is. In deze studie zullen meer aspecten aan bod moeten komen zoals samenwerking op bestuurlijk niveau van KNGF en NRO, de wel of niet aanwezige behoefte tot samenwerken en het doorverwijzen naar elkaars discipline. Wellicht kan er onderscheid gemaakt worden in de begrippen *samenwerken* en *doorverwijzen*.

Het is voor een vervolgstudie zinvol om een enquête, te laten verspreiden via de beroepsvereniging om zo meer fysiotherapeuten te kunnen bereiken en hiermee

te zorgen voor een grotere spreiding door heel Nederland. In het licht van onze enquête is het een leerpunt dat we waarschijnlijk meer fysiotherapeuten, en mogelijk meer osteopaten, hadden kunnen bereiken wanneer we vanaf het begin de beroepsverenigingen hadden betrokken in de gehele opzet en het uitzetten van de enquête. Tevens kan het betrekken van de beroepsverenigingen de draagkracht en wellicht de communicatie tussen beide verenigingen intensiveren. Op deze wijze kunnen de resultaten misschien ook breder verspreid worden vanuit de beide verenigingen en draagt dit bij aan het uitwisselen van informatie. Het kennen van elkaars competenties en gedachten is immers een voorwaarde voor vertrouwen. Zo kan men elkaar zinvol betrekken in een gezondheidsvraagstuk en met name omwille van het welzijn van patiënt.

We zullen overwegen om de thesis aan te bieden aan de beroepsverenigingen van de osteopathie en van de fysiotherapie. Met een breder draagvlak kan er breder worden nagedacht over een verdiepende studie.

8 Literatuurlijst

Alternatief. (z.j.) In GTB INL, Online Woordenboek der Nederlandse Taal. Geraadpleegd 02 april 2020 <http://gtb.inl.nl/search/alternatief>

Ben-Arye E., Frenkel M., Klein A., Scharf M., (2008), Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners, *Patient Education and Counseling* 2008 Mar;70(3):395-402. doi: 10.1016/j.pec.2007.11.019. Epub 2008 Jan 16

Carr, J., Armstrong, S., Hancock, B. Y., & Bethea, J. (2002). GP's perspective of the nurse practitioner role in primary care. *British Journal of Community Nursing*. 2002 Aug;7(8):408-13. DOI:10.12968/bjcn.2002.7.8.10646

Centraal Bureau voor Statistiek, *Onderzoek belevingen, 2018*; geraadpleegd op 19 februari 2020 <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/kwart-waardeert-alternatieve-en-reguliere-zorg-evenveel>

Complementair. (z.j.) in GTB INL, Online Woordenboek der Nederlandse Taal. Geraadpleegd 02 april 2020 <http://gtb.inl.nl/search/complementair>

Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid 2018-2020 (z.j.). Site bezocht op 13-02-2020 <https://www.cizg.nl/over-het-cizg/>

Dobronte, A. (2015). De steekproefgrootte bepalen van je enquête. Geraadpleegd op 15 maart 2020 <https://nl.checkmarket.com/blog/de-steekproefgrootte-bepalen-van-je-enquete/>

Eerstelijns samenwerking Veenendaal (z.j.). Site bezocht op 18-02-2020 <https://www.eerstelijnsamenwerking.nl/>

Finney, D.J., (1948), The Fisher-Yates Test of Significance in 2×2 Contingency Tables, *Biometrika*, Vol. 35, No. ½ (May, 1948), pp. 145-156.

Frenkel, M.A., Borkan, J.M. (2003). An approach for integrating complementary-alternative medicine into primary care. *Family Practice*. 2003 Jun;20(3):324-32. DOI:10.1093/fampra/cm315

GGZ Totaal, 27-3-2019. Geraadpleegd op 13-02-2020

https://www.ggz totaal.nl/nw2916673714945/nieuws/nieuw_consortium_wil_reguliere_zorg_en_complementaire_behandelwijzen_samenbrengen.html

NIVEL. (2010). *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie*.

Utrecht: Hansen, J., Greuningen, M. van, Batenburg, R.S.

Jong, M.C., A.M. Hofstede, W. Schats, J. Meijer, R. Koolen, I. von Rosenstiel. (2011). Attitudes towards integrative medicine among healthcare professionals in the Netherlands. *European Journal of Integrative Medicine*. 3(3):209-217. Published online 2012 Jan 16. doi: 10.1186/1472-6882-12-4

Jong, M.C., L.P.L. van de Vijver, M. Busch, J. Fritsma, R. Seldenrijk. (2012). Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Education and Counseling*. 2012 Dec;89(3):417-22.

DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.013. Epub 2012 Sep 30.

Kaptchuck, T. J., & Miller, F. G. (2005). Viewpoint: What is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: Opposition, integration, or pluralism? *Academic Medicine*, 80(3), 286-290. DOI:10.1097/00001888-200503000-00015

Keyser – Hoogenkamp, M.A. de, Keyser, M.J. de (red.), (2014), *Status van de Osteopathie in de Benelux: Osteosurvey 2013*, Nederlandse versie, Valkenswaard, Stichting Wetenschappelijk Osteopatisch Onderzoek

(SWOO). Geraadpleegd op 14 februari 2020 op <http://swoo.nl/wp-content/uploads/2013/09/Benelux-Osteosurvey-2013.pdf>

Koninklijke Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), *Beroepsprofiel Fysiotherapeut*. Geraadpleegd 15 februari 2020 van <https://www.kngf.nl/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen.html>

Koster, E.B., Baars, E.W., Delnoij, D.M.J., (2019). Patient-reported quality of care in Anthroposophic and Integrative Medicine, *Patient Education and Counseling*, 2020 Feb;103(2):276-285. DOI: 10.1016/j.pec.2019.09.010. Epub 2019 Sep 10

Lancaster, H.O., (1961), Significance Tests in Discrete Distributions, *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 56, No. 294 (Jun., 1961), pp. 223-234.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (z.j.). *Samenwerking tussen huisartsen en zorgverleners*. Geraadpleegd op 18 februari 2020 van <https://www.lhv.nl/uw-beroep/samenwerking/huisarts-en-zorgverleners%20>

Lems, A., Onderzoek naar de bekendheid van osteopathie, het adviesgedrag, de beoordeling van effectiviteit en gewenste informatievoorziening bij (para-)medische beroepsgroepen. *De Osteopaat* 2005; 7(2); 16-21

Leone, L. (2019), *Inventarisatie van factoren die een rol spelen bij huisartsen om door te verwijzen naar een osteopaat en aanbevelingen voor osteopaten in het huidige verwijsbeleid*, Thesis College Sutherland, Amsterdam.

Liem, T. (2016), A.T. Still's Osteopathic lesion theory and evidence-based models supporting the emerged concept of somatic dysfunction, *Journal of American Osteopathic Association*. 2016 Oct 1;116(10):654-61. DOI 10.7556/jaoa.2016.129

Louis Bolk Instituut. (2019). *COmmunicatie en verwijzing COmplementaire Zorg – COCOZ: Eindrapportage. Rapport 2019-002 VG*. Bunnik: Wietmarschen, H. van, Busch, M.

Main, R., Dunn, N., & Kendall, K. (2007). 'Crossing professional boundaries': Barriers to the integration of nurse practitioners in primary care. *Education for Primary Care*, 18(480- 487).

Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health, (2004). *Complementary and alternative health care in New Zealand advice of the Ministry of Health*. Wellington: MACCAH.

Nahin, R., Pontzer, C., & Chesney, M. (2005). Racing toward the integration of complementary and alternative medicine: a marathon or a sprint. *Health Affairs*, 24(9), 991-993.

Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), 2017. *Multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en zorgverleners buitende praktijk en het H-EPD*. Geraadpleegd op 26-02-2020 van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/multidisciplinair_h-epd_6_04_2017_web.pdf

Nicholls, D. A., & Larmer, P. (2005). Possible futures for physiotherapy: an exploration of the New Zealand context. *Journal of Physiotherapy*, 33(2), 55-60.

Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (z.d.). *Beroepsprofiel osteopaat*. Geraadpleegd op 22 januari 2020 van <http://osteopathie-nro.nl/wp-content/uploads/2018/08/Beroepsprofiel-Osteopathie-090418.pdf>

Nederlandse Zorgautoriteit, 2016. *Markt scan eerstelijnszorg 2016*. Geraadpleegd op 26-02-2020; <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/05/31/marktscan-eerstelijnszorg-2016/marktscan-eerstelijnszorg-2016.pdf>

Orenstein, R. (2017). History of Osteopathic Medicine: Still Relevant? *The Journal of the American Osteopathic Association*, March 2017, Vol. 117, p 148. DOI:10.7556/jaoa.2017.027

Parker, M. H. (2003). The regulation of complementary health: sacrificing integrity? *The Medical Journal of Australia*, 179(6), 316-318

Robinson A., McGrail MR. (2004). Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine*. 2004 Jun-Sep;12(2-3):90-8. DOI:10.1016/j.ctim.2004.09.006

Rose L., A. (2011). *Preliminary investigation into the attitudes and practices of New Zealand osteopaths in relation to the health care system: does the future hold a greater degree of integration into the biomedical system?* (Master Thesis, Unitec Institute of Technology, Auckland, New Zealand). Geraadpleegd op 15 mei 2020 <https://unitec.researchbank.ac.nz/handle/10652/1851>

Taylor, M. (2003). Patient's and general practitioners' attitudes towards complementary medicine in Wanganui, New Zealand. *New Zealand Family Practice*, 30(2), 102-107.

Winnick, T. A. (2005). From quackery to “complementary” medicine: the American medical profession confronts alternative therapies. *Social Problems*, 52(1), 38-61.

Winslow, L. C., & Shapiro, H. (2002). Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Archives of Internal Medicine*, 162(May 27).
DOI:10.1001/archinte.162.10.1176

World Health Organisation, W. H. O. (2010 a). Who we are: declaration of Alma Ata. Geraadpleegd op 28 maart 2020
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policydocuments/declaration-of-alma-ata,-1978> World Health Organisation. (2010 b). WHO: benchmarks for training in osteopathy. Geneva: WHO Press.

ZonMw (2015). SMOEL, *Samenwerking Monitor Op Een Lijn*. Georganiseerd op weg in de eerste lijn, ZonMw-programma ‘op een lijn’. Geraadpleegd op 12 februari 2020. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/georganiseerd-op-weg-de-eerste-lijn-resultaten-van-het-smoel-het-begeleidend-onderzoek>

Zweedijk, F.P. (2004). Osteopathie in Nederland; De stand van zaken. *De Osteopaat* 5(3):8-9

9 Bijlagen

Bijlage 1 Enquêtevragen fysiotherapeuten

De vragenlijst is verdeeld in verschillende onderdelen:

- 1) In het eerste deel (vraag 1 en 2) wordt gevraagd naar geslacht en leeftijd?
- 2) Het tweede deel (vraag 3 t/m 9) heeft betrekking op de werksituatie en ervaring als fysiotherapeut.
- 3) Het derde deel (vraag 10 t/m 13) betreft de samenwerking met een osteopaat.
- 4) In vraag 14 wordt gevraagd naar de reden waarom er niet wordt samengewerkt met een osteopaat.
- 5) Het laatste deel (vraag 15 t/m 17) heeft betrekking op eventuele behoefte aan meer informatie over osteopathie en het ontvangen van de factsheet, welke wij zullen ontwerpen aan de hand van de verkregen informatie.

1. Wat is uw geslacht?

Hier kan in worden gevuld: *'vrouw', 'man' of 'anders'*.

2. Wat is u leeftijd?

Hier kan worden ingevuld: *tussen 20 en 25, tussen 25 en 35, tussen 35 en 45, tussen 45 en 55, tussen 55 en 65, 65 en ouder.*

3. Hoe lang bent u al werkzaam als therapeut?

Hier kan worden ingevuld: *0 tot 5, 5 tot 10, 10 tot 20, 20 tot 30, 30 jaar of langer.*

4. Bent u in het bezit van een specialisatie (verbijzondering)?

Hier kan met *'ja'* of *'nee'* geantwoord worden. Indien het antwoord *'nee'* is, wordt de respondent doorgeleid naar vraag 6.

5. Wat is u specialisatie?

Hier worden verschillende specialisaties benoemd.

6. Welke soort problematiek ziet u vaak in de praktijk?

Dit is een open vraag.

7. Hoeveel dagen bent u per week werkzaam in de praktijk?

Hier kan gekozen worden tussen, *1,2,3,4,5 en meer dan 5.*

8. In welke setting bent u werkzaam?

Hier wordt gevraagd of iemand alleen werkt of in een groepsverband met diverse keuzemogelijkheden.

9. Met hoeveel personen bent u werkzaam in de praktijk?

Hier kan gekozen worden: *1, 2 tot 5, 5 tot 10, 10 en meer.*

10. Is er sprake van samenwerking met een osteopaat?

Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden. Indien het antwoord 'nee' is, wordt de respondent doorgeleid naar vraag 15.

11. Indien u samenwerkt met een osteopaat, wat is hier dan de reden van?

Hier kan men kiezen voor een aantal antwoorden, welke door ons zijn benoemd. Verder is er de mogelijkheid om bij 'anders' een eigen reden op te geven.

12. Indien u samenwerkt met een osteopaat, op welke wijze communiceert u met elkaar?

Hier kan gekozen worden voor *via de patiënt/cliënt, via telefoon, via e-mail, mondeling in dezelfde praktijksetting, whats-app, Siilo-app en anders.*

13. Als er gecommuniceerd wordt over een gezondheidsvraagstuk van een patiënt/cliënt, wordt er ook gezorgd voor een overdracht en terugrapportage?

Hier is gekozen voor een matrix vraag waarbij de antwoordmogelijkheden bij zowel de *overdracht* als de *terugrapportage* zijn: *altijd, vaak, regelmatig, weinig en nooit.*

14. Hoe vaak verwijst u een client door naar een osteopaat?

Hier kan gekozen worden voor: *meerdere keren per week, gemiddeld een keer per week, gemiddeld een keer per 2 weken, gemiddeld 1 keer per maand, gemiddeld 1 keer per 2 maanden of incidenteel.*

15. Indien u niet samenwerkt met een osteopaat wat is hier de reden van?

Hier kan men kiezen voor een aantal antwoorden, welke door ons zijn benoemd. Verder is er de mogelijkheid om bij 'anders' een eigen reden op te geven.

We hebben overwogen om er een open vraag van te maken, maar dan is het moeilijker om de gegevens uit te werken.

16. Heeft u behoefte aan aanvullende informatie over osteopathie en de werkwijze van een osteopaat?

Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden. Indien het antwoord 'nee' is, wordt de respondent doorgeleid naar vraag 18.

17. Op welke manier zou u de informatie het liefst willen verkrijgen?

Hier kan gekozen worden uit: *lezing, toelichtend gesprek, per e-mail (artikelen, folder, interessante symposia en congres) of per post.*

18. De informatie uit deze enquête zal worden verzameld en verwerkt in een factsheet. Zo wordt eenzelfde enquête over samenwerking gehouden onder osteopaten en deze zal tevens in een factsheet verwerkt worden.

Zou u deze factsheet(s) willen ontvangen?

Hier kan gekozen worden voor *ja, ik ontvang graag deze factsheet, ja, ik ontvang graag beide factsheets (fysiotherapie en osteopathie) en nee, dank je wel.*

19. Voor het versturen van de factsheet(s) hebben wij uw e-mailadres nodig.

Wilt u deze hieronder vermelden. Graag vermelden of u alleen deze of beide factsheet(s) wilt ontvangen!

Bijlage 2 Enquêtevragen osteopaten

De vragenlijst is verdeeld in verschillende onderdelen:

- 1) In het eerste deel (vraag 1 en 2) wordt gevraagd naar geslacht en leeftijd?
- 2) Het tweede deel (vraag 3 t/m 10) heeft betrekking op de werksituatie en de ervaring als osteopaat.
- 3) Het derde deel (vraag 11 t/m 15) betreft de samenwerking met een fysiotherapeut.
- 4) In vraag 16 wordt gevraagd om te redenen waarom er niet samen wordt gewerkt met een osteopaat.
- 5) Het laatste deel (vraag 17 t/m 19) heeft betrekking op eventuele behoefte aan meer informatie over fysiotherapie en het ontvangen van het factsheet welke wij gaan ontwerpen aan de hand van de verkregen informatie.

1. Wat is uw geslacht?

Hier kan in woorden gevuld *vrouw, man of anders*.

2. Wat is u leeftijd?

Hier kan worden ingevuld: *tussen 20 en 25, tussen 25 en 35, tussen 35 en 45, tussen 45 en 55, tussen 55 en 65, 65 en ouder*.

3. Hoe lang bent u al werkzaam als osteopaat?

Hier kan worden ingevuld: *0 tot 5, 5 tot 10, 10 tot 20, 20 tot 30, 30 jaar of langer*.

4. Was u vooropleiding Fysiotherapie?

Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden. Indien het antwoord 'nee' is, wordt de respondent doorgeleid naar vraag 6.

5. Indien fysiotherapie u vooropleiding was, waarom bent u osteopathie gaan studeren?

Dit is een open vraag.

6. Heeft u affiniteit en ervaring (scholing en/of werkervaring) binnen een specifiek aandachtsgebied/methode binnen de osteopathie?

Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden. Indien het antwoord 'nee' is, wordt de respondent doorgeleid naar vraag 8.

7. Beschrijf kort dit aandachtsgebied of deze methode?
Hier gaat het om een open vraag, waarbij de respondent de mogelijkheid gegeven wordt een eigen keuze te maken.
8. Hoeveel dagen bent u per week werkzaam in de praktijk?
Hier kan gekozen worden tussen, *1,2,3,4,5 en meer dan 5*.
9. In welke setting bent u werkzaam?
Hier wordt gevraagd of iemand alleen werkt of in een groepsverband met diverse keuzemogelijkheden.
10. Met hoeveel personen bent u werkzaam in de praktijk?
Hier kan gekozen worden: *1, 2 tot 5, 5 tot 10, 10 en meer*
11. Is er sprake van samenwerking met een fysiotherapeut?
Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden.
12. Wat is de reden van samenwerking met een fysiotherapeut?
Hier kan men kiezen voor een aantal antwoorden, welke door ons zijn benoemd. Verder is er de mogelijkheid om bij 'anders' een eigen reden op te geven.
13. Indien u samenwerkt met een fysiotherapeut, op welke wijze communiceert u met elkaar?
Hier kan gekozen worden voor *via de patiënt/cliënt, via telefoon, via e-mail, mondeling in dezelfde praktijksetting, whats-app, Siilo-app anders*.
14. Als er gecommuniceerd wordt over een gezondheidsvraagstuk van een patiënt/cliënt, wordt er ook gezorgd voor een overdracht en terugrapportage?
Hier is gekozen voor een matrix vraag waarbij de antwoordmogelijkheden bij zowel de *overdracht* als de *terugrapportage* zijn: *altijd, vaak, regelmatig, weinig en nooit*.
15. Hoe vaak verwijst u een patiënt door naar een fysiotherapeut?
Hier kan gekozen worden voor *meerdere keren per week, gemiddeld een keer per week, gemiddeld een keer per 2 weken, gemiddeld 1 keer per maand, gemiddeld 1 keer per 2 maanden of incidenteel*.
16. Indien u niet samenwerkt met een fysiotherapeut, wat is hier dan de reden van?

Hier hebben wij gekozen voor een aantal voorgegeven redenen. Er was een overweging om er een open vraag van te maken dan is het moeilijker om de gegevens uit te werken. Verder hebben wij de respondent de mogelijkheid gegeven om een eigen reden in te vullen.

17. Heeft u behoefte aan aanvullende informatie over de werkwijze van een fysiotherapeut?

Hier kan met 'ja' of 'nee' geantwoord worden. Bij 'nee' wordt de respondent doorgeleid naar vraag 19.

18. Op welke manier zou u de informatie het liefst willen verkrijgen?

Hier kan gekozen worden uit: *lezing, toelichtend gesprek, per e-mail (artikelen, folder, interessante symposia en congres) of per post.*

19. De informatie uit deze enquête zal worden verzameld en verwerkt in een factsheet. Zo wordt eenzelfde enquête over samenwerking gehouden onder osteopaten en deze zal tevens in een factsheet verwerkt worden.

Zou u deze factsheets willen ontvangen?

Hier kan gekozen worden voor *ja, ik ontvang graag deze factsheet, ja, ik ontvang graag beide factsheets (fysiotherapie en osteopathie) en nee, dank je wel.*

20. Voor het versturen van de factsheet(s) hebben wij uw e-mailadres nodig.

Wilt u deze hieronder vermelden. Graag vermelden of u alleen deze of beide factsheet(s) wilt ontvangen!

Bijlage 3 Begeleidende mail enquête

Dag collega's van de Coöperatie en gespecialiseerde netwerken, / Beste osteopaat,

U ontvangt deze mail in het kader van onderzoek naar de samenwerking in de eerstelijns zorg in de regio Drechtsteden. Wij vragen uw mening middels een korte enquête. Om een optimale respons te krijgen, vragen we u deze mail door te sturen naar alle collega's bij u in de praktijk.

Wij, Traudi Rovers en Steven Bos, hebben deze enquête samengesteld als onderdeel van onze afstudeer-thesis voor de studie osteopathie aan het College Sutherland te Amsterdam.

Het is ons doel om inzicht te krijgen in de inhoud van samenwerking tussen fysiotherapeuten en osteopaten. Eenzelfde enquête is verzonden naar osteopaten (fysiotherapeuten) om inzicht te verkrijgen in de samenwerking tussen osteopaten en fysiotherapeuten.

Alle informatie wordt samengevat in een factsheet.

De factsheet is per email te verkrijgen, wanneer u daarvoor kiest in de enquête.

Dit kan u tevens helpen ter ondersteuning in de communicatie naar osteopaten en andersom. /Fysiotherapeuten en andersom.

Deze mail bevat een link, welke u direct naar de enquête leidt. Het invullen kost u slechts 3 minuten en alle informatie wordt anoniem verwerkt.

Wij waarderen uw mening over dit onderwerp.

Hartelijk dank voor het invullen!

Groet Steven Bos (Fysique) en Traudi Rovers

Link vragenlijst:

<https://dashboard.enquetetools.nl/enq/21330b12ef5ecc>

Bijlage 4 Statistische analyse

Statistische analyse – studie samenwerking fysiotherapeuten met osteopaten in Nederland

Door Michael Egmont-Petersen, MSc. Ph.D., Insight Classification Technologies, Hintham 70, 5246 AH Rosmalen, KvK-nummer: 56660928.

Opdracht – analyse

Er is een survey uitgevoerd onder osteopaten en fysiotherapeuten in Nederland. Centrale vraagstelling is in hoeverre er over en weer wordt samengewerkt tussen deze twee beroepsgroepen, en of er factoren van invloed zijn op het wel of niet samenwerken en de doorverwijs-systematiek. Het is een gestructureerd empirisch onderzoek naar deze twee beroepsgroepen en hun wijze van samenwerking omtrent de patiënten die zich presenteren bij hen in de praktijk.

Opzet van enquête

In de afgenomen enquête zijn respectievelijk 15 inhoudelijke vragen (fysiotherapeuten) en 16 inhoudelijke vragen (osteopaten) via het web geënquêteerd. Enkele open vragen zijn opgenomen in de enquête, de rest van de vragen zijn gesloten. Elke open vraag moest worden beantwoord met trefwoorden, dan wel een of meer gehele zinnen.

Centrale vraagstelling, en specifieke deelvragen

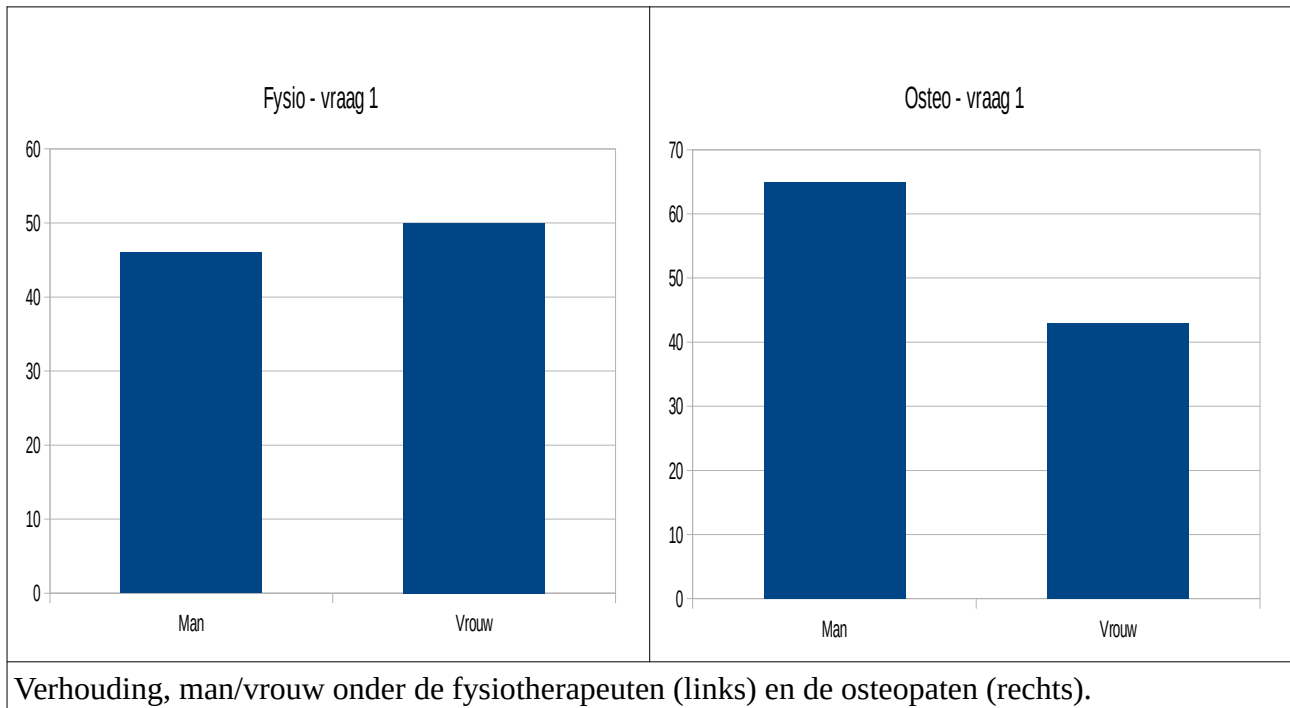
De centrale vraagstelling betreft de mate van samenwerking tussen osteopaten en fysiotherapeuten, of er factoren zijn die deze samenwerking beïnvloeden, en hoe de samenwerking plaatsvindt – specifiek via welke communicatiekanalen de twee beroepsgroepen met elkaar in contact staan.

Specifieke deelvragen:

- A) Hoe is de leeftijdsverdeling en de verdeling op basis van geslacht binnen fysiotherapie en osteopathie?
- B) In welke mate wordt er samengewerkt tussen fysiotherapeuten en osteopaten?
- C) Zijn er verbanden te zien tussen leeftijd, bepaalde vooropleiding, specialisaties in verband met wel of niet samenwerken?
- D) Hoe wordt er gecommuniceerd tussen beide disciplines?
- E) Is er behoefte aan meer samenwerking?
- F) Is er vanuit fysiotherapie behoefte om meer informatie te krijgen over osteopathie?
- G) Is er vanuit osteopathie behoefte om meer informatie te krijgen over fysiotherapie?
- H) Wat is de reden/zijn de redenen waarom wel wordt samengewerkt met een osteopaat/fysiotherapeut?
- I) Wat is de reden/zijn de redenen waarom niet samen wordt gewerkt met een osteopaat/fysiotherapeut?

Man/vrouw verhouding binnen de twee beroepsgroepen

Zoals te zien is, zijn bijna evenveel mannen als vrouwen werkzaam als fysiotherapeut onder de respondenten. De osteopaten die deelnemen in deze studie, zijn vaker man dan vrouw.

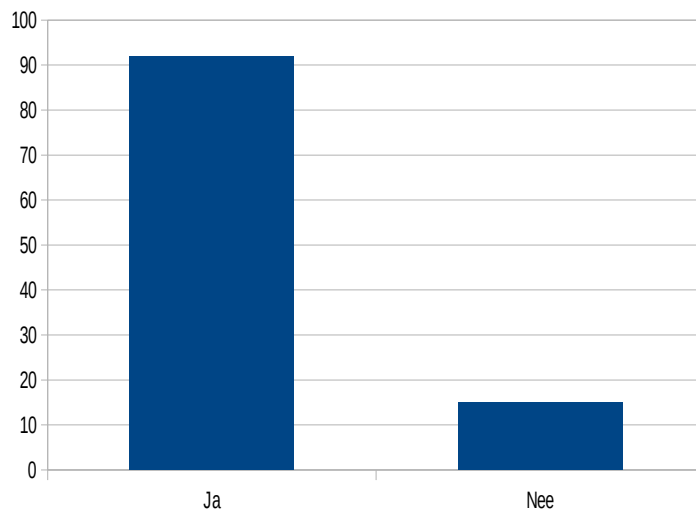


Binnen de osteopathie werken onder de respondenten significant meer mannen dan vrouwen. De binomiaaltoets geeft een kans aan van 0,021, dat het aandeel vrouwen gelijk zou zijn aan het aandeel mannen. Met andere woorden zijn er verhoudingsgewijs significant meer mannen dan vrouwen die als osteopaat werkzaam zijn.

Vooropleiding – osteopaten

Het was bekend dat een deel praktiserende osteopaten een eerdere achtergrond hebben in de fysiotherapie. De osteopaten in de studie zijn gevraagd of zij eerder de opleiding fysiotherapie hebben gevolgd. Ook is getoetst of er significant meer osteopaten in het onderzoek de vooropleiding fysiotherapie hebben gevolgd, dan osteopaten die deze eerder opleiding niet hebben gedaan.

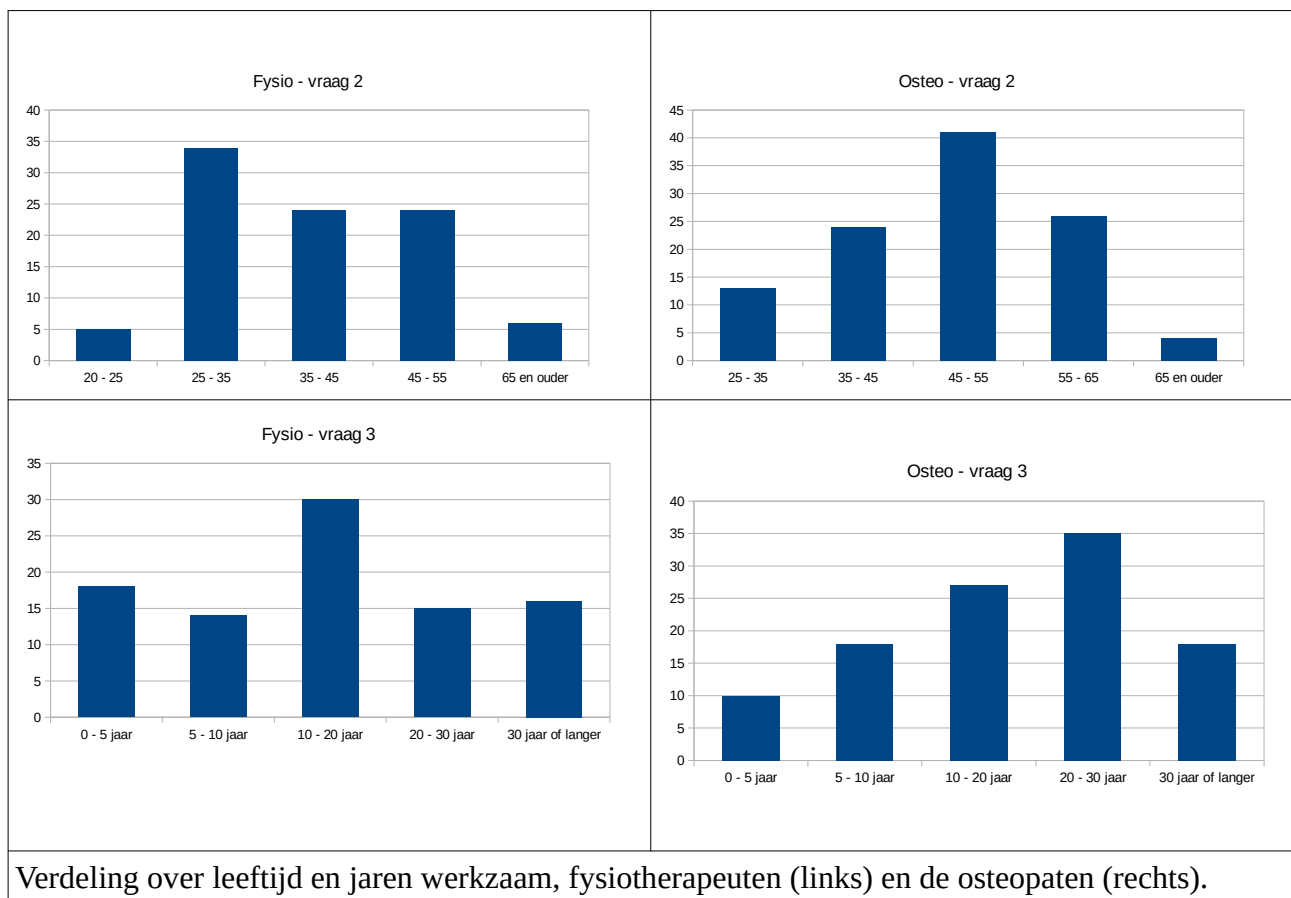
Osteo - vraag 4



Het overgrote deel van de osteopaten in dit onderzoek hebben eerder een opleiding als fysiotherapeut gedaan. Dit aandeel is *significant groter* dan het aantal osteopaten die deze achtergrond niet hebben, aldus de binomiaaltoets, **P<0.0000**.

Leeftijdverdeling binnen de twee beroepsgroepen

De verdeling verschilt qua leeftijd onder de fysiotherapeuten en de osteopaten. Ook de werkzame jaren verschillen.



De fysiotherapeuten zijn significant jonger dan de osteopaten, in deze studie. Onderstaande tabel geeft dit weer, gesplitst op de leeftijd van 45 jaar.

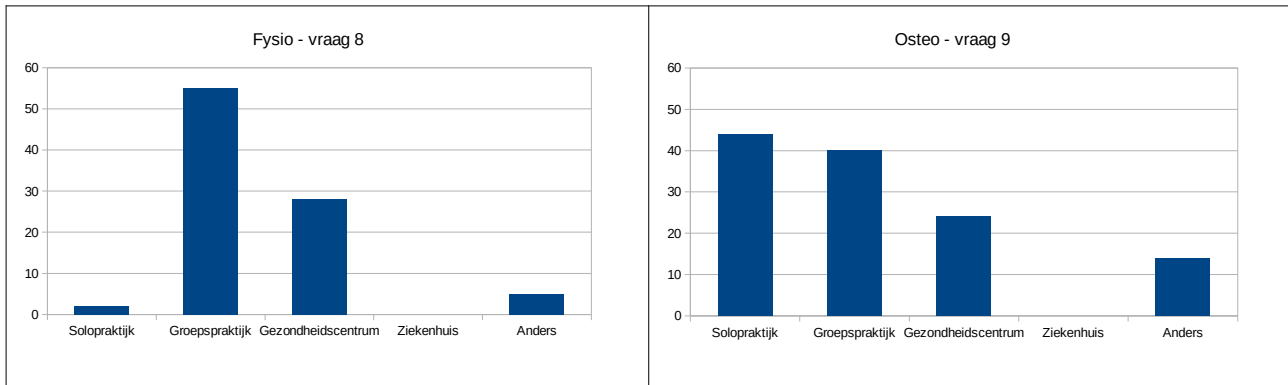
	Leeftijd < 45 jaar	Leeftijd ≥ 45 jaar
Osteopaten	37	71
Fysiotherapeuten	63	30

Verdeling van de twee beroepsgroepen op basis van leeftijd, jonger of ouder dan 45 jaar. De osteopaten zijn (hoog significant) vaker ouder dan 45 jaar, ten opzichte van de fysiotherapeuten. Chi-2=22,40896, df = 1. **P < 0.0000.**

De osteopaten werken ook gemiddeld langer (meer dienstjaren) in hun praktijk dan de fysiotherapeuten.

Praktijksetting

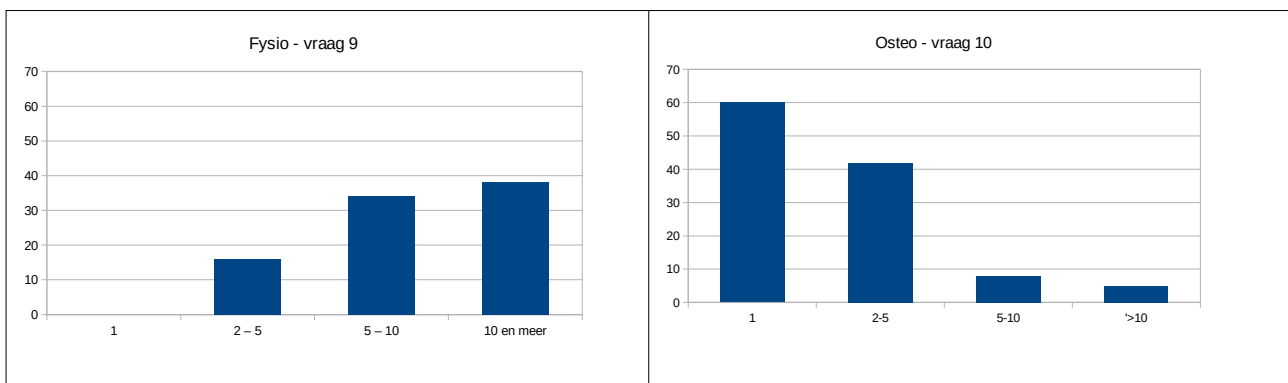
De fysiotherapeuten werken het vaakst in een groepspraktijk, of in een gezondheidscentrum. De osteopaten hebben veel vaker een eigen praktijk. Ook voor osteopaten die niet alleen werken geldt dat zij vaker in een groepspraktijk werken dan dat zij vanuit een gezondheidscentrum hun werk uitvoeren.



Fysiotherapeuten werken overwegend in groepspraktijken of gezondheidscentra. Daarentegen is de solopraktijk het meest voorkomend onder osteopaten. Dit verschil tussen de twee beroepsgroepen (wel solopraktijk versus geen solopraktijk), is hoog significant met Fischers exacte toets, **P<0.0000**.

Voor de fysiotherapeuten geldt dat maar 2 respondenten in een solopraktijk werken, terwijl 88 in een collectieve setting werkzaam zijn. Voor de osteopaten geldt dat 44 een solopraktijk hebben, terwijl 78 van hun deel uitmaken van een grotere praktijk. Dit verschil is hoog significant, zoals onder de grafieken vermeld.

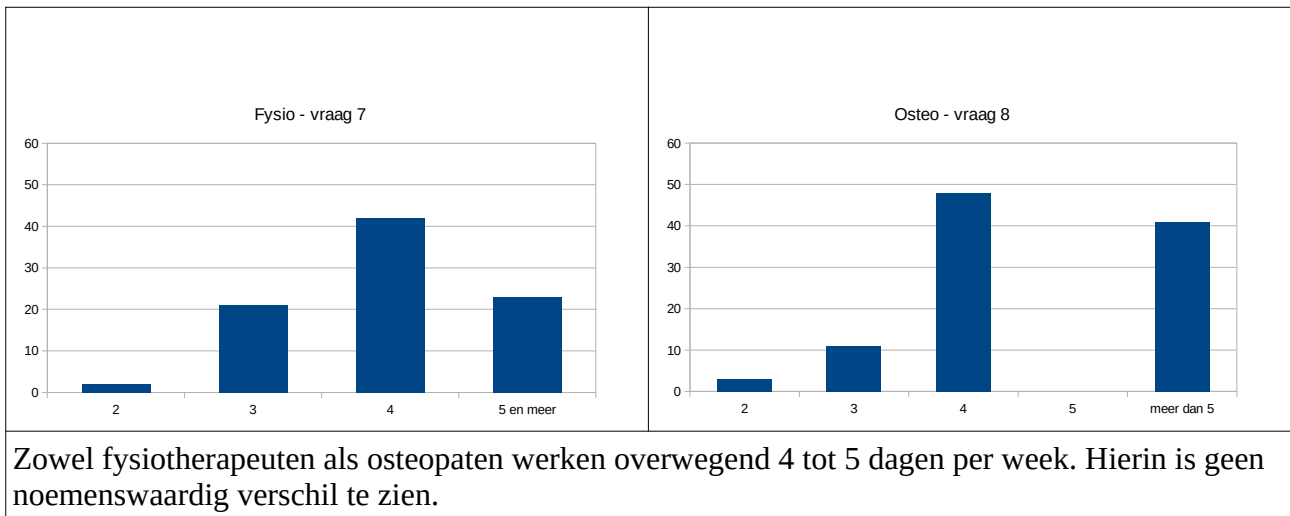
Ook is gevraagd naar de grootte van elke praktijk met betrekking tot het aantal werkzame collega's.



Deze grafieken bevestigen de gegevens van het type praktijk. Fysiotherapeuten werken overwegend samen in grotere praktijken, terwijl osteopaten het vaakst als enige behandelaar werken – de solopraktijk.

Aantal werkzame dagen per week

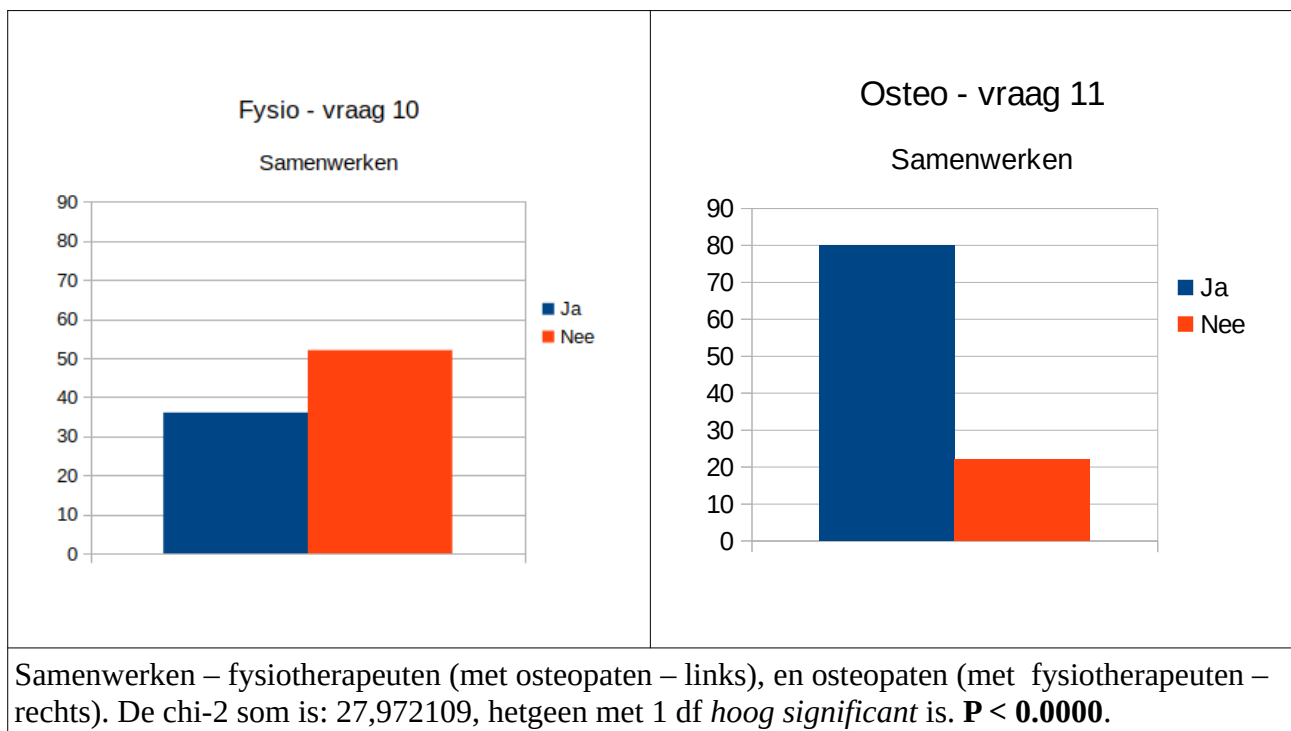
Er is ook gevraagd hoeveel dagen per week de twee type professionals werken.



Verreweg de meesten werken 4 of 5 dagen per week, soms zelfs iets meer.

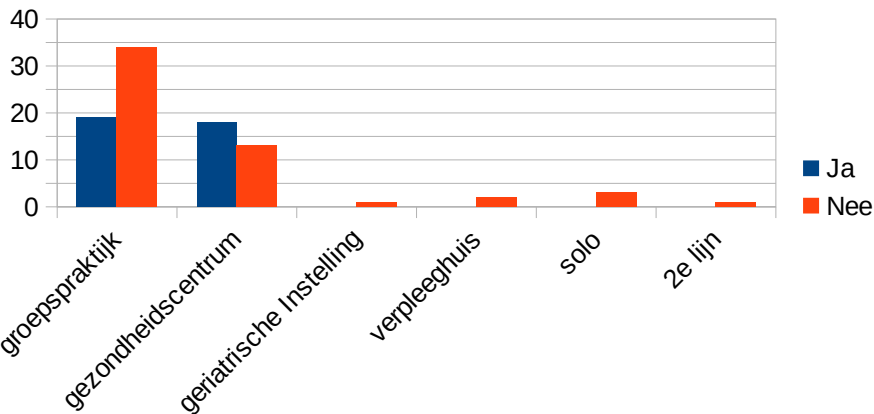
Samenwerking tussen de twee beroepsgroepen

De fysiotherapeuten werken veel minder vaak samen met osteopaten, dan osteopaten samenwerken met fysiotherapeuten.



De osteopaten werken significant vaker samen met fysiotherapeuten, dan omgekeerd. Vervolgfragen zijn, waarom deze samenwerking wel, of niet plaatsvindt. Ook moet worden vermeld dat fysiotherapeuten met een aantal andere disciplines samenwerken, hetgeen wordt vermeld door enkele fysiotherapeuten.

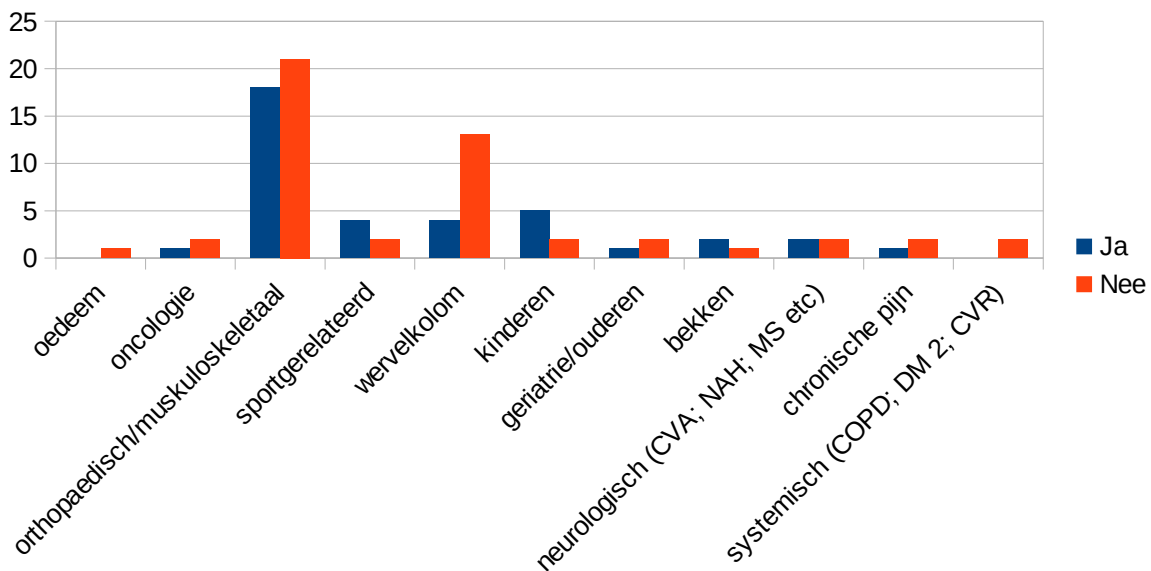
Fysiotherapeut - samenwerking met osteopaat



Er is een lichte trend (*niet significant*) dat fysiotherapeuten in een groepspraktijk minder vaak samenwerken met een osteopaat, dan fysiotherapeuten vanuit een gezondheidscentrum.

Ook is gekeken naar het soort problematiek, welke de fysiotherapeuten vaak zien, en de mate waarin fysiotherapeuten samenwerken met osteopaten.

Fysiotherapeuten



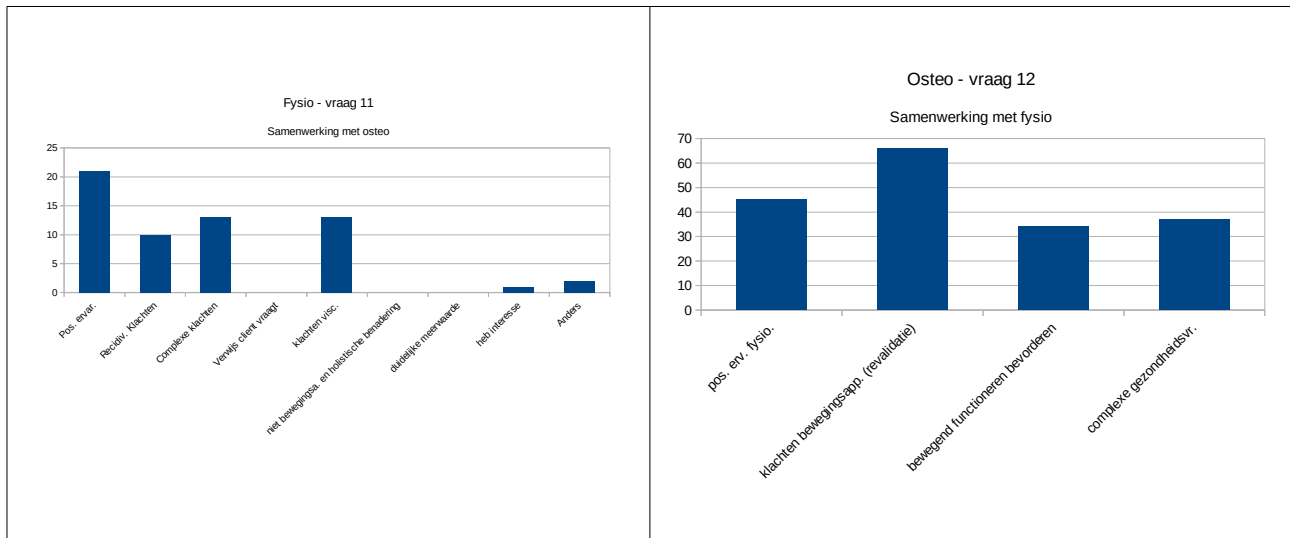
Er is gekeken naar het soort problematiek en de mate waarin fysiotherapeuten samenwerken met osteopaten. Opvallend is dat voor de wervelkolom er *significant* minder vaak wordt samengewerkt met osteopaten, dan dat wel het geval is, $P < 0.025$, binomiaal toets (kans dat wel gelijk vaak zou worden samengewerkt omtrent klachten in de wervelkolom).

Er wel wordt degelijk samenwerkt door fysiotherapeuten met collega's uit de osteopathie voor orthopedische/musculoskeletale aandoeningen, bij klachtbeelden voor de wervelkolom en wanneer het om een kind of een sporter gaat.

De meest markante bevinding is dat er veelal *minder vaak* wordt samengewerkt vanuit de fysiotherapeuten wanneer het om klachten gaat in de wervelkolom van de patiënt, dan dat er wel wordt samengewerkt bij klachten in de wervelkolom. Dit verschil is significant.

Reden aangegeven om samenwerking aan te gaan

Er is gevraagd naar redenen om de samenwerking met de andere beroepsgroep aan te gaan.

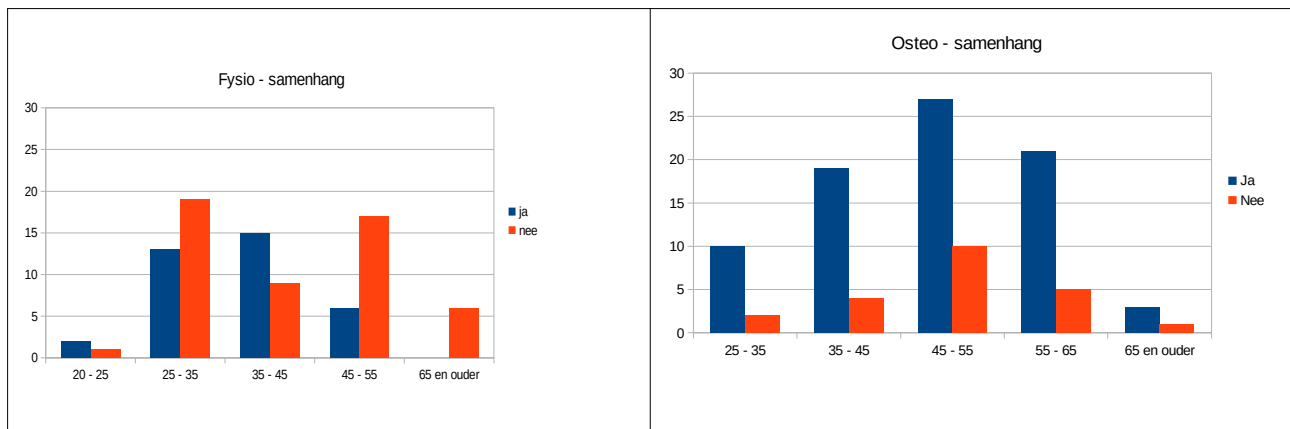


Bij fysiotherapeuten is de vaakst genoemde reden om wel samen te werken met een osteopaat de eerder positieve ervaringen, gevolgd door complexe klachten en klachten in het viscerale systeem. Andersom zijn klachten in het bewegingsapparaat gevolgd door eerdere positieve ervaringen voor osteopaten de belangrijkste redenen om met fysiotherapeuten samen te werken.

Onder beide beroepsgroepen zijn er aantoonbaren redenen om met de andere beroepsgroep samenwerking te zoeken.

Samenhang tussen samenwerken en leeftijdsverdeling

Er is gekeken naar de samenhang tussen leeftijd van de behandelaars, en de mate van samenwerking met de andere discipline.

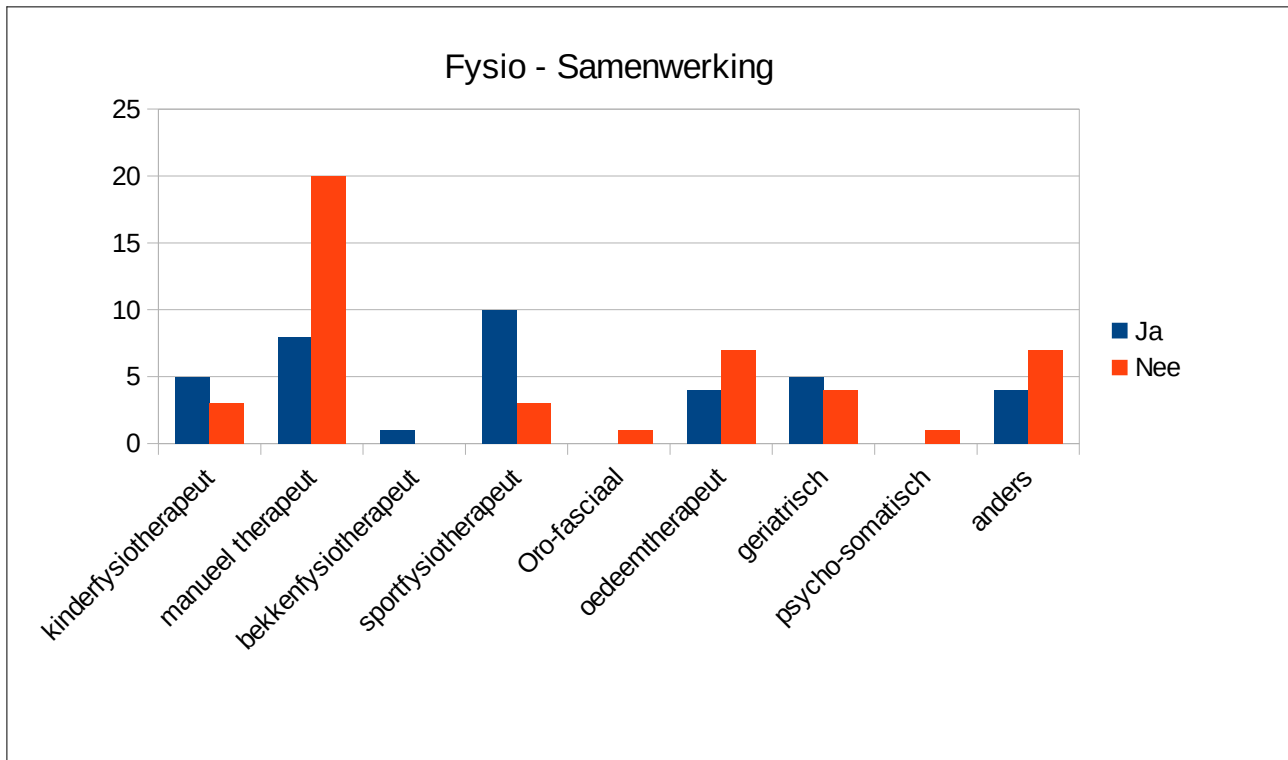


Samenwerking verdeeld over leeftijd – fysiotherapeuten (links) en osteopaten (rechts). Significant meer fysiotherapeuten jonger dan 45 jaar werken samen met osteopaten, dan de collega fysiotherapeuten ouder dan 45 jaar. De krachtige toets Fischer-exact geeft een significantiescore: **0,004544**, hetgeen betekent dat de kans heel laag is dat de werkelijke verdeling *niet gerelateerd zou zijn* aan leeftijd. Deze relatie is dus juist hoog significant.

De korte conclusie is dat jongere fysiotherapeuten vaker samenwerken met osteopaten, dan hun senior fysiotherapeut collega's deze samenwerking aangaan. Deze trend is heel significant.

Samenhang tussen samenwerken en specialisatie binnen fysiotherapie

De meeste osteopaten werken samen met fysiotherapeuten. Anders om komt minder vaker voor. Er is gekeken naar de relatie tussen specialisatie binnen de fysiotherapie, en of er wel of niet sprake is van samenwerking met osteopaten.

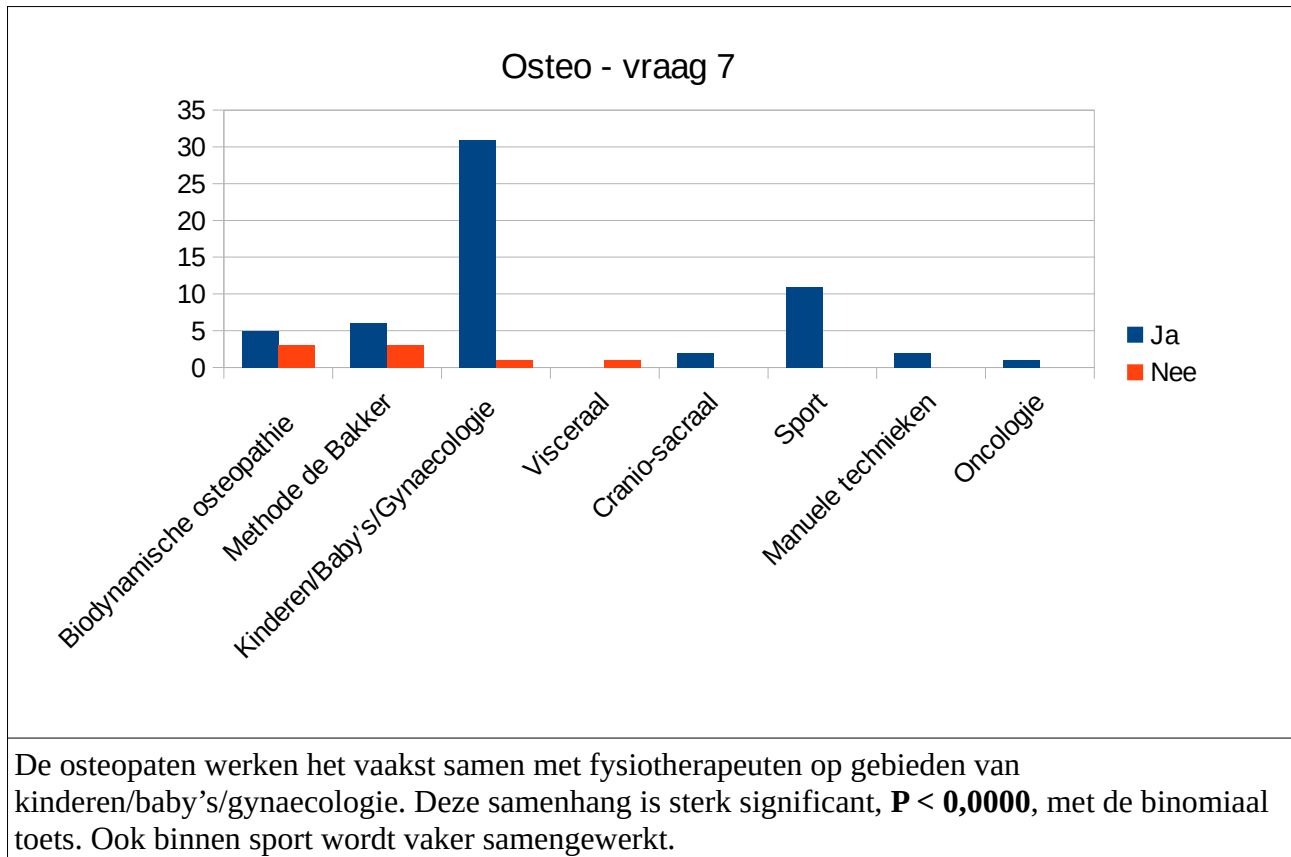


De sportfysiotherapeuten werken vaak samen met osteopaten, deze samenhang is significant: de binomiaaltoets laat een kans zien van: **0,019**, dat er *geen positief verband* zou zijn tussen de specialisatie sportfysiotherapie en het samenwerken met osteopaten. Voor de manuele therapeuten geldt andersom dat zij *minder* vaak samenwerken met osteopaten, dan dat ze wel samenwerken: *0,063*. Deze samenhang is *net niet* significant, maar de grafiek geeft wel een duidelijke trend weer.

Sportfysiotherapeuten werken vaak samen met osteopaten – deze samenhang is sterk significant. Manuele therapeuten juist minder vaak samen met osteopaten, maar deze trend *net niet* boven het significantieniveau.

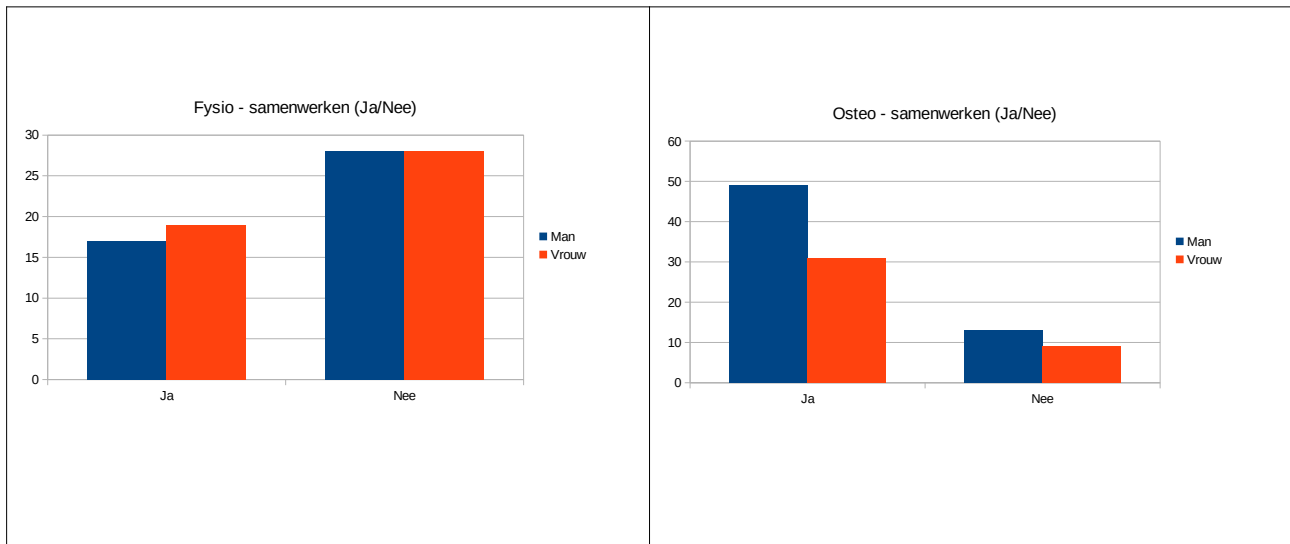
Samenhang tussen samenwerken en specialisatie binnen osteopathie

Ook onder osteopaten is gekeken naar samenwerking per specialisme.



Samenwerking – relatie, man/vrouw

Er is ook gekeken naar een mogelijke samenhang tussen het wel of niet samenwerken vanuit de fysiotherapeut naar de osteopaat, en anders om, gegeven het geslacht van de behandelaar van waaruit de samenwerking wordt geïnitieerd.

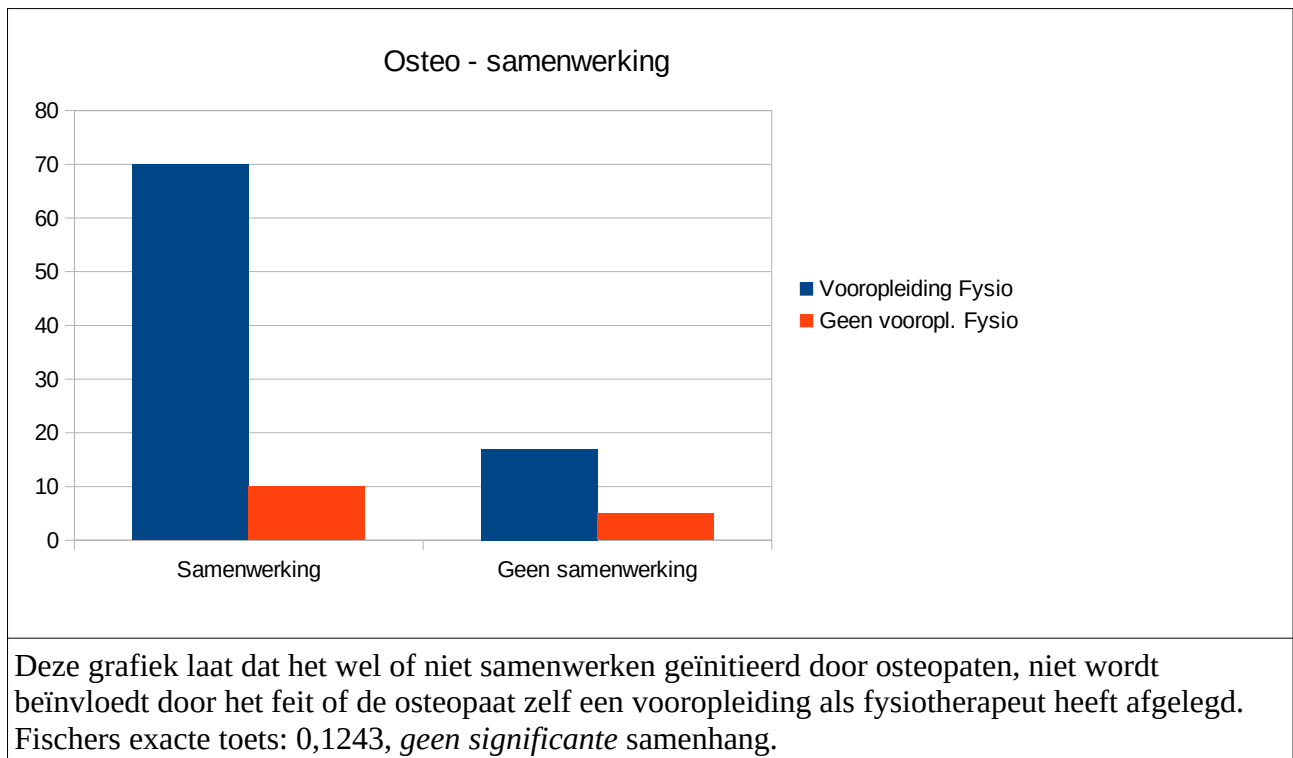


Fysio geïnitieerd samenwerken, geven geslacht van behandelaar: Fischers exacte toets: 0,1636 (*niet significant*). Osteo geïnitieerd samenwerken, Fischers exacte toets: 0,1901, (*niet significant*).

Er zijn heel kleine verschillen in het wel of niet samenwerken tussen mannen en vrouwen. Beide onderzochte vragen geven geen significante resultaten. Er is dus *geen samenhang* aangetoond tussen het geslacht van de behandelaar en het wel of niet samenwerken met de andere beroepsgroep.

Wel of niet samenwerken – osteopaten – gegeven vooropleiding

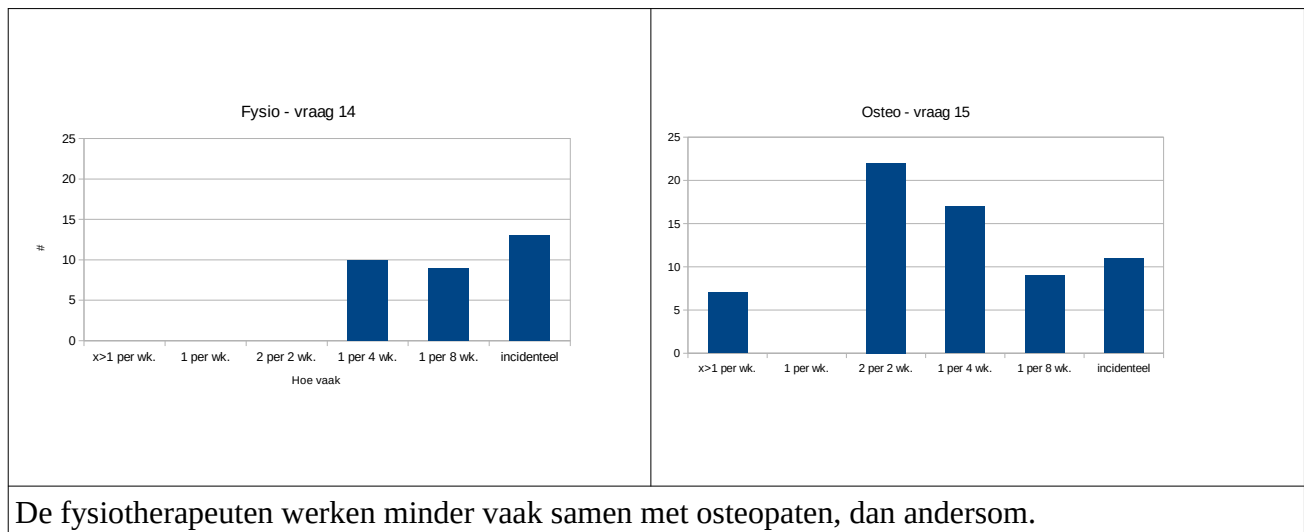
Er is tevens gekeken of een vooropleiding als fysiotherapeut de kans op het doorverwijzen door een osteopaat naar een collega fysiotherapeut beïnvloedt.



Er is *geen samenhang* gevonden tussen het wel of niet samenwerken geïnitieerd vanuit osteopaten, gegeven een vooropleiding als fysiotherapeut.

Hoe vaak wordt samengewerkt tussen de twee beroepsgroepen

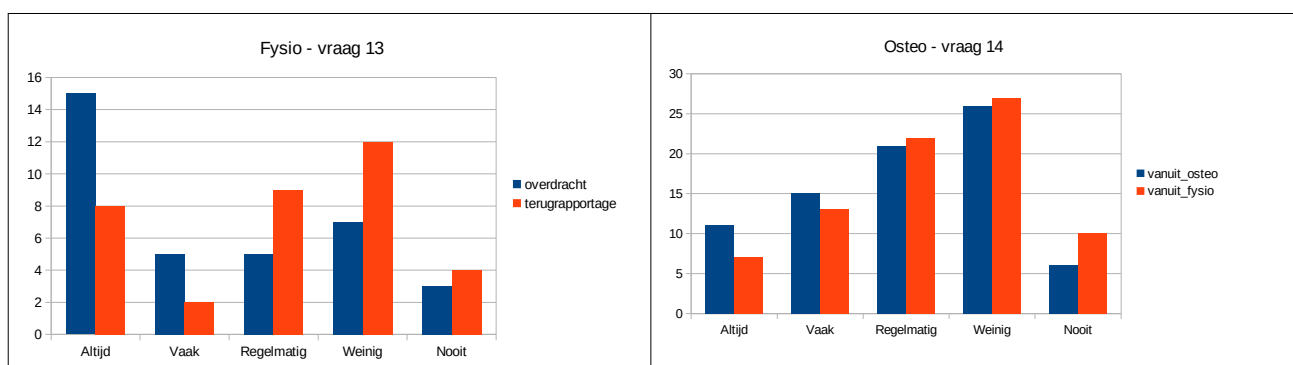
Uit de gegevens blijkt ook dat fysiotherapeuten minder vaak samenwerken met osteopaten, dan andersom.



De fysiotherapeuten geven aan met meer disciplines samen te samenwerken, al dan niet binnen een groepspraktijk.

Communicatie tijdens het samenwerken

De communicatie rondom patiënten is ook onderzocht. Specifiek is gekeken naar de communicatie tijdens overdracht vanuit fysiotherapeuten, en de terugrapportage gedaan door osteopaten. Ook is gekeken naar het omgekeerde – overdracht vanuit de osteopaten naar fysiotherapeuten en de communicatie tijdens deze overdracht, respectievelijk terugrapportage. De grafieken hieronder geven dit weer.



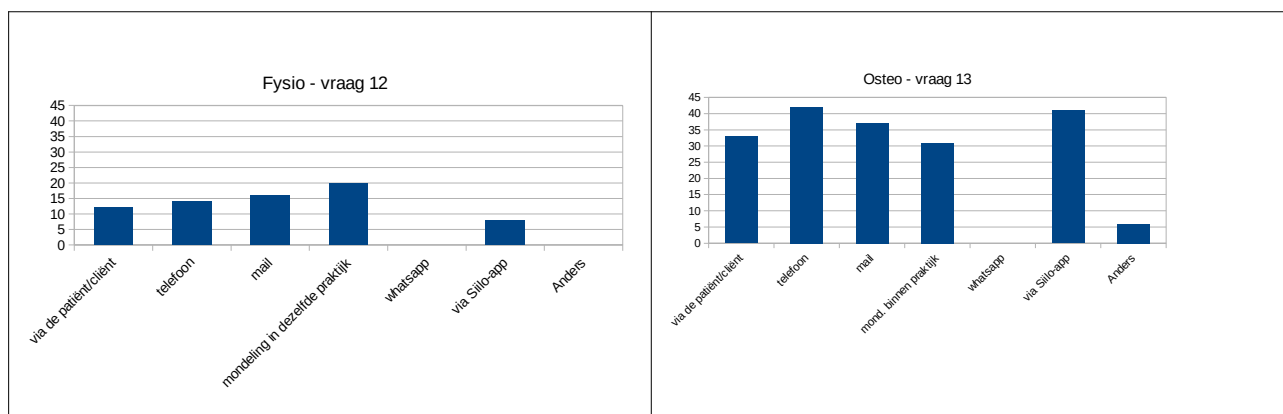
De fysiotherapeuten geven aan dat zij meer communiceren richting de osteopaten in hun overdracht (links), dan dat het terugrapporteren plaatsvindt (rechts). Dit effect is significant op het 0,01-niveau ($P < 0,01$), aldus Fischers exacte toets. De osteopaten hebben een ander beeld van de communicatie tijdens de samenwerking met de fysiotherapeuten, en beschouwen de communicatie als gelijkwaardig.

Opvallend is de **asymmetrie** in deze communicatie. Voor de ‘altijd’ en ‘vaak’ uitkomsten, dit doen de fysiotherapeuten in veel grotere getallen, dan de osteopaten waarmee zij samenwerken. Zie de bovenstaande figuur links.

Dit effect is significant op het 0,01-niveau ($P < 0,01$), aldus Fischers exacte toets.

Communicatiekanalen tussen de twee beroepsgroepen

De twee beroepsgroepen onderhouden communicatie langs meerdere kanalen. Het valt op dat er geen elektronisch patiëntendossier wordt gebruikt voor deze communicatie.

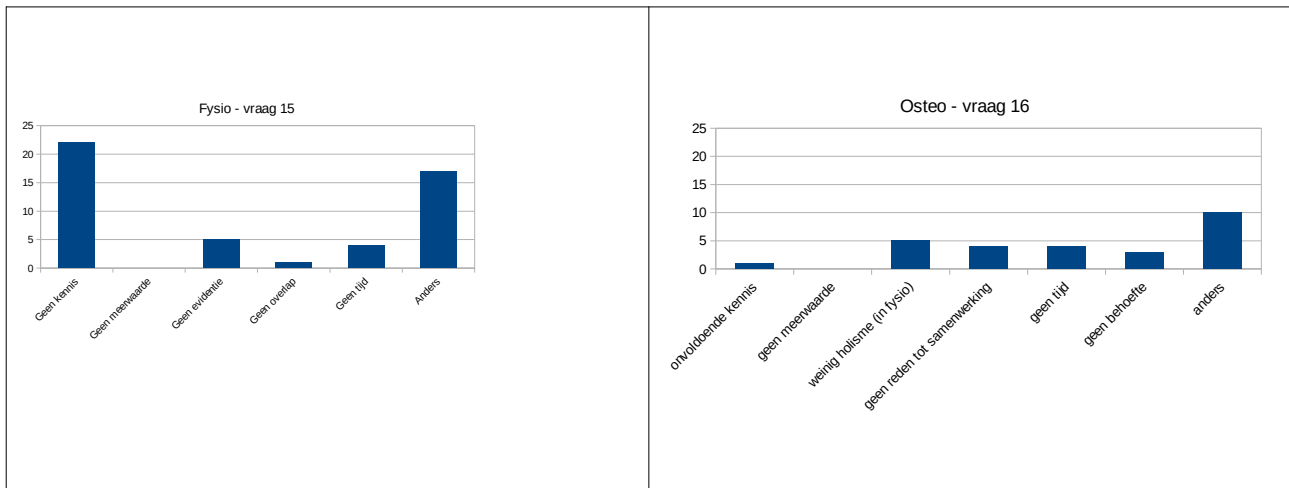


De twee beroepsgroepen gebruiken meer communicatiekanalen om met elkaar te overleggen. Fysiotherapeuten overleggen het meest (maar zeker niet uitsluitend), mondeling via de gemeenschappelijke praktijksetting. De osteopaten gebruiken de telefoon het vaakst, gevolgd door de Siilo-app en mail.

Opvallend is, dat mondelinge communicatie het meest frequent gebruikt wordt bij beide beroepsgroepen. Een mondeling gesprek is overwegend minder precies dan geschreven tekst. Ook is de verslaglegging van een gesprek niet gewaarborgd.

Samenwerking – redenen aangegeven

De fysiotherapeuten kijken anders tegen het samenwerken aan, dan de osteopaten dat doen. Het kan ermee te maken hebben dat een aantal patiënten beginnen in reguliere fysiotherapie. Wanneer een patiënt onvoldoende wordt geholpen, dan kan de osteopaat de behandeling van de patiënt voortzetten. Een citaat: “veel cliënten hebben al een traject bij de fysiotherapeut gehad, wij zijn vaker sluitpost”, en een andere osteopaat: “patiënten die ik zie zijn/waren vaak al in behandeling bij een fysio, sta er wel open voor”.



Fysiotherapeuten geven vooral aan *niet* samen te werken met osteopaten wegens gebrek aan kennis omtrent osteopathie. Voor de osteopaten zijn de redenen om niet samen te werken met fysiotherapeuten meer uiteenlopend. Onder de rubriek ‘anders’ wordt meerdere keren ‘concurrent/conculega’s’ genoemd om met een fysiotherapeut niet samen te willen werken.

Het meest opvallend is dat de verschillen in specialisatie bij fysiotherapeuten *niet worden aangehaald* als reden om *niet* samen te werken met een osteopaat.

De antwoorden bij ‘anders’ onder de Fysiotherapeuten (direct overgenomen):

- anders, namelijk: Stuur soms door naar osteopaat. Maar niet in het bijzonder
- anders, namelijk: Er is geen osteopaat werkzaam bij ons in de buurt
- anders, namelijk: Collega werkt deels als osteopaat maar heeft opleiding niet officieel afgerond
- anders, namelijk: collega fysiotherapeut heeft gedeeltelijke osteopathie opleiding gedaan, ik stuur mensen naar hem
- anders, namelijk: ik verwijs pt regelmatig naar osteopaat, maar spreek geen voorkeur uit
- anders, namelijk: ik ken geen osteopaat, waarmee samenwerking een meerwaarde zou hebben
- anders, namelijk: zou graag samenwerken met een osteopaat
- anders, namelijk: Ik verwijs wel eens naar een osteopaat, maar we werken minimaal samen.
- anders, namelijk: bij ons in de praktijk is een collega die osteopathie gestudeerd heeft
- anders, namelijk: nooit bij stil gestaan ; we werken al met veel disciplines
- anders, namelijk: Nog weinig samenwerking gezocht, gevonden, ondervonden
- anders, namelijk: Wij hebben geen osteopaat in dienst, sommige ‘casuïstieken’ bespreek ik met een osteopaat en verwijs
- anders, namelijk: veel inhoudelijke verschillen tussen osteopaten in de regio. onduidelijke behandelindicaties
- anders, namelijk: Ik ken geen osteopaat in de buurt, vind het dus moeilijk in te schatten hoe er gewerkt wordt
- anders, namelijk: Op dit moment (nog) geen osteopaat in mijn netwerk

- anders, namelijk: Er is geen relatie vanuit de praktijk, ik stuur wel zelf soms een kind door in overleg met ouders
- anders, namelijk: wel eens naar toe gestuurd, nooit feedback gehad

Behoefde aan meer informatie over de andere discipline

Vanuit de osteopaten geven 11 respondenten aan meer willen weten van fysiotherapie, maar 89 osteopaten hebben daar geen verdere behoefde aan. Onder de fysiotherapeuten geven 45 respondenten aan graag meer te willen weten over osteopathie, terwijl 42 respondenten daar geen verdere behoefde aan hebben.

Rosmalen, 25 april 2020.

Michael Egmont-Petersen, Insight Classification Technologies.

Literatuurlijst

S. Siegel, N.J. Castellan, Nonparametric statistics for the behavioral sciences, 2'nd edition, McGraw-Hill, New York, 1988.

H. O. Lancaster. Significance Tests in Discrete Distributions, Journal of the American Statistical Association, Vol. 56, No. 294 (Jun., 1961), pp. 223-234.

W.G. Cochran. The χ^2 Test of Goodness of Fit, The Annals of Mathematical Statistics, Vol. 23, No. 3 (Sep., 1952), pp. 315-345.

D. J. Finney. The Fisher-Yates Test of Significance in 2×2 Contingency Tables, Biometrika, Vol. 35, No. 1/2 (May, 1948), pp. 145-156.

Appendix

Theorie achter de binomiaal-toets

Met de binomiaaltoets kun je berekenen wat de kans is op een bepaalde uitkomst. Daarbij kun je uitgaan van een bepaald aantal successen – een cumulatieve kans – waarbij je kijkt naar de optelling van een aantal kansen. Welke formule hoort er bij de binomiaaltoets, hoe pas je deze toe en hoe interpreteer je de resultaten?

De theorie:

Bij de binomiaaltoets bereken je een kans in procenten door middel van een formule. Dit percentage vergelijk je met de alfa (in de regel 0.05). Als het percentage lager ligt dan deze alfa, spreek je van een significant verschil. Dit betekent dat er meer aan de hand is dan toeval – bijvoorbeeld een gemanipuleerde dobbelsteen die alleen maar zessen blijft gooien.

Bij de binomiaaltoets kun je de kans van een precieze uitkomst berekenen, bijvoorbeeld ‘drie keer een 2 gooien met een dobbelsteen bij tien keer gooien’. Dit schrijf je als $P(k=3)$. Hier staat de P voor ‘de kans in procenten’ en de k voor ‘aantal successen’. Als je meerdere kansen optelt, spreek je van een cumulatieve kans. Dit is het geval als je $P(k=3)$ plus $P(k=4)$ doet, maar kan ook zo zijn bij $P(k>4)$. Bij deze laatste geef je aan dat je de cumulatieve kans gaat berekenen van ‘vijf of meer keer een 2 gooien met een dobbelsteen bij x aantal keer gooien’. Deze laatste manier van berekenen is toegepast in de statistische analyse, eerder beschreven in dit document.

[<https://wetenschap.infonu.nl/wiskunde/116997-statistiek-binomiaal-toets.html>]

H. O. Lancaster. Significance Tests in Discrete Distributions, Journal of the American Statistical Association, Vol. 56, No. 294 (Jun., 1961), pp. 223-234.

Fisher's exacte toets – samenhang tussen uitkomsten

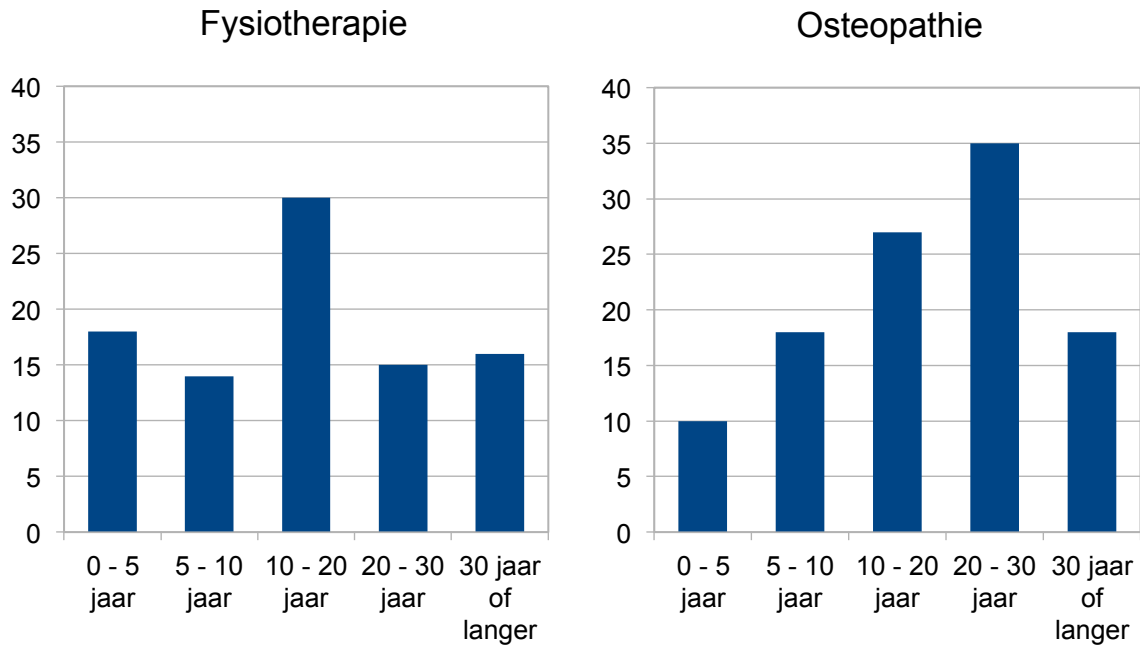
Fisher's exact test kan gebruikt worden om te toetsen of het verschil tussen twee proporties in een klassieke 2x2 tabel significant is. Dergelijke tabellen worden ook geanalyseerd met een Chi-kwadraat toets. Traditioneel wordt er voor de Fisher's exact test gekozen ipv een Chi-kwadraat wanneer er lage aantallen (geobserveerde count $\sim < 10$ of expected count < 5) in de 2x2 tabel voorkomen. De Chi-kwadraat toets is dan niet meer nauwkeurig. Omdat Fisher's Exacte toets in de huidige statistische pakketten even snel uitgerekend kan worden als een chi-kwadraat toets, is er geen belemmering meer om deze exacte toets (chi-kwadraat gebruikt een benadering) altijd te gebruiken bij het analyseren van een 2x2 tabel.

In een enkel geval is de Chi-kwadraat toets gebruikt in de bovenstaande analyse. Hier betekent *df* het aantal vrijheidsgraden van de Chi-2 verdeling.

[https://nl.wikipedia.org/wiki/Fishers_exacte_toets]

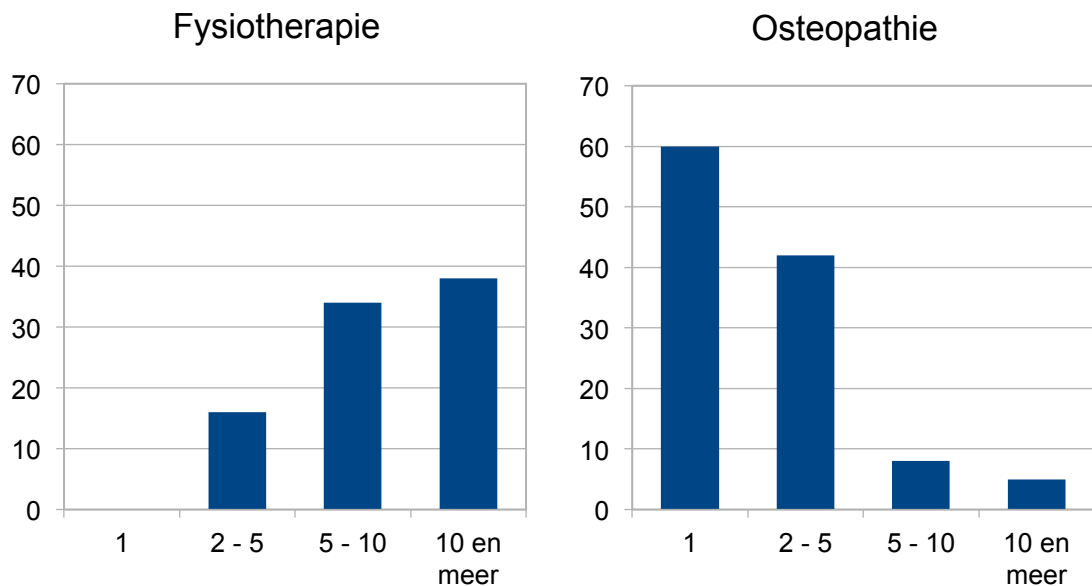
D. J. Finney. The Fisher-Yates Test of Significance in 2×2 Contingency Tables, *Biometrika*, Vol. 35, No. 1/2 (May, 1948), pp. 145-156.

Werkzame jaren



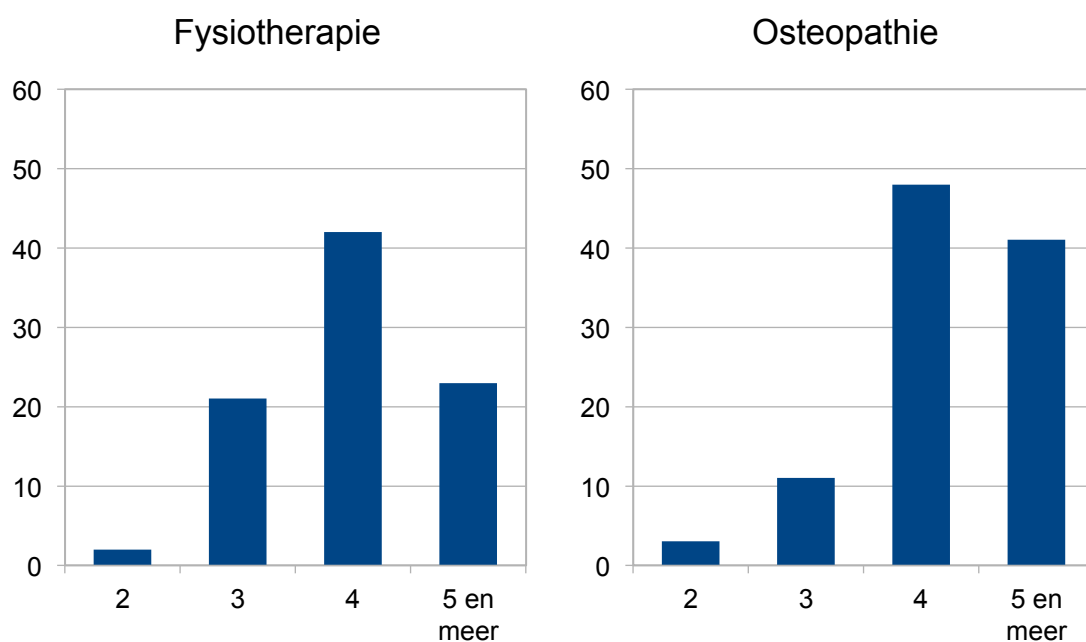
Figuur 7.4: Werkzame jaren van beide beroepsgroepen.

Praktijk grootte



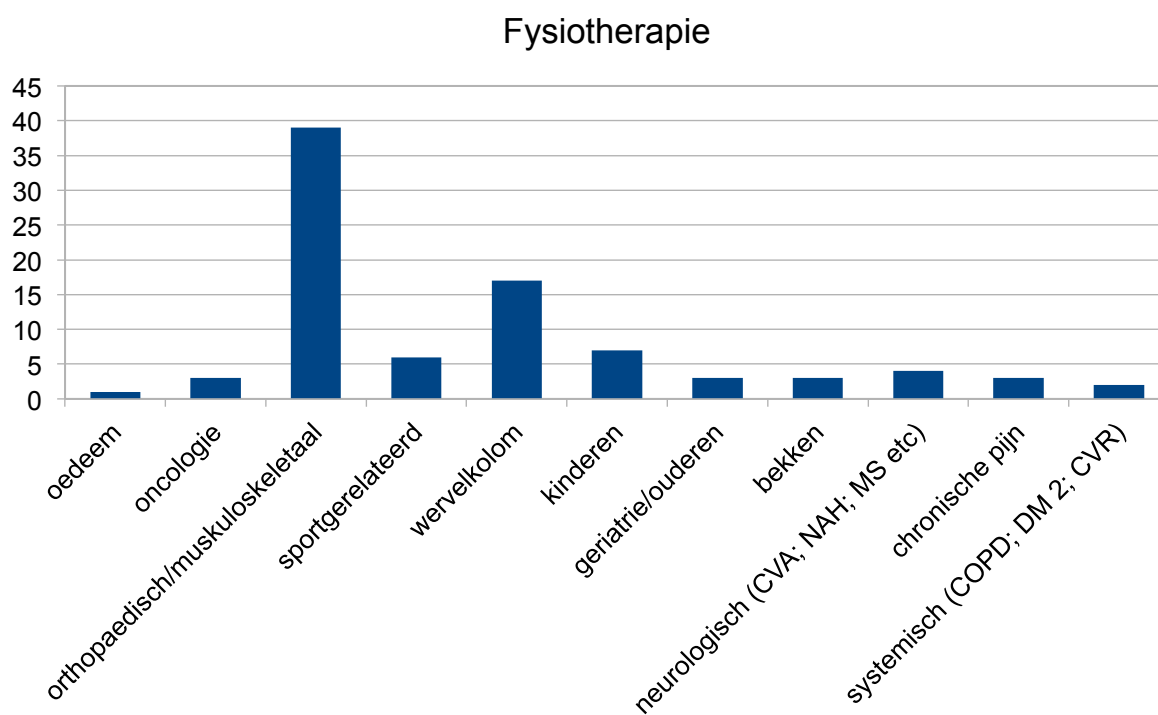
Figuur 7.6: Het aantal werkzame personen binnen een praktijk voor beide beroepsgroepen.

Aantal werkzame dagen per week



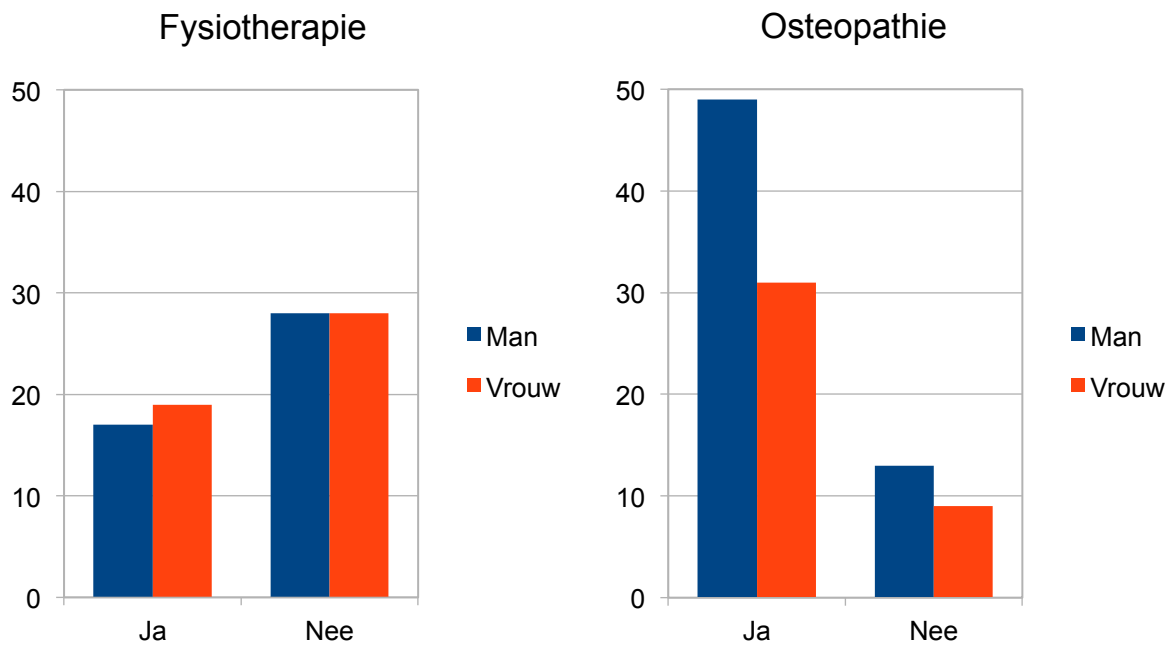
Figuur 7.7: Het aantal werkzame dagen per week voor beide beroepsgroepen.

Soort problematiek die veel gezien wordt binnen fysiotherapie



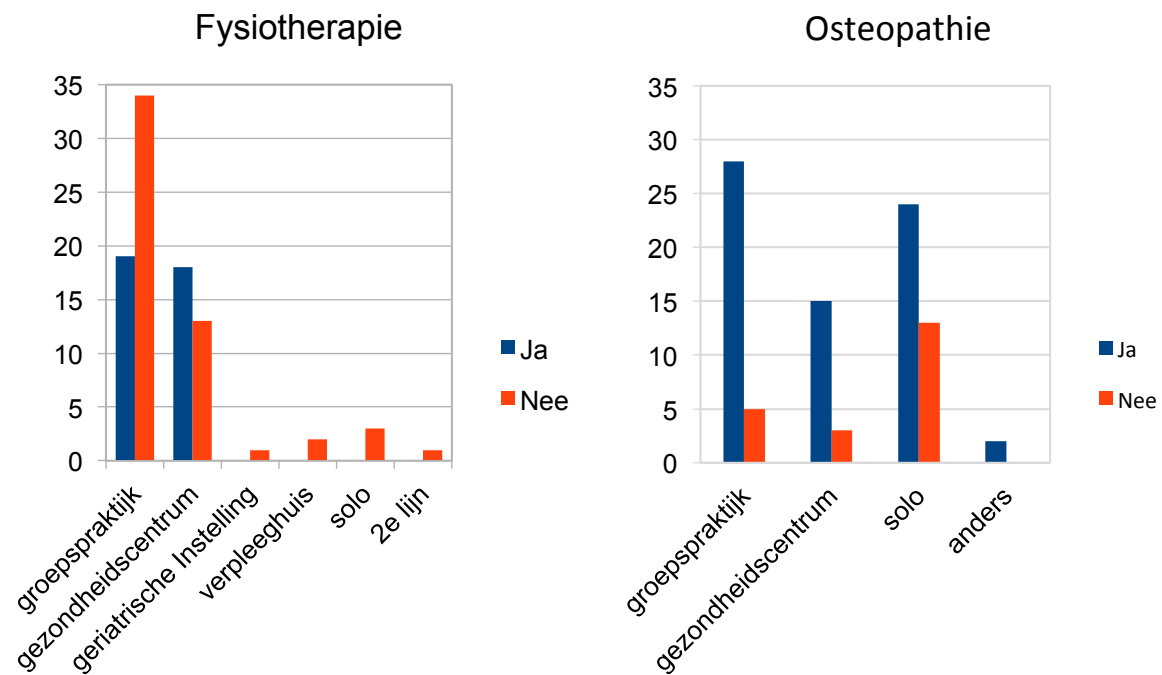
Figuur 7.11: Soorten problematieken binnen de fysiotherapie.

Wat is de invloed van het geslacht op wel of niet samenwerken?



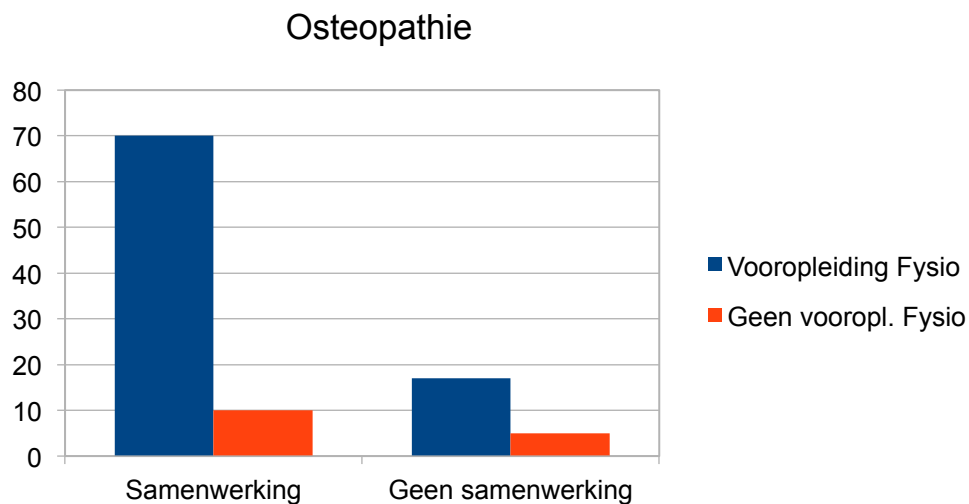
Figuur 7.13: Invloed van het geslacht op wel of niet samenwerken.

Is er verschil te zien in wel of niet samenwerken wat betreft de praktijksetting?



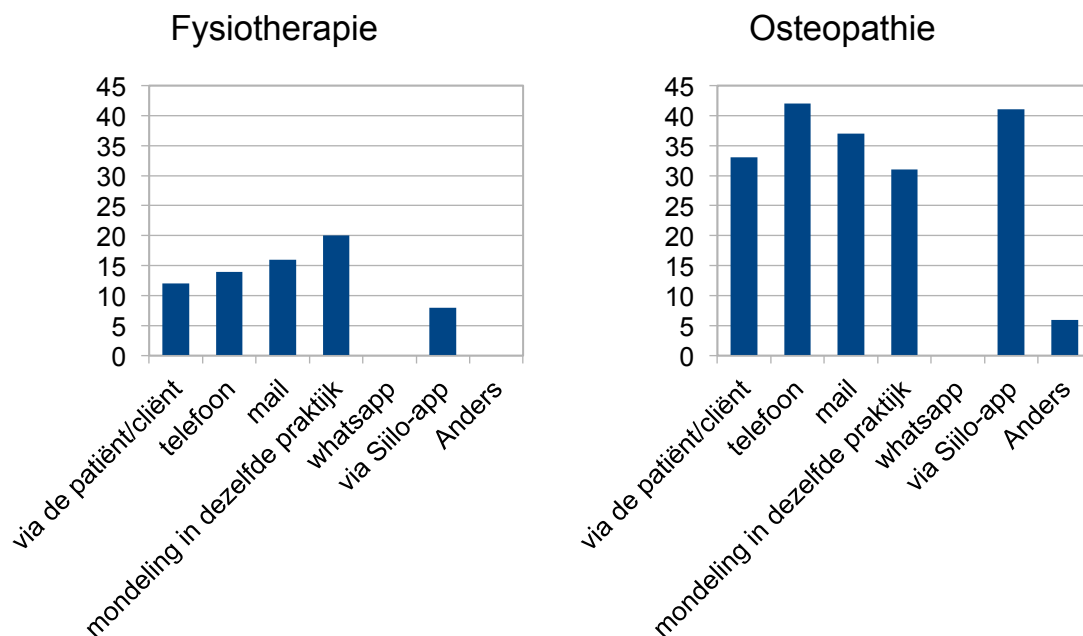
Figuur 7.15: Invloed van praktijksetting op wel of niet samenwerken.

Heeft de vooropleiding van een osteopaat invloed op het wel of niet samenwerken met een fysiotherapeut?



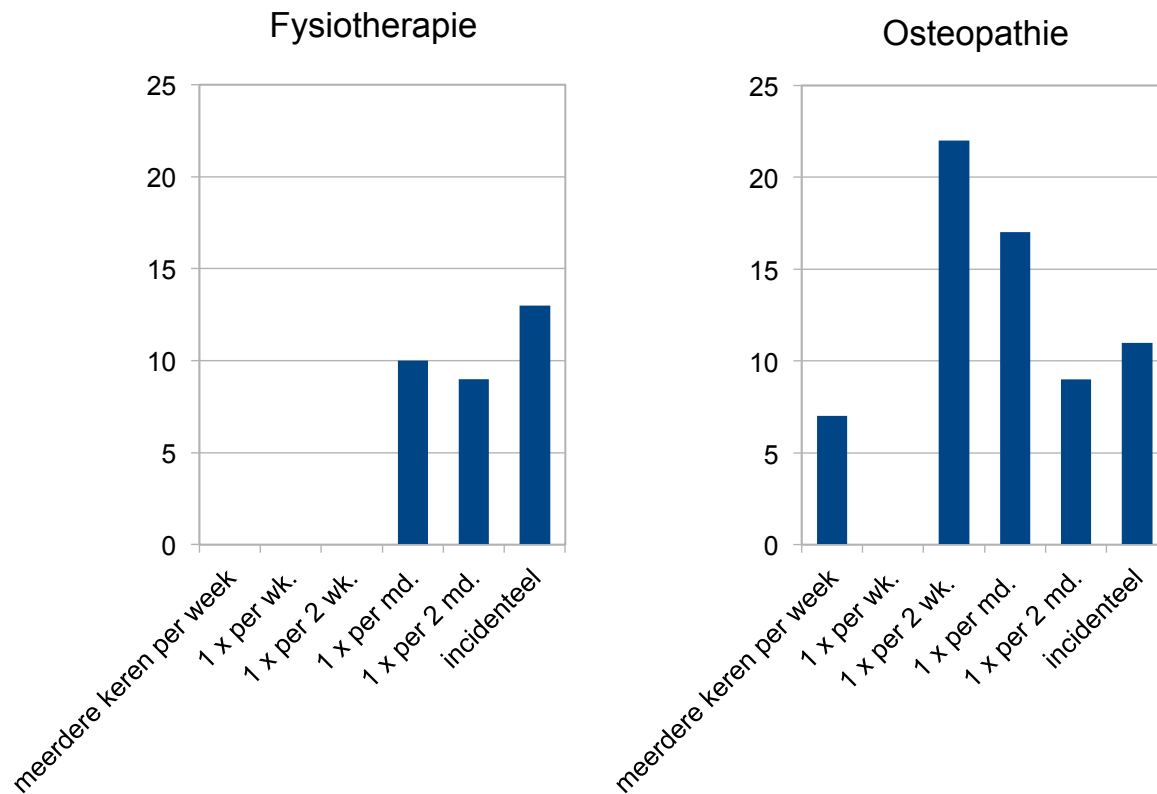
Figuur 7.16: Verdeling van samenwerken en niet samenwerken bij osteopaten op basis van fysiotherapie als vooropleiding.

Op welke manier wordt er gecommuniceerd tussen de twee beroepsgroepen?



Figuur 7.21: Verschillende communicatiekanalen welke gebruikt worden bij de communicatie tussen beide beroepsgroepen.

Frequentie van samenwerken tussen beide beroepsgroepen



Figuur 7.22: Frequentie van samenwerken tussen beide beroepsgroepen.

Reden van niet samenwerken

De antwoorden bij '**anders**' onder de **Fysiotherapeuten** (direct overgenomen):

- Anders, namelijk; '*Stuur soms door naar osteopaat. Maar niet in het bijzonder*'.
- Anders, namelijk: '*Er is geen osteopaat werkzaam bij ons in de buurt*'.
- Anders, namelijk: '*Collega werkt deels als osteopaat maar heeft opleiding niet officieel afgerond*'.
- Anders, namelijk: '*collega fysiotherapeut heeft gedeeltelijke osteopathie opleiding gedaan, ik stuur mensen naar hem*'.

- Anders, namelijk: *'ik verwijs pt regelmatig naar osteopaat, maar spreek geen voorkeur uit'*.
- Anders, namelijk: *'ik ken geen osteopaat, waarmee samenwerking een meerwaarde zou hebben'*.
- Anders, namelijk: *'zou graag samenwerken met een osteopaat'*.
- Anders, namelijk; *'Ik verwijs weleens naar een osteopaat, maar we werken minimaal samen'*.
- Anders, namelijk; *'Bij ons in de praktijk is een collega die osteopathie gestudeerd heeft'*.
- Anders, namelijk; *'Nooit bij stil gestaan; we werken al met veel disciplines'*.
- Anders, namelijk; *'Nog weinig samenwerking gezocht, gevonden, ondervonden'*.
- Anders, namelijk; *'Wij hebben geen osteopaat in dienst, sommige 'casuïstiek' bespreek ik met een osteopaat en verwijs'*.
- Anders, namelijk: *'veel inhoudelijke verschillen tussen osteopaten in de regio. Onduidelijke behandelindicaties'*.
- Anders, namelijk: *'Ik ken geen osteopaat in de buurt, vind het dus moeilijk in te schatten hoe er gewerkt wordt'*.
- Anders, namelijk: *'Op dit moment (nog) geen osteopaat in mijn netwerk'*.
- Anders, namelijk: *'Er is geen relatie vanuit de praktijk, ik stuur wel zelf soms een kind door in overleg met ouders'*.
- Anders, namelijk: *'weleens naar toe gestuurd, nooit feedback gehad'*.

De antwoorden bij **'anders'** onder de **osteopaten** (direct overgenomen):

- Anders, namelijk: *'Fysiotherapeuten verwijzen door en zo nu en dan overleg ik met een fysio of adviseer ik patiënten een fysio'*.
- Anders, namelijk: *'Werk wel samen maar zeer sporadisch'*.
- Anders, namelijk: *'concullega's'*
- Anders, namelijk: *'Zo af en toe krijg ik wel patiënten die een fysio heeft doorgestuurd maar het is een handje vol'*.
- Anders, namelijk: *'Binnen de groepspraktijk werkt geen fysiotherapeut, wel werk ik daarbuiten samen met een fysio'*

- Anders, namelijk: *'Samenwerking indien gevraagd vanuit de fysio'*.
- Anders, namelijk: *'Patiënten die ik zie zijn/waren vaak al in behandeling bij een fysio, sta er wel open voor'*.
- Anders, namelijk: *'Ik verwijs wel af en toe door, andersom ook. Maar dat zijn verschillende fysiotherapeuten en niet een'*.
- Anders, namelijk: *'Vaak genoeg geprobeerd, maar ze zien ons meer als concurrent'*.
- Anders, namelijk: *'Veel cliënten hebben al een traject bij de fysiotherapeut, wij zijn vaak sluitpost'*.

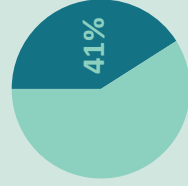
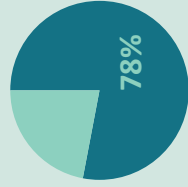
Reden van wel samenwerken

De antwoorden bij **'anders'** onder de **Fysiotherapeuten** (direct overgenomen):

- Anders, namelijk: *'We hebben een collega die ook osteopaat is'*.
- Anders, namelijk: *'Ik verwijs door wanneer in de anamnese een partus complex is verlopen en er onvoldoende herstel is'*.

Factsheet 1/2

Samenwerking Tussen Fysiotherapeuten En Osteopaten



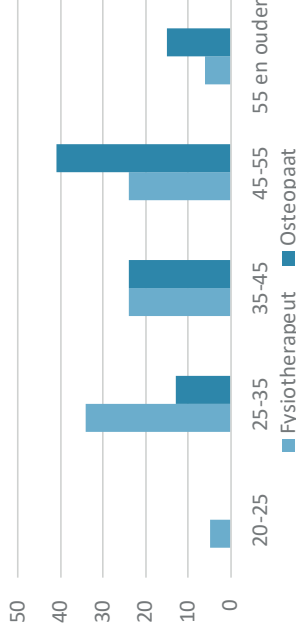
Fysiotherapie: ongeveer evenveel vrouwen als mannen werkzaam

Osteopathie: significant meer mannen dan vrouwen werkzaam

Dienstjaren: De **osteopaten** werken gemiddeld **meer** dienstjaren in hun praktijk dan de fysiotherapeuten.

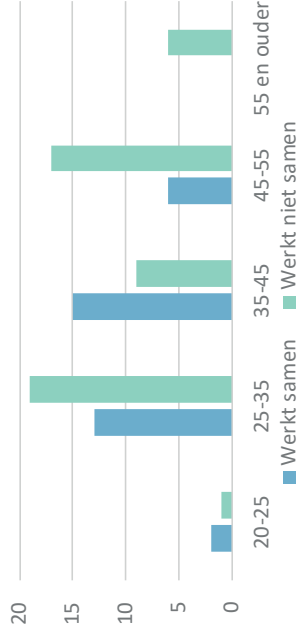
Leeftijd

Fysiotherapeuten zijn significant jonger dan osteopaten, in deze studie

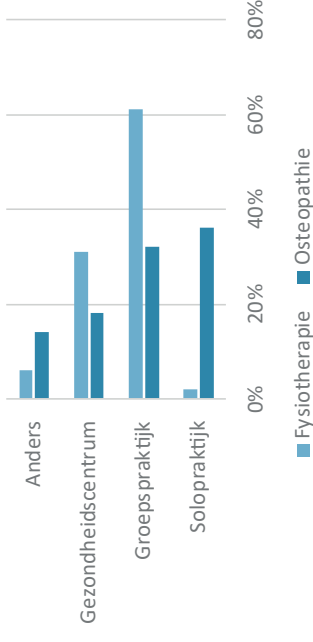


Leeftijd Fysiotherapeuten en samenwerking

Significant **meer jongere fysiotherapeuten** (onder de 45 jaar) werken samen met osteopaten.



Praktijksetting



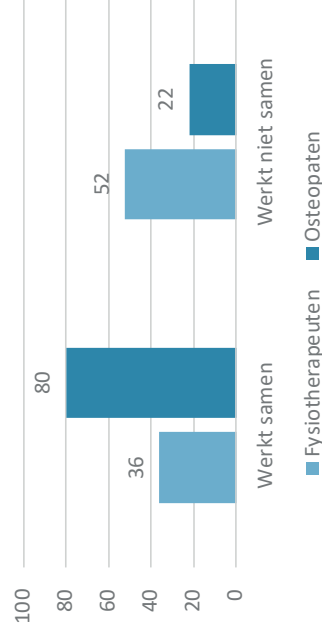
Samenwerken

Sportfysiotherapeuten werken **vaak** samen met osteopaten – deze samenhang is sterk significant. **Fysiotherapeuten** werken **minder** vaak samen als het gaat om **klachten** aan de **wervelkolom**.

Fysiotherapeuten werken **wel** samen bij **orthopedische/-musculoskeletale aandoeningen** en als het om een **kind of sporter** gaat.

Osteopaten met het specialisme **kinderen/baby's/gynaecologie** werken het **vaakst** samen met fysiotherapeuten.

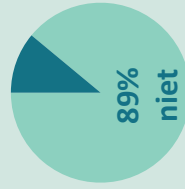
De **fysiotherapeuten** werken **veel minder vaak** samen met osteopaten, dan osteopaten samenwerken met fysiotherapeuten.



Factsheet 2/2

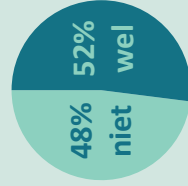
Samenwerking Tussen Fysiotherapeuten En Osteopaten

11% wel



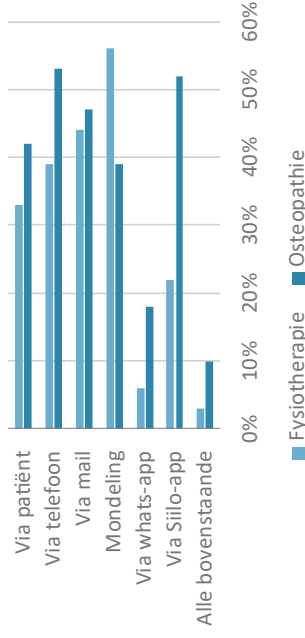
Wel of niet informatie gewenst over fysiotherapie door osteopaten

Wel of niet informatie gewenst over osteopathie door fysiotherapeuten



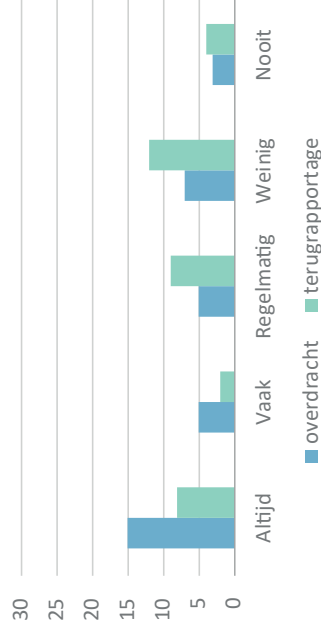
Bron: Enquete samenwerking tussen fysiotherapeuten en osteopaten 2020
Voor vragen: thesis.samenwerking@gmail.com

Communicatie



Fysiotherapie overdracht en terugrapportage

Fysiotherapeuten geven aan dat zij **meer communiceren** richting de osteopaat dan andersom.

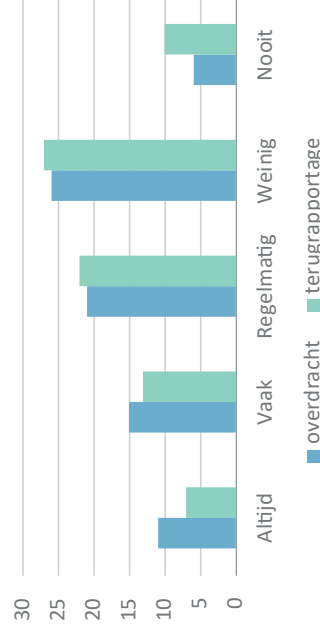


Redenen waarom fysiotherapeuten en osteopaten niet samenwerken

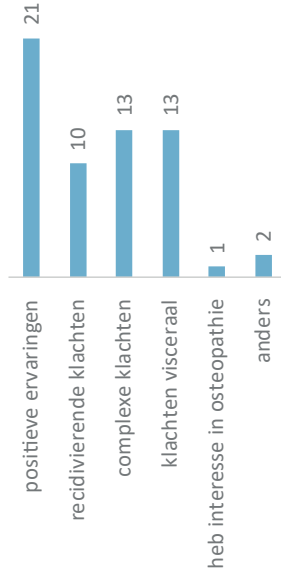
Fysiotherapeuten geven vooral aan niet samen te werken door gebrek aan kennis van osteopathie. In mindere mate 'geen evidentie', 'ken geen osteopaat', 'nog weinig samenwerking gezocht'.

Osteopaten geven vooral aan niet samen te werken: 'weinig holisme', 'geen reden voor samenwerking', 'concullega's', 'zien ons als concurrent'.

Osteopathie overdracht en terugrapportage



Redenen waarom fysiotherapeuten wel samenwerken met osteopaten



Redenen waarom osteopaten wel samenwerken met fysiotherapeuten

