

SAMENVATTING PATIËNTGERICHT ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN PSYCHOSOMATISCHE OEFENTHERAPIE (PSOT)

Herhaalde metingen bij 183 patiënten

1 Inleiding

Dit document betreft de resultaten van patiëntgericht onderzoek dat is uitgevoerd voor de onderbouwing vanuit de praktijk van de prestatie Psychosomatische Oefentherapie (PSOT), als aanvulling op literatuuronderzoek naar wetenschappelijke evidentie (Van den Heuvel et al, 2010). Dit patiëntgerichte onderzoek is opgezet als een longitudinale klinische trial met herhaalde metingen. Het onderzoek geeft een eerste beschrijving van de patiëntengroep PSOT, de gegeven interventies en de resultaten daarvan op de korte en de middellange termijn, gemeten aan de hand van een set gevalideerde meetinstrumenten.

De onderzoeksvragen zijn:

- 1 Hoe is de doelgroep te karakteriseren wat betreft persoonlijke eigenschappen, het probleem, de zorgconsumptie en de gezondheidstoestand bij aanvang van de behandeling PSOT, ook in vergelijking met de patiënten die zich aanmelden voor reguliere fysio- en oefentherapie?
- 2 Hoe heeft de gezondheidstoestand zich ontwikkeld aan het einde van de behandeling in vergelijking met de start van de behandeling?
- 3 Hoe verloopt de gezondheidstoestand in de periode na de behandeling?

2 Methode

Vijftien psychosomatisch werkende en daartoe opgeleide oefentherapeuten (PSOT), verspreid over Nederland, leverden geanonimiseerde gegevens volgens hun gebruikelijke registratie die voor dit onderzoek in een webbased systeem is overgezet.

Inclusiecriteria patiënten

Inclusiecriteria waren goede beheersing van de Nederlandse taal, ≥ 18 jaar. Daarnaast moest er sprake zijn van klachten die behoren tot het behandelcompetentiegebied van de PSOT: hyperventilatie, angst- en panieklachten, spanninghoofdpijn/migraine, neklachten, klachten aan arm, nek en/of schouder (Kans/RSI), stressgerelateerde lage-rugpijn, slaapstoornissen, gejaagdheid/niet meer kunnen ontspannen, overspanning/surmenage, burn-out, chronische pijnklachten, medisch-pathologisch onbegrepen lichamelijke klachten, post-whiplashklachten, fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom, werkgerelateerde stressklachten, depressieve klachten (met lichamelijke klachten of inactiviteit en spanningsproblemen), andere niet genoemde psychosomatische klachten passend in het domeinomschrijving van de psychosomatische oefentherapeut.

Exclusie criterium

Verdenking van een organische klacht, psychische klachten zonder lichamelijke klachten en/of zonder lichamenlijk en psychosociaal disfunctioneren. Patiënten zonder goede beheersing van de Nederlandse taal werden eveneens uitgesloten.

Registratie van patiëntgegevens

Door de therapeuten is geen selectie gemaakt; er zijn gegevens geregistreerd van alle patiënten die zich in de periode eind juli 2009 tot half november 2010 bij de deelnemende PSOT aanmeldden en die ook daadwerkelijk een indicatie hadden voor PSOT (op grond van anamnese en onderzoek inclusief de meetgegevens). Alle therapeuten hebben een verklaring ondertekend waarin zij aangeven alle gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.

Na informed consent door de patiënt zijn de volgende gegevens verzameld: persoonlijke kenmerken, kenmerken van de gezondheidstoestand, gegevens over eerder zorggebruik voor de huidige klachten, gegevens over de behandeling, arbeidsverzuim en medicijngebruik. Voor het beschrijven van de gezondheidstoestand is de valide en betrouwbare PSOT-standaard testbatterij gebruikt, bevattende de:

- Vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL);
- SF36/RAND 36 (algemeen functioneren en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven);
- VAS-klachten (ernst van de hoofdklacht);
- Meetlat Algemeen Functioneren (MAF; beoordeling door patiënt van zijn algemeen functioneren);
- Maslach Burnout Inventory (MBI; symptomen van burn-out);
- Nijmeegse Hyperventilielijst (NHL; ernst hyperventilatiesymptomen).

De MBI en NHL worden alleen afgenomen bij vermoeden van burn-out of hyperventilatieproblemen.

Dataverwerking en analyses

De persoonskenmerken en de uitkomsten van de intake met betrekking tot de gezondheidstoestand zijn beschreven met behulp van frequentietabellen en gemiddelden.

De Wilcoxon Signed Ranks Test werd gebruikt voor het vergelijken van de verschillen over tijd tussen baseline meting en het einde van de behandeling gemeten met de 4-DKL, SF36/RAND-36, VAS-klachten, MAF, MBI, NHL. De T-toets voor gepaarde waarnemingen of een gewone T-toets voor niet-gepaarde waarnemingen werd gebruikt voor het analyseren van arbeidsverzuim over tijd. Het medicatiegebruik werd over tijd getoetst met de Chi² toets. Bij het vergelijken van de drie meetmomenten werd de Friedman Test gebruikt voor de meetinstrumenten 4-DKL, SF36/RAND-36, VAS-klachten, MAF, MBI, NHL. De Spearman Rho Correlatie werd gebruikt voor het bepalen van de samenhang tussen medicijngebruik en de duur van de klachten.

Als grens voor statistisch significantie is een p-waarde van 0,05 gehanteerd. Daarnaast is het minimale klinisch relevante verschil (MKRV) berekend. Dit is het verschil in score op een meetinstrument waarbij de patiënt een relevante verandering bemerkt. Een verandering van 30% ten opzichte van baseline is aangehouden als klinisch relevant verschil. Indien van patiënten de derde meting ontbreekt, is het gemiddelde van de totale groep als vervangende waarde ingevuld (imputatie).

De ingevulde vragenlijsten en testresultaten zijn verwerkt met SPSS 17.

3 Resultaten

In dit verslag zijn van 183 patiënten gegevens van drie meetmomenten verwerkt. De patiënten die zijn uitgevallen (n=38) verschillen niet van de geanalyseerde patiënten wat betreft patiëntkenmerken en de basisscores op de meetinstrumenten.

3.1 Persoonsgegevens

De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 40,8 jaar; er zijn 36 (19,7%) mannelijke en 147 (80,3%) vrouwelijke patiënten. De patiënten zijn als groep relatief hoog opgeleid: 35,0% van de patiënten heeft hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs genoten, 41,0% heeft een MBO-opleiding. Het grootste deel van de patiënten (68,3%) heeft betaald werk en werkt gemiddeld 29,6 uur per week [SD 10,4:4-60].

Gezondheidsprobleem bij aanvang

Patiënten zijn ingedeeld in de categorieën: stressgerelateerde klachten (48,6%), overspanning/surmenage en burn-out (25,1%) en angst- en panieklachten en hyperventilatie (24,0%). De meeste patiënten zijn geklasseerd onder de VNZ-pathologiecode psychosomatische aandoeningen (83,6%). De code 'Hyperventilatie zonder longpathologie' werd gegeven aan 13,1% van de patiënten. Iets minder dan de helft van de patiënten (48,6%) had langer dan zes maanden de huidige gezondheidsproblemen, 30,6% (veel) langer dan een jaar en 10,9% vijf jaar of langer. Ruim de helft van de patiënten (53,0%) gaf aan dat de gezondheidsproblemen recidiveerden of chronisch aanwezig waren. 94 Patiënten waren al eerder behandeld voor de huidige gezondheidsproblemen waarvan 39 patiënten door een psycholoog, 48 door een reguliere fysio- of oefentherapeut, 8 door een (andere) psychosomatisch werkende fysio- of oefentherapeut, 3 door maatschappelijk werk en 20 door andere hulpverleners zoals een chiropractor, psychiater, homeopaat of arbeidstherapeut.

• Door patiënt ervaren externe stressoren

De bij de intake meest frequent genoemde ernstige externe stressoren (stressoren in de omgeving) zijn stressoren die te maken hebben met de dagelijkse bezigheden als het huishouden, arbeid, sport of opleiding. Deze stressoren zijn aangegeven door 61,7% van de patiënten. Daarna volgen de 'gezinsomstandigheden' (partner, kinderen) met 38,3%, 'familieomstandigheden' met 36,1% en lichamelijke problemen als ziekten of aandoeningen worden genoemd door 20,2% van de patiënten.

Rond de 10% van de patiënten benoemt als ernstige externe stressoren zaken als 'andere relaties' (9,3%), 'leefomstandigheden' (12,6%) en 'financiële zaken' (10,9%). Juridische zaken, zoals een lopende schadeclaim, spelen bij 6 patiënten (3,3%) een rol.

Er konden meerdere externe stressoren tegelijk worden aangegeven. Gemiddeld werden per patiënt 1,9 (SD 1,0) externe stressoren aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

De helft van de patiënten (50,3%) geeft aan dat er bovendien, naast de huidige stressoren, ernstige stressoren uit het verleden zijn die nog steeds opspelen.

• Interne stressoren: Disfunctionele Cognities

Het merendeel van de patiënten (56,8%) heeft last van wat is benoemd als 'moetisme': het gevoel van alles moeten doen, klaar moeten hebben. Een negatief zelfbeeld kwam naar voren bij 45,4% van de patiënten. Disfunctionele illness-beliefs (onjuiste, herstelbelemmerende ideeën en opvattingen over de ervaren gezondheidsproblemen) kwamen voor bij 25,7% van de patiënten en een pessimistische kijk op het leven bij 15,3%. Door 6,0% van de patiënten zijn problemen benoemd die niet duidelijk zijn in te delen.

Gemiddeld werden per patiënt 1,5 (SD 0,9) disfunctionele cognities aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 4).

• Interne stressoren: Disfunctionele Emoties

Bij het merendeel van de patiënten (54,6%) bleek sprake te zijn van ingehouden emoties als ergernissen en boosheid. Ook had een hoog percentage (51,9 %) last van een overmatig gevoel van verantwoordelijkheid. Dit bleek een significante samenhang te hebben met de disfunctionele cognitie 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,000$).

Bij 48,6% van de patiënten speelden verdrongen emoties als faalangst, angst, woede, verdriet en onverwerkte rouw een rol. Ruim eenderde (42,6%) had weinig zelfvertrouwen en 32,2% had last van schaamte, schuldgevoelens, gekrenkte trots en 'oud zeer'. Onder de rubriek 'anders' (11 patiënten, 6,0%) werden omschrijvingen geplaatst als 'ontbreken van perspectief' in het leven of op het werk.

Gemiddeld werden per patiënt 2,4 (SD 1,2) disfunctionele emoties aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

• Interne stressoren: Disfunctioneel Gedrag

Disfunctioneel omgaan met problemen, zoals zichzelf forceren of roofbouw plegen op zichzelf, komt voor bij 53,6% van de patiënten. Dit hangt ook nauw samen met de disfunctionele cognitie 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,001$).

Moeite om grenzen te voelen en aan te geven: subassertiviteit komt voor bij 62,3%. Ook deze gedragsvorm vertoont een samenhang met 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,002$). Perfectionisme, het hanteren van een hoog streefniveau, komt voor bij 55,2%, en hangt zowel samen met (cognitie) 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,000$) als met (andere disfunctionele gedragingen) 'moeite met probleemcoping, rooibouw - perfectionisme' (Chi kwadraat, $p=0,025$). 'Moeite met grenzen aangeven' en 'perfectionisme' bleken niet samen te hangen. Disfunctioneel omgaan met emoties zoals door deze te bagatelliseren, komt voor bij 41,0%. Disfunctioneel omgaan met de gezondheidsklachten zoals dat zich kan uiten in fixatie daarop negeren of overdrijven, komt voor bij 29,0% van de patiënten. Een externe locus of control (vinden dat anderen jouw problemen moeten oplossen) komt bij deze patiëntengroep relatief weinig voor: bij 6,6%. Gemiddeld werden per patiënt 2,5 (SD 1,1) disfunctionele gedragsaspecten aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

3.2 Behandeling

De meest frequent toegepaste behandelvorm was 'Therapeutisch lichaamswerk' (95,1%), gevolgd door 'Cognitieve gedragstherapie' (92,9%), 'Psycho-educatie' (82,5%) en 'Taakgerichte hulpverlening' (78,1%). Bij patiënten met overspanning/burn-out werd relatief vaak taakgerichte hulpverlening toegepast en bij patiënten met angststoornissen/hyperventilatie relatief weinig. De therapeut paste bij op één na alle patiënten een combinatie van behandelvormen toe. Bij 58,5% van de patiënten werden alle vier de onderscheiden behandelvormen toegepast, bij 32,2% drie onderscheiden behandelvormen en bij 8,7% twee van de onderscheiden behandelvormen. Gemiddeld zijn er 11,2 behandelzittingen gegeven met een duur van 40,6 minuten (30-60 minuten). Bij 155 patiënten werd als reden voor de beëindiging van de behandeling aangegeven dat de behandeldoelen waren gerealiseerd. Bij 11 patiënten werd de behandeling gestaakt omdat de zorgverzekering verdere behandelingen niet vergoedde. 16 Patiënten hadden een andere reden.

Resultaten behandeling

* 4-DKL

De Distress-score wordt als het meest belangrijk beschouwd. Bij de beginmeting hebben 90 patiënten een Distress-score >20 , hetgeen wijst op overspanning/surmenage. Bij afsluiting van de behandeling hadden 5 patiënten een score van >20 op de Distress-score. Bij het vergelijken van de beginmeting (T_0) met T_1 bij afsluiting van de behandeling werd er een significant en klinisch relevant verschil gevonden op alle afzonderlijke dimensies ($p=0,000$). In alle gevallen betrof het een vermindering van de klachten. Tijdens de follow-upmeting (T_2) werd er bij 1 patiënt een score van >20 op de Distress-score gevonden. Op alle afzonderlijke dimensies bleek de score significant te veranderen over de drie meetmomenten ($p=0,000$).

* SF36/RAND36

Bij T_0 geven de patiënten de meeste problemen aan op de dimensies 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door fysieke problemen', 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door emotionele problemen' en 'Vitaliteit'. Bij vergelijken van T_0 met T_1 is een significant en klinisch relevant verschil gevonden op alle afzonderlijke dimensies ($P=0,000$). Bij T_2 was de mediaanscore >80 punten op alle dimensies met uitzondering van 'Vitaliteit'. Waarden over alle dimensies zijn statistisch significant veranderd over de drie meetmomenten.

* VAS-klachten

De mediaanscore van de patiënten is bij T_0 8,0 [2,0-10,0]. Deze score geeft aan dat de patiënten hun klachten gemiddeld als 'heftig', 'zwaar' ervaren. Bij T_1 is deze mediaanscore 3,0. [0,0-9,0]. Er is een significant en klinisch relevant verschil tussen T_0 en T_1 ($p=0,000$). De mediaanscore is bij T_2 2,0 [0-9,0]. De VAS-scores verschillen significant over de drie meetmomenten ($p=0,000$).

*** MAF**

De mediaanscore is bij T₀ 6,0 [0,0-10,0]. Deze score geeft aan dat de patiënten hun algemeen functioneren gemiddeld als (net) voldoende beoordelen. Bij T₁ is deze score 8,0 [4,0-10,0]. Er is een significant en klinisch relevant verschil tussen T₀ en T₁ (p=0,000). Bij T₂ was de mediaanscore 8,2 [5,0-10,0]. Er is een significant verschil tussen de drie meetmomenten (p=0,000).

*** MBI**

De MBI is afgenomen bij 56 patiënten bij wie een burn-out werd vermoed. Een burn-out wordt gedefinieerd bij een score op de dimensies 'Emotionele uitputting' >21, in combinatie met of een score op de dimensie 'Depersonalisatie' >11 of een score op de dimensie 'Persoonlijke bekwaamheid' <24 of met beide. Bij 16 van de 56 patiënten (28,6%) is er bij T₀ een burn-out en bij 2 patiënten is er bij T₁ sprake van een burn-out. Bij T₂ had geen enkele patiënt een score >21 op deze dimensie c.q. had geen enkele patiënt een burn-out. Op alle dimensies zijn er significante en klinisch relevante verbeteringen in de tijd (p=0,000).

*** NHL**

De NHL is afgenomen bij 56 patiënten bij wie hyperventilatie werd vermoed. De mediaanscore voor deze groep is 24 [0-55]. Een score van >23 wijst op een grote mate van zekerheid dat de patiënt lijdt aan hyperventilatie. Deze score kwam bij 30 patiënten voor bij T₀ en bij 4 patiënten bij T₁ en T₂. Bij T₁ was de mediaanscore 5 [0-33]; een significante en klinisch relevant verschil (p=0,000). Bij T₂ was de mediaanscore 6,5 [0-30]. De scores op de drie meetmomenten bleken significant te verschillen over de drie meetmomenten (p=0,000).

*** Mening patiënt**

Bij het afsluiten van de behandeling geeft 90,1% van de patiënten aan dat de gezondheidsproblemen sterk zijn verbeterd. Geen van de patiënten meldt verslechtering of ontbreken van verandering ten opzichte van T₀. Bij T₂ geeft 79,5% aan dat de gezondheidsproblemen zijn verbeterd sinds het einde van de behandeling. Bij 85 patiënten is er sprake van een sterke verbetering, bij 20 van een matige verbetering en bij 23 van een lichte verbetering. 30 Patiënten rapporteren geen verandering, 2 patiënten zijn van mening dat de klachten licht verslechterd zijn en 1 patiënt is van mening dat de klachten matig verslechterd zijn.

*** Arbeidsverzuim**

Bij T₀ hadden 55 patiënten met een betaalde baan arbeidsverzuim in de voorgaande vier weken vanwege hun klachten. Het verzuim bedroeg gemiddeld 26,8 uur per week [SD10,2:8-50]. Bij T₁ hadden nog 23 patiënten arbeidsverzuim in de vier voorafgaande weken; gemiddeld 17,7 uur per week [SD 8,2:6-36], een significant en klinisch relevant verschil. Bij de follow-up hadden 124 patiënten een baan van gemiddeld 28,8 uur per week, van wie er 8 over de laatste vier weken arbeidsverzuim hebben gehad van gemiddeld 15,8 uur/week [SD 13,0: 2-36]. De veranderingen in arbeidsverzuim over de drie meetmomenten zijn significant (p=0,000). In de groep met spanningsklachten waren aanvankelijk 17 patiënten met arbeidsverzuim in de voorgaande vier weken door de klachten, in de groep met overspanning/surmenage 28 patiënten en in de groep met angststoornissen/hyperventilatie 10 patiënten. Bij alle drie de groepen was dat verzuim afgenomen, zowel wat betreft het aantal mensen met verzuim als het gemiddelde aantal verzuimde uren per week.

*** Medicijngebruik**

In totaal hebben 47 patiënten bij T₀ medicatie voor de klachten. Bij T₁ zijn dat 21 patiënten, een significante afname (p=0,000). Bij T₂ gebruiken nog 16 patiënten medicatie, 1 patiënt gebruikt meer dan één soort medicatie.

*** Andere hulpverleners**

12 Patiënten zijn bij T₀ ook in behandeling bij andere hulpverleners. Bij T₁ zijn dat 7 patiënten: 3 patiënten bij een psycholoog, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een fysiotherapeut en 2 bij maatschappelijk werk en fysiotherapeut. Bij T₂ zijn 5 patiënten in behandeling bij een andere hulpverlener: 1 bij een psycholoog, 1 bij maatschappelijk werk, 1 bij een psychiater, 1 patiënt

gaat twee keer per week naar een dagopname en 1 patiënt wordt behandeld door een fysiotherapeut voor rugklachten.

4 Nabeschouwing

* **Vergelijking patiëntenpopulatie PSOT en algemeen Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck**

Conclusie: de PSOT-patiëntenpopulatie betreft een specifieke subpopulatie wat betreft gezondheidsprobleem en aandoening(en) enerzijds (stressgerelateerd, met externe en interne stressfactoren in het algemeen op complexiteitsniveau Cx3), het (hoge) opleidingsniveau en het hebben van een (veel uren omvattende) betaalde baan anderzijds, ten opzichte van de algemene populatie patiënten van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. De subpopulatie patiënten behoort wel tot de reguliere patiënten van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en hun aandoeningen vallen binnen de gebruikelijke VNZ-diagnosecodering.

* **Beperkingen in het patiëntgericht onderzoek**

Gegevens zijn verkregen van 183 patiënten, op drie meetmomenten: bij de start van de behandeling, bij afsluiting en drie maanden daarna. Van 38 andere patiënten zijn gegevens verkregen van de eerste meting, maar deze patiënten waren aan het eind van de registratieperiode van dit onderzoek nog niet uitbehandeld (n=5) of zijn om uiteenlopende redenen uitgevallen (n=33). Bij vergelijking van de patiënten die wel en niet in de analyses zijn opgenomen bleek dat er geen verschil was tussen de patiënten van wie gegevens op alle drie de meetmomenten zijn verkregen en deze groep: er heeft geen selectieve uitval plaatsgevonden.

* **Bewijskracht onderzoek**

De conclusie op basis van de resultaten luidt: Er is beperkt bewijs dat (er zijn aanwijzingen dat) een behandeling PSOT bij patiënten met verschillende vormen van stressgerelateerde klachten, met symptomen van overspanning/burn-out of van angst- en paniekstoornissen inclusief daarmee samenhangende hyperventilatie, gunstige effecten heeft op de klachten en symptomen, de kwaliteit van leven, het functioneren, het arbeidsverzuim en de inname van medicatie. En dat deze effecten na afloop van de behandeling blijven voortduren en zelfs nog iets zijn verbeterd bij de follow-up na drie maanden (niveau 3 bewijs: bewijskracht C).

Dit niveau van bewijs is op dit moment het hoogst haalbare bewijsniveau (zie Piramide van Evidentie).

* **Gevonden bewijs effectiviteit interventies en geregistreerde interventies**

De conclusie is dat de PSOT in de behandeling van de verschillende diagnosegroepen de evidentie voor behandelinterventies in de literatuur volgt.

De PSOT lijkt de minder complexe patiënten vanuit de in de literatuur onderscheiden diagnosegroepen te behandelen: niet zozeer patiënten met burn-out maar voornamelijk degenen met werkgerelateerde overspanning en geen patiënten met ernstige angst- en paniekstoornissen, maar patiënten met hyperventilatie op basis van stress, waarin gevoelens van angst meespelen.

* **Interventies PSOT tegen de achtergrond van beroepscompetenties en -bevoegdheden**

De conclusie is dat de ene patiënt vanuit de aard en ernst van de problematiek meer gebaat zal zijn bij - of meer 'openstaat' voor - interventies door de psycholoog, en een andere patiënt, met andere accenten in de problematiek en minder ernstige, minder 'psychiatrische' aspecten, voor interventies door PSOT.

De conclusie is dat op basis van de Beslisboom een indicatie PSOT of algemene Oefentherapie moet worden gesteld en dat patiënten met matig complexe psychosomatische problematiek gebaat zijn met PSOT-interventies die door een daarin gespecialiseerde oefentherapeut/PSOT moeten worden gegeven.

De conclusie is dat PSOT bij daarvoor geïndiceerde patiënten aanvullend zou kunnen zijn op de behandeling door de huisarts.

5 Aanbevelingen

De verzamelde gegevens beschrijven (voor het eerst) op systematische wijze de patiëntenpopulatie, (het verloop in de tijd van) de scores van de patiënten op de meetinstrumenten en de werkwijze en door de therapeuten gehanteerde interventies PSOT. Deze gegevens kunnen als basis voor verder patiëntgericht onderzoek fungeren. Aanbevolen onderwerpen voor verder onderzoek zijn:

- kwalitatief onderzoek bij patiënten met een indicatie PSOT en patiënten met een indicatie voor algemene Oefentherapie Cesar of Mensendieck;
- (gecontroleerd) vergelijkend onderzoek naar effecten van behandeling door een Psychosomatisch Oefentherapeut en een algemeen opgeleide Oefentherapeut van patiënten met complexiteitsniveau 2;
- beschrijvend onderzoek naar de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch werkende Fysiotherapeuten in vergelijking met de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch Oefentherapeuten.

PROJECTLEIDER

Dr. C.D. (Dorine) van Ravensberg, programmaleider 'Kwaliteit en Doelmatigheid Paramedisch Zorg' bij het NPi te Amersfoort.

Nadere informatie kan verkregen worden via: vanRavensberg@paramedisch.org.

REFERENTIE

Ravensberg C.D. van, Berkel D.M. van. Patiëntgericht onderzoek naar de effecten van Psychosomatische Oefentherapie (PSOT). Herhaalde metingen bij 183 patiënten. Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) - Amersfoort / Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) / Platform Psychosomatiek van de VvOCM - Utrecht, februari 2011.

Amersfoort, maart 2011
Nederlands Paramedisch Instituut
Postbus 1161
3800 BD Amersfoort
tel.: 033 4216100
e-mail: npi@paramedisch.org