



“Samen staan wij sterk”

Een onderzoek naar de kennis en bekendheid van psychomotorische therapie bij eerstelijns fysiotherapeuten binnen de gemeente Bronckhorst.

Naam student	: Fleur Langeweg
Naam begeleider	: Paul Verschuur
Naam beoordelaar	: Sandra Verbeeten
School	: Christelijke Hogeschool Windesheim
Opleiding	: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie
Datum	: 01-07-2013

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek naar de kennis en bekendheid van psychomotorische therapie bij eerstelijns fysiotherapeuten.

De aanleiding voor dit onderzoek is, dat ik continu, mijn vakgebied moet uitleggen aan mensen. Daardoor heb ik ontdekt dat psychomotorische therapie bij veel mensen geen bekend beroep is in vergelijking met fysiotherapie.

Vanuit deze gedachten is mijn interesse ontstaan om te onderzoeken wat de daadwerkelijke bekendheid van psychomotorische therapie is en hoe fysiotherapeuten hier tegen aan kijken.

In dit onderzoek zal blijken of fysiotherapeuten het vak psychomotorische therapie kennen en hoe zij er tegen aankijken. Daarnaast wil ik de geïnterviewden informatie geven en het vak promoten.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst de acht fysiotherapeuten die ik heb mogen interviewen. Daarnaast wil ik mijn scriptie begeleider Paul Verschuur en mijn familie en vriend(en) voor de ondersteuning bedanken. Mijn speciale dank gaat uit naar Michiel Oerbekke, die er mede voor gezorgd heeft dat dit verslag tot stand is gekomen.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to examine how physical therapists are taking cognizance of psychomotor therapy.

Theoretical border: Psychomotor therapy is a treatment for patients with psychological problems targeting body experience and behavioral changes. Physical therapy is applied when patients experience physical complaints. The psychomotor therapy is focussed on psychological problems then physical therapy is.

Methods: There was a focusgroup and there were interviews conducted among the sample. Interviews were recorded with an audiorecorder and summarized in text.

Results: Physical therapists think that psychomotor therapy is an addition to their practice. They also believe that they don't have the skills to treat patients with psychological problems. It was also found that the term psychomotor therapy does not carry the same weight as the term psychologist.

Discussion: The focusgroup was not useful for data collection. Therefore individual interviews were conducted.

Conclusion: Physical therapists see psychomotor therapy as an addition to their practice. They admit not having the skills needed to treat patients with psychological problems. Physical therapists do see problems with having a psychomotor therapist in their practice. They suggest there are invoice problems with psychomotor treatments being paid by insurance companies and psychomotor therapists will have problems creating a fulltime job in clinical practices.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	pagina 2
Abstract.....	pagina 3
1. Inleiding.....	pagina 5
2. Theoretisch kader.....	pagina 6
Psychomotorische therapie.....	pagina 6
Fysiotherapie.....	pagina 7
Psychosomatische fysiotherapie.....	pagina 8
Artikelen.....	pagina 8
3. Methode.....	pagina 11
4. Resultaten.....	pagina 13
5. Discussie.....	pagina 15
6. Conclusie.....	pagina 16
7. Aanbevelingen.....	pagina 18
8. Literatuurlijst.....	pagina 19
Bijlagenoverzicht.....	pagina 21
Bijlage 1.....	pagina 22
Bijlage 2.....	pagina 24

1. Inleiding

Volgens Wams, directeur van het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), zijn er nog altijd patiënten die de nodige zorg niet ontvangen, omdat verwijzers onbekend zijn met de specifieke deskundigheid van de paramedici (Baks, 2008). Met een adequate inzet is gezondheidswinst te boeken en daarom levert dat een hogere kwaliteit van leven op voor de patiënt (Baks, 2008). In reeds genoemde uitspraak werd gesproken over paramedici. Ook een psychomotorisch therapeut valt onder paramedici, omdat een psychomotorisch therapeut kenmerken heeft van paramedici. Het betreft namelijk een vierjarige HBO- beroepsopleiding en de opleiding is een wettelijk erkende hogere beroepsopleiding. Psychomotorisch therapeuten hebben een eigen deskundigheidsterrein en beschikken over een functionele zelfstandigheid (Medisoft BV, 2008). Vanuit de kant van de overheid wordt benadrukt dat de efficiëntie in de zorg nog verder verhoogd moet worden. In dat kader wordt meer nadruk gelegd op het beter organiseren van een goed zorgaanbod in de buurt (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg [NIVEL], 2013).

Psychomotorische therapie kan volgens de Nederlandse Vereniging Voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) een toevoeging zijn voor het ontwikkelen van een breed, zorgvuldig en optimaal zorgaanbod. Dit omdat psychomotorisch therapeuten werken met eigen therapeutische middelen, waaronder conflictgerichte en oefengerichte benaderingen (Nederlandse Vereniging Voor Psychomotorische Therapie [NVPMT], 2009; Petzold 1998). Ook ervaringsgericht werken is belangrijk (Emck, 2001). Hierbij spelen gedachten, gevoelens en gedrag een belangrijke rol. Een psychomotorisch therapeut is in staat om haar onderdeel te leveren aan de totale behandeling, omdat zij middels reeds genoemde therapeutische middelen betrekking hebben op het verloop van de therapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen [FVB], 2010).

Na gesprekken met diverse fysiotherapeuten in de gemeente Bronckhorst, blijkt dat er nog geen gebruik wordt gemaakt van een psychomotorisch therapeut in een eerstelijns fysiotherapie praktijk. Om te achterhalen hoeveel geregistreerde psychomotorisch therapeuten werkzaam zijn, is een inventarisatie gedaan naar het aantal geregistreerde psychomotorisch therapeuten in de provincie Gelderland. Uit deze inventarisatie blijkt dat er negentien psychomotorisch therapeuten geregistreerd staan in de provincie Gelderland, waarvan er geen enkele gevestigd is in de Achterhoek (FVB, 2010). Vandaar dat er gekozen is voor dit onderzoek, met als doel de kennis en bekendheid van psychomotorische therapie bij fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de gemeente Bronckhorst te onderzoeken.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe kijken fysiotherapeuten aan tegen psychomotorische therapie als onderdeel van een eerstelijns fysiotherapie praktijk binnen de gemeente Bronckhorst?

Leeswijzer

Het onderzoek is als volgt opgebouwd: eerst wordt een theoretische onderbouwing gegeven over psychomotorische therapie, fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie waarbij er gebruik wordt gemaakt van diverse artikelen. In het verslag is een keuze gemaakt om geen specifieke doelgroep uit te lichten, omdat diverse mensen in aanmerking kunnen komen voor psychomotorische therapie, fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie.

Daarna wordt er beschreven hoe het onderzoek is opgebouwd en welke methoden daarvoor gebruikt zijn. Aan de hand daarvan wordt beschreven hoe de informatie verzameld en verwerkt is. Daarop volgend komen de resultaten en wordt er beschreven hoe het onderzoek is verlopen. Aansluitend wordt de conclusie beschreven en worden er aanbevelingen gedaan. Tot slot zijn er een literatuurlijst en bijlagen.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt nader uitgelegd wat psychomotorische therapie, fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie is. Allereerst wordt een korte uitleg gegeven over de functies en taken van de psychomotorische therapeut, de fysiotherapeut en vervolgens de psychosomatische fysiotherapeut. Daaropvolgend is te lezen wat er wordt gezegd over deze begrippen in een aantal artikelen die aansluiten bij de vraagstelling. De keuze om psychosomatische fysiotherapie nader toe te lichten is, omdat dit vakgebied overeenkomsten heeft met psychomotorische therapie, maar wel als onderdeel toebehoort tot de fysiotherapie.

Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) werd in de jaren 50 gezien als bewegingstherapie. De jaren daarop werd steeds meer nadruk gelegd op het (bewegings)gedrag en lichaamsbeleving. Zodoende werd er vanaf 1975 gesproken van psychomotorische therapie (De Lange, 1998).

Psychomotorische therapie wordt toegepast als behandelvorm voor mensen met psychische problemen. Zoals in de inleiding is beschreven, wordt er bij psychomotorische therapie gebruik gemaakt van conflictgerichte, oefen gerichte benaderingen en ervaringsgericht werk (Emck, 2001 ; Petzold , 1998). De doelgroep bij psychomotorische therapie bestaat uit een breed scala van diverse aandoeningen en personen. Dit betekent dat kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen in aanmerking kunnen komen voor deze vorm van therapie. Het probleem dat deze doelgroep voornamelijk ervaart is dat zij een psychische problematiek hebben.

Werkwijze/behandeling

De therapeut probeert door middel van beweging en verbale communicatie de psychische problematiek op te heffen of te verminderen. Om een behandeling op maat aan te bieden, wordt aan de hand van een intake, een diagnose opgesteld. Daarin staat onder andere de hulpvraag van de patiënt, die een belangrijke leidraad zal zijn voor de behandeling. Dit betekent dat de therapeut in staat is om activiteiten aan te bieden waarbij specifieke belevingen en gedragingen opgeroepen kunnen worden.

Er kunnen interventies ingezet worden die gericht zijn op bewegingsgeoriënteerde methodieken of lichaamsgeoriënteerde methodieken (FVB, 2008).

Een psychomotorisch therapeut is werkzaam binnen diverse werkvelden. Over het algemeen werken zij in een instelling voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking of binnen de gezondheidszorg. Voorbeelden van werkplekken zijn: revalidatiecentra, ziekenhuizen, particuliere praktijken, fysiotherapiecentra, speciaal onderwijs, opvanghuizen of justitiële inrichtingen (NVPMT, 2009).

Vergoedingen

Er is geen verwijzing van de huisarts nodig voor psychomotorische therapie.

Volgens het beroepsprofiel van de NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kinder Therapie), valt psychomotorische therapie onder alternatieve geneeswijzen en/of psychosociale zorg. De behandelingen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Maar worden in sommige gevallen vergoed vanuit de aanvullende verzekering onder de titel vaktherapie. De vergoeding is afhankelijk van de dekking in de aanvullende verzekering en verschilt per verzekeraar. Daarbij moeten mensen rekening houden dat sommige zorgverzekeraars het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie (PMT) bij elkaar optellen (Intraverte, 2008).

Om als (zelfstandig) psychomotorisch therapeut aan de slag te kunnen gaan, kan men zich aanmelden bij het HBO register beroepsbeoefenaren natuurlijke gezondheidszorg (RBNG). Op die manier ben je verzekerd van een onafhankelijk tuchtrecht. Ook kan men zich aanmelden bij de Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB). Dit register valt onder de Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Wanneer men zich hier registreert voldoet men aan de kwaliteitscriteria die zijn gesteld (Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen [SRVB], 2013)

Fysiotherapie

Fysiotherapie werd rond 1849 gezien als medische gymnastiek. Vanuit deze term is het beroep fysiotherapie ontwikkeld. Vanaf 1947 werden de eerste examens afgelegd onder 'psysiotekniek'. In 1942 ontstond de eerste wettelijke erkenning. Fysiotherapie wordt toegepast als behandelvorm voor mensen met lichamelijke klachten. De fysiotherapeut kijkt samen met de patiënt naar de wensen, de lichamelijke situatie en de mogelijkheden (KNGF, 2005).

Fysiotherapie is een behandelvorm voor diverse patiënten. Dit betekent dat zowel jong als oud in aanmerking kunnen komen voor deze vorm van behandeling. Naast het verschil in leeftijden wordt er ook onderscheid gemaakt in levensfasen en hulpbehoeften. Fysiotherapeuten willen ervoor zorgen dat mensen kunnen blijven participeren in het arbeidsproces (KNGF, 2005).

Werkwijze/behandeling

Een patiënt kan doorverwezen worden door een arts of komt rechtstreeks naar de praktijk. Volgens een geïnterviewde fysiotherapeut neemt hij eerst een anamnese en een fysiotherapeutisch onderzoek af. Aan de hand van deze gegevens analyseert de fysiotherapeut het probleem en wordt een diagnose geformuleerd. Uiteindelijk wordt een behandelingsplan opgesteld en wordt de patiënt volgens dit plan behandeld. Na een aantal behandelingen evalueert de fysiotherapeut de resultaten en wordt de behandelperiode afgesloten of vervolgd. Belangrijk bij deze methodische behandeling is de interactie tussen de fysiotherapeut en de patiënt.

Fysiotherapie kent veel deelgebieden. Naast de algemene fysiotherapeut bestaan er ook sportfysiotherapeuten, bekkenfysiotherapeuten, manuele therapeuten, kindfysiotherapeuten en oedeemfysiotherapeuten (KNGF, 2005).

Een fysiotherapeut kan werkzaam zijn binnen sportcentra, zorginstellingen als ziekenhuizen en revalidatiecentra of binnen eerstelijns fysiotherapiepraktijken.

Vergoeding

Er is geen verwijzing nodig van de huisarts voor fysiotherapie. Per januari 2006 kunnen de patiënten rechtstreeks naar een fysiotherapeut kunnen gaan. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat 58% van de panelleden weet dat de fysiotherapeut zonder verwijzing bezocht kan worden (Leemrijse, Swinkels, Pisters, De Bakker & Veenhof, 2008).

De fysiotherapeuten mogen zelf hun tarieven bepalen. Daarnaast geldt een regel dat men aanvullend verzekerd moet zijn om recht te hebben op fysiotherapie. Bij patiënten met een chronische indicatie wordt fysiotherapie vergoed vanaf de twintigste behandeling of de eerste achttien behandelingen voor jongeren tot 18jaar.

Om als fysiotherapeut aan de slag te gaan kan men zich aanmelden bij de wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, n.d.).

Het BIG register is een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Alleen geregistreerde personen mogen de beroepstitel voeren en alleen voor hen geldt een wettelijk tuchtrecht. Fysiotherapeuten kunnen zich alleen inschrijven als zij hebben voldaan aan alle wettelijk vastgestelde voorwaarden. Om in het BIG register te blijven moet men zorgen dat het niveau van kennis en vaardigheden op peil blijft. Daarnaast kan men zich aanmelden bij het Centraal Kwaliteitsregister (CKR). In dit register voldoen de fysiotherapeuten aan de kwaliteiten die gesteld zijn door het KNGF. De CKR heeft in samenwerking met het Begeleidsorgaan Centraal Kwaliteitsregister(BOCK), drie verschillende onderdelen waar men aan moet houden om het kwaliteit te bevorderen. Deze onderdelen bestaan uit het vakinhoudelijke deel, het kwaliteitsdeel en het basisdeel met daarin verschillende eisen waaraan de fysiotherapeut zich moet voldoen (KNGF, 2012).

Psychosomatische fysiotherapie

Zoals eerder genoemd kent fysiotherapie deelgebieden als sportfysiotherapeuten, bekkenfysiotherapeuten, manuele therapeuten, kinderfysiotherapeuten of oedeemfysiotherapeuten. Ook kan men na de basis opleiding fysiotherapie een opleiding volgen tot psychosomatische fysiotherapeut.

Een psychosomatische fysiotherapeut is gespecialiseerd in het onderzoeken en behandelen van psychosomatische klachten, zoals onder andere hoofdpijnlachten, chronische pijn klachten en hyperventilatie.

In 1983 is de opleiding psychosomatische fysiotherapie ontstaan na constatering van onvoldoende begeleiding voor casussen met psychische factoren en psychosociale context. Er werd namelijk geconstateerd dat deze factoren invloed hebben op het klachtenpatroon en herstelproces daarvan (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek [NFP], 2009).

Een psychosomatische fysiotherapeut houdt zich bezig met de lichamelijke klachten in combinatie met psychofysiologische en gedragsmatige kenmerken. Dit betekent dat een psychosomatische fysiotherapeut zich richt op het zelfsturende vermogen en op het lichaamsbewustzijn van de cliënt. Er worden interventies ingezet waarbij de cliënt stil gaat staan bij de lichamelijke en psychologische componenten. Om dit te waarborgen maakt de psychosomatische fysiotherapeut gebruik van ontspanningsmethoden, lichaamsgerichte methoden en diverse bewustwordingsmethodieken.

Een psychosomatische fysiotherapeut kan werkzaam zijn binnen een eerstelijns, tweedelijns of derdelijn gezondheidszorg zoals revalidatiecentra.

Vergoeding

Psychosomatische fysiotherapie wordt door alle zorgverzekeraars vergoed in de aanvullende verzekering. Sinds 1 januari 2006 is een psychosomatisch fysiotherapeut direct toegankelijk. Dit geeft voor de marktperspectief van de psychosomatische therapeut kansen en bedreigingen. Zo staat er in het beroepsprofiel van de psychosomatische therapeut benoemd dat er meerdere spelers op de markt komen die aansluiten bij de psychosomatische therapeut. Daarin noemen zij eerstelijns psychomotore therapeuten en lichaamsgerichte psychologen. In het profiel benoemen ze daarbij dat ze als psychosomatische therapeut daarop moeten anticiperen (NFP, 2009).

Artikelen

Er is gezocht naar artikelen die aansluiten bij de hulpvraag. In de hulpvraag wil men te weten komen hoe fysiotherapeuten aankijken tegen psychomotorische therapeuten als onderdeel van een eerstelijns fysiotherapiepraktijk binnen de gemeente Bronckhorst.

Om aan informatie te komen zijn onder andere de volgende databanken geraadpleegd.

Databank	Zoektermen	Aantal hits
PubMed	Psychomotor therapists physiotherapist	60
	Physiotherapist psychosomatic physiotherapist	13
	Psychomotor therapy psychosomatic therapy	3
Google Scholar	Paramedical professions physiotherapy	12
	Psychomotorisch therapeut fysiotherapeut	292
	Psychomotorisch therapie fysiotherapie samenwerking	175
	Fysiotherapie psychosomatische therapie samenwerking	218
	Psychomotorisch therapeut psychosomatische fysiotherapeut	8
	Samenwerking paramedische beroepen eerste lijn	210
HBO Kennisbank	Bekendheid PMT	4
	Paramedische beroepen	4
	Fysiotherapie samenwerking	24
	Psychosomatische therapie	9
Narcis	Psychomotorische therapie fysiotherapie	3

	Fysiotherapie psychosomatische therapie	1
	Samenwerking paramedische beroepen	2
	Samenwerking fysiotherapie	40
Picarta	Psychomotor therapy physiotherapy	5
	Fysiotherapeut psychosomatisch fysiotherapeut (ook in Engelse zoekterm)	0
	Psychomotorische therapie psychosomatische therapie (ook in Engelse zoekterm)	0
	Paramedische beroepen	88
	Paramedische beroepen fysiotherapie	9
SpringerLink	Fysiotherapie samenwerking	322
	Psychomotorisch therapeut fysiotherapeut	6
	Fysiotherapeut psychosomatisch fysiotherapeut	11
	Samenwerking paramedische beroepen	47
	Fysiotherapie paramedische beroepen	25

Uit bovenstaande overzicht blijkt dat er het één en ander is gepubliceerd. Echter geven bovenstaande hits niet de informatie die direct betrekking hebben tot de vraagstelling. De uiteindelijke gevonden artikelen die enigszins overeenkomen met de vraagstelling worden hieronder beschreven.

Zoals in de inleiding is beschreven zijn er volgens Wams nog altijd patiënten die de nodige zorg niet ontvangen, omdat verwijzers onbekend zijn met de specifieke deskundigheid van de paramedici (Baks, 2008). Met een adequate inzet is gezondheidswinst te boeken en daarom levert dat een hogere kwaliteit van leven op voor de patiënt (Baks, 2008). In reeds genoemde uitspraak werd gesproken over paramedici. Ook een psychomotorisch therapeut valt onder paramedici, omdat een psychomotorisch therapeut kenmerken heeft van paramedici. Het betreft namelijk een vierjarige HBO- beroepsopleiding en de opleiding is een wettelijk erkende hogere beroepsopleiding. Psychomotorisch therapeuten hebben een eigen deskundigheidsterrein en beschikken over een functionele zelfstandigheid (Medisoft BV, 2008). Vanuit de kant van de overheid wordt benadrukt dat de efficiëntie in de zorg nog verder verhoogd moet worden. In dat kader wordt meer nadruk gelegd op het beter organiseren van een goed zorgaanbod in de buurt (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg [NIVEL], 2013).

Psychomotorische therapie en psychosomatische fysiotherapie hebben enkele overeenkomsten. Zo worden er bij beide gebruik gemaakt van de principe 'denken, voelen en handelen', waarbij de relatie tot bewegend functioneren centraal staat. Dit betekent dat beide vaktherapieën gebruik maken van overeenkomstige lichaamsgerichte, lichaamsgeoriënteerde, cognitieve en verbale interventies, waardoor een nieuw (bewegings)gedrag wordt opgeroepen (NFP, 2009).

Maar volgens Köke liggen de kennis en vaardigheden van het opsporen van psychosociale risicofactoren of het toepassen van gedragsmatige principes niet binnen de huidige opleiding tot fysiotherapeut. De vraag is of dergelijke kennis en vaardigheden wel tot het takenpakket van een fysiotherapeut moeten (gaan) behoren (Köke, 2004).

Uit onderzoek blijkt dat 50% van de patiënten, in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk, een psychische diagnose hebben. Wel zien de fysiotherapeuten vaak de milde vormen van psychische stoornissen. Het verminderen van deze stoornissen is op zich geen behandeldoel binnen de fysiotherapie, maar signalering kan bijdrage aan een adequate aanpak van het gezondheidsprobleem (Van den Berg- Mooij, 2001).

Gerda Jongstra schrijft op FysioNet in een bericht dat twee jaar geleden het bestuur van de NFP heeft gekozen voor een andere koers. Dit voor een expliciete profilering en positioneren van de psychosomatische fysiotherapeut. Dit was nodig, omdat de herkenbaarheid van de psychosomatische fysiotherapeut te beperkt was. De waardering van de inhoud en het gekoppelde tarief van de zorgverzekeraars kwam daardoor onder druk te staan. In het bericht wordt beschreven dat er wordt

gezocht naar manieren om de positie van psychosomatische fysiotherapie in het veld te versterken (Jongstra, 2013).

Uit bovenstaande artikelen blijkt dat er weinig publicatie is omtrent de onderwerpen. De gevonden artikelen geven weer dat fysiotherapeuten zich afvragen of kennis en vaardigheden omtrent psychosociale risicofactoren tot het takenpakket van de fysiotherapie moeten (gaan) behoren. Zo blijkt dat 50% van de patiënten een psychische diagnose hebben, maar dat het verminderen van deze stoornis geen doel is binnen de fysiotherapie.

Ondanks dat de opleiding psychosomatische fysiotherapie in 1983 is ontstaan, blijkt dat er gezocht wordt naar manieren om de positie van de psychosomatische fysiotherapie in het veld te versterken, omdat de herkenbaarheid te beperkt was.

Psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie hebben behalve het verschil in werkzame setting, overeenkomstige eigenschappen. Beide werken met lichaamsgerichte, lichaamsgeoriënteerde, cognitieve en verbale interventies, waardoor een nieuw (beweging) gedrag wordt opgeroepen.

3. Methode

Het onderzoek is opgebouwd uit drie fases. In de eerste fase wordt beschreven welke deelnemers voor het onderzoek ondervraagd zijn en hoe het onderzoek eruit komt te zien. In de tweede fase staat beschreven hoe het interview eruit ziet, welke instrumenten daarvoor gebruikt worden en wat de rol van een focusgroep daarin speelt. In fase drie wordt beschreven hoe de dataverwerking heeft plaatsgevonden. Daarin wordt uitgelegd hoe de interviews zijn uitgewerkt aan de hand van samenvattingen en labels die daaraan gevormd zijn.

Bovenstaande fases zijn gevormd naar aanleiding van de onderzoeksvraag. In de onderzoeksvraag wil men te weten komen hoe fysiotherapeuten tegen psychomotorische therapie aankijken als onderdeel van een eerstelijns fysiotherapiepraktijk binnen de gemeente Bronckhorst.

Fase 1

In deze fase wordt beschreven welke deelnemers er opgenomen zijn en hoe het onderzoeksdesign eruit ziet.

Er zijn acht fysiotherapeuten in de steekproef opgenomen. Deze deelnemers zijn verkregen door een doelgerichte steekproef, dit is een methode waarbij er gericht personen worden benaderd met bepaalde kenmerken (Bakker, Van Buuren, 2009). De vraagstelling luidt dat er wordt onderzocht hoe eerstelijns fysiotherapeuten aankijken tegen psychomotorische therapie. Een doelgerichte steekproef sluit aan bij dit kwalitatief onderzoek, omdat er mensen worden geselecteerd die wat kunnen vertellen over dit onderwerp. Om aan deze deelnemers te komen is een overzicht gemaakt van de dorpen die vallen onder de gemeente Bronckhorst. Daarin is gekeken welke fysiotherapie praktijken er gevestigd zijn in deze dorpen. Uit deze lijst zijn fysiotherapeuten geselecteerd, die vervolgens telefonisch benaderd zijn. In dit gesprek konden ze toestemming geven om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer er toestemming is gegeven, is er vervolgspraken gemaakt en kregen zij per mail een infoblad toegestuurd (FVB, 2008).

Van de acht fysiotherapeuten waren er zeven man en één vrouw. De steekproef bestond uit vier jonge fysiotherapeuten in de leeftijd van 24 en 25 jaar en vier fysiotherapeuten tussen de 42 en 50 jaar. De laatste genoemde groep heeft meer werkervaring.

In de steekproef zitten een sporttherapeut, manueel therapeut en manueel therapeut in opleiding die allen werkzaam zijn in een eerstelijns fysiotherapie praktijk.

Fase 2

In deze fase wordt beschreven welk onderzoeksinstrument gebruikt is en wat de rol van een focusgroep daarin is.

Het is een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van semi gestructureerde interviews (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Een semi gestructureerd interview betekent dat de interview vragen vooraf niet expliciet zijn vastgesteld, maar dat er wordt gewerkt met een onderwerpenlijst (Boeije, 2012). Deze onderwerpenlijst zorgt ervoor dat er in het gesprek ruimte is om te bespreken wat de geïnterviewde wil zeggen en dat er rekening wordt gehouden met de vastgestelde onderwerpen.

Door tijdens interviews open vragen te stellen, kan er worden verwacht meer informatie te kunnen verkrijgen. Het gaat er niet alleen om wat er wordt gevraagd, maar ook de manier waarop het wordt gevraagd (Ranzijn, 2006).

Om in één interview verschillende fysiotherapeuten te kunnen interviewen, is gekozen voor een focusgroep (Bakker & Van Buuren, 2009; Boeije, 2012).

Het eerste gesprek is gekozen voor een focusgroep, deze bestond uit twee fysiotherapeuten. Er was één jonge fysiotherapeut en één ervaren fysiotherapeut aanwezig in de focusgroep. De focusgroep heeft plaatsgevonden tijdens een middagpauze in een rustige en vertrouwelijke kamer.

Vervolgens werden er interviews afgenomen met zes andere fysiotherapeuten. Deze interviews hebben plaatsgevonden in de avonduren in rustige en vertrouwelijke kamers van diverse praktijken.

Er is toestemming verleend om in zowel de focusgroep als de interviews geluidopnames te maken.

Voorafgaande aan het interview en focusgroep wordt er verwacht een half uur nodig te hebben.

De onderwerpenlijst die gebruikt is voor de focusgroep, werd ook gebruik voor de interviews. Deze is te raadplegen via bijlage twee. Thema's die in de onderwerpenlijst aan bod kwamen, waren samenwerking, bekendheid, werkzaamheden en vakinhoudelijke bijdrage.

Fase 3

In deze fase wordt beschreven hoe de gegevens verzameld en verwerkt zijn waarbij labels gevormd worden aan de hand van veelvoorkomende onderwerpen.

Direct na de focusgroep en interviews hebben de deelnemers een controlevragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst is zelf ontworpen om tijdens de dataverwerking te controleren of hetgeen overeenkomt met de inhoud van de gesprekken.

Van de geluidopnames zijn samenvattingen gemaakt. Deze samenvattingen bestaan uit quotes die door de fysiotherapeuten zijn benoemd. De samenvattingen met de quotes zijn vervolgens naast elkaar gelegd om samenhangende en overeenkomstige uitspraken onder één onderwerp te plaatsen. Bij het zesde interview kwam er geen nieuwe onderwerpen naar boven, dus is er uitgegaan van dataverzadiging. Hierdoor waren er geen nieuwe personen meer nodig in de steekproef.

Uit de samenvattingen met quotes zijn vervolgens drie labels ontstaan die veelvuldig voorkwamen. Deze drie labels zijn:

1. Toevoeging voor de samenwerking
2. Weinig kennis om psyche te behandelen
3. Psychomotorische therapie versus psycholoog en psychosomatische fysiotherapie

Deze drie labels worden nader toegelicht op de volgende pagina's waarin de resultaten worden beschreven.

4. Resultaten

De samenvattingen met quotes zijn naast elkaar gelegd waarbij overeenkomstige en gelijke uitspraken zijn gelabeld. Deze drie labels worden hieronder nader toegelicht waarbij er geresulteerd wordt hoeveel fysiotherapeuten bepaalde uitspraken hebben gedaan. De labels met deze onderwerpen zijn gekozen, omdat ze betrekking hebben op de vraagstelling. In de vraagstelling wil men weten hoe fysiotherapeuten aankijken tegen psychomotorische therapie als onderdeel in een eerstelijns fysiotherapie praktijk. Deze labels zorgen ervoor dat de visies van fysiotherapeuten mogelijk een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag. De drie labels die hieronder uitgelegd worden, hebben te maken met de samenwerking, de kennis om psyche te behandelen en de termen psychomotorische therapie versus psychosomatische fysiotherapie.

Label 1: Toevoeging voor de samenwerking

Er blijkt dat vijf van de acht fysiotherapeuten vinden dat psychomotorisch therapeut aan de eerstelijns fysiotherapie praktijk waardevol kan zijn. Dit geven zij aan middels onderstaande quotes.

“Als ik verwacht dat de psyche invloed heeft op het herstel van de patiënt. Als we dat bij patiënten niet behandelen, dan herstellen sommige patiënten niet”. (Ri)

“Ik vind psychomotorische therapie en fysiotherapie een goede combinatie, omdat een psychomotorisch therapeut weinig weet van pathologische kennis. Doordat wij pathologische kennis hebben en jullie kennis hebben over het bewegen en gedrag, denk ik dat dit een goede combinatie zal zijn.” (T)

Deze uitspraken illustreren het beeld dat fysiotherapeuten het idee hebben dat psychomotorische therapeuten veel kennis hebben van bewegen en gedrag. Ook is gezegd dat psyche een belangrijke rol speelt bij het herstel van de patiënten. Twee fysiotherapeuten onderschrijven dit als volgt.

“Voordeel van psychomotorische therapie is dat beweging wordt ingezet.” (M)

“Lichaam en geest kan elkaar beïnvloeden.” (A)

Fysiotherapeuten kijken nog wel verschillend aan tegen de invulling van psychomotorische therapie binnen een eerstelijns fysiotherapie praktijk. Zo vind de één dat psychomotorische therapie gelijktijdig met een fysiotherapeutische behandeling toegepast kon worden. Terwijl de ander dacht dat een psychomotorische behandeling voor of na een fysiotherapeutische behandeling ingezet kon worden. Drie van de acht fysiotherapeuten doen hier de volgende uitspraken over.

“Ik zal PMT inzetten voor of na de therapeutische behandeling, omdat wanneer je dit tegelijk aanbiedt, teveel overlapping ontstaat. Wat onduidelijk is voor de patiënt.” (H)

“PMT lijkt mij een toevoeging in combinatie met fysiotherapie”. (M)

“Ik denk dat er geen formule is voor de behandeling van PMT. Dit kan namelijk samen of afhankelijk van elkaar.” (A)

In twee van de acht gesprekken komen twijfels naar voren over de haalbaarheid van werkzaamheden van de psychomotorisch therapeut in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Deze twijfels bestonden met name over de patiënten populatie en over de vergoedingen van de psychomotorische behandelingen. Deze twee fysiotherapeuten zeggen daarover het volgende:

“Ik vraag me af of er wel genoeg patiënten zijn die in aanmerking komen voor PMT, om een fulltime baan als PMT'er in te vullen in één eerstelijns praktijk.” (M)

“Psychosomatische fysiotherapie kan gedeclareerd worden als normale behandeling, terwijl dat bij PMT denk ik niet zo gemakkelijk gaat”. (T)

Label 2:Weinig kennis om psyche te behandelen

Bij deze label worden uitspraken beschreven van zes fysiotherapeuten die betrekking hebben over de kennis om psyche te behandelen. Uit de interviews is gebleken dat drie van de acht fysiotherapeuten zichzelf niet de aangewezen personen vinden om mensen met psychische klachten te behandelen. Daarin verschillen sommige therapeuten wel van mening. Zij willen namelijk eerst zelf de behandeling voortzetten.

“Ik kom als fysiotherapeut tekort bij mensen met psychische klachten”. (M)

“Ben ik de aangewezen persoon om psychische problemen te bespreken, dit is niet mijn vakgebied”. (A)

“Ik vind dat ik als fysiotherapeut te weinig geschoold ben op psychisch aspecten....”. (T)

De omgang met psychische klachten wordt verschillend ingevuld. Zo vinden twee fysiotherapeuten dat zij dergelijke patiënten niet kunnen behandelen en hen vervolgens doorverwijzen naar de huisarts of andere hulpverleners. Terwijl één fysiotherapeuten aangeeft eerst zelf een patiënt te willen behandelen.

“Wij zijn eigenwijs en we willen het probleem eerst zelf oplossen”. (H)

“Ik stuur een patiënt terug naar de huisarts, omdat ik niet ben opgeleid om psychische problemen te bespreken”. (Ri)

“Als het te complex wordt, dan stuur ik ze terug naar de huisarts”. (Ru)

Het zijn drie fysiotherapeuten opgevallen dat het behandelen van patiënten met psychische klachten niet tot hun vaardigheden behoren.

“.....dit zit niet in de basisopleiding wat ik persoonlijk wel erg jammer vindt”. (T)

“Ik zou zelf ook handvaten willen krijgen om dieper in een probleem te kunnen gaan”. (M)

“Hier ligt mijn kwaliteit niet, dus schakel ik daarom graag een deskundige in”. (Ru)

Label 3: Psychomotorische therapie versus psycholoog en psychosomatische fysiotherapie

Uit de interviews is gebleken dat er een overlapping kan zijn met psychosomatische fysiotherapie, vandaar dat deze label gevormd is.

Er wordt gedacht dat er raakvlakken tussen psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie bestaan, maar de fysiotherapeuten kunnen niet exact benoemen wat het raakvlak is. Wanneer er dieper op psychosomatische fysiotherapie werd gesproken, konden drie fysiotherapeuten niet helder benoemen wat het vak inhoudt. Twee therapeuten zeggen daarover onderstaande uitspraken.

“Dergelijke patiënten worden bij ons doorgestuurd naar een psychosomatische fysiotherapeut”. (M)

“Er zijn denk ik raakvlakken met een psychosomatische therapeut, omdat zij geloof ik ook ontspanningsoefeningen aanbieden”. (A)

Twee therapeuten denken dat de termen psycholoog en psychosomatische fysiotherapie verschillende ladingen kunnen dekken. Zo vinden zij een psycholoog zwaarder klinken dan een psychomotorisch therapeut.

“Psychomotorische therapie lijkt veel op psychosomatische fysiotherapie, maar dan zou ik eerder kiezen voor psychomotorische therapie, omdat daar beweging wordt ingezet en minder zwaar klinkt dan psychosomatische fysiotherapie”. (T)

“Het woord psycholoog ervaart men als zwaar, gefaald hebben en gek. Daarom zou ik eerder een psychomotorische therapeut inschakelen omdat deze minder zwaar klinkt en daarom makkelijker te banaderen is”. (A)

5. Discussie

Hieronder is te lezen hoe de aanpak tot dit onderzoek is ervaren. Daarin wordt beschreven welke handelingen voor herhaling vatbaar zijn en welke handelingen de volgende keer anders gedaan zouden worden.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat er weinig literatuur te vinden is.

Er is gekozen voor een semigestructureerd interview waarbij er in het begin gebruik is gemaakt van een focus groep in combinatie met interviews. De keuze voor een focus groep was bedoeld om in een korte tijd veel informatie te krijgen. Al snel werd duidelijk dat een focus groep niet voldoende informatie opleverde, omdat er te veel nadruk werd gelegd op één persoon. Om er vervolgens voor te zorgen dat er voldoende informatie werd verkregen, is besloten om de daarop volgende interviews één op één af te nemen. Dit heeft er voor gezorgd dat er voldoende dataverzadiging plaatsvond. Voor de volgende keer kan er gekozen worden om specifiek voor interviews te kiezen in plaats van een combinatie met een focusgroep.

De controlevragen die aansluitend na het interview werden ingevuld hadden een toegevoegde waarde, omdat het een dataverificatie van de interviews waren. De ingevulde vragenlijsten gaven een duidelijk overzicht van de visies van de fysiotherapeuten, dit had een positieve invloed op de uitwerking van de resultaten. Voor de volgende keer is het raadzaam om gebruik te maken van controlevragen, omdat ze een helder overzicht geven wat positief werkt.

Bij de verwerking van de geluidsopnames is er voor gekozen om een samenvatting te schrijven van hetgeen dat gezegd is. Bij deze samenvatting zijn geen volledige transcripties gemaakt van het gesprek waardoor het verwoorden van de resultaten werd bemoeilijkt. Er werd gekozen om bepaalde quotes uit deze interviews te citeren, het gevaar hiervan is dat de teksten verkeerd geïnterpreteerd kunnen zijn en dit van invloed kan zijn op de uitwerking van de resultaten. Voor een volgend onderzoek is het van belang om de geluidsopnames precies uit te werken van hetgeen dat is gezegd, dit is belangrijk om interpretaties te voorkomen.

De resultaten geven desondanks een realistisch beeld, omdat verschillende invalshoeken ervoor zorgen dat er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag. De resultaten zijn voldoende betrouwbaar, omdat er gebruik is gemaakt van verschillende databronnen. De databronnen zijn de focusgroep en de interviews. Om de resultaten te verifiëren is er gebruik gemaakt van controle vragen. De gegevens in de resultaten zijn hierdoor waarschijnlijk consistent.

Tijdens de focusgroep is gebleken dat het afnemen van het gesprek wat spanningen met zich meebracht, waardoor er teveel nadruk werd gelegd op de structuur, om aan de antwoorden te komen. Deze spanningen zorgden ervoor dat er niet werd ingegaan op hetgeen dat werd gezegd, maar dat de vragenlijst te veel invloed had om er een vloeiend gesprek van te maken. Er werd onder andere in de focusgroep te lang stilgestaan bij onderwerpen die geen relevantie had voor het onderzoek. De spanningen zorgden ervoor dat het moeilijk was om bepaalde onderwerpen af te sluiten en weer terug te gaan de onderwerpen die relevant waren voor het onderzoek. Er is gebleken dat bepaalde vragen overlapping hadden, waarbij er dubbel naar een antwoord werd gevraagd. Bij de interviews zijn deze overlappende vragen vervolgens verwijderd. Tijdens de interview werd er ontdekt dat een vraag over psychosomatische fysiotherapie gemist werd. Deze vraag is later toegevoegd.

De overige interviews verliepen soepeler waardoor er meer informatie beschikbaar kwam. Bij het beschrijven van de resultaten was het moeilijk om de essentie concreet te formuleren. Er is niet afgeweken van de voorafgestelde planning.

6. Conclusie

Hieronder wordt beschreven wat opvallend is aan het onderzoek. Daarin wordt het theoretisch kader gekoppeld aan de resultaten. Uiteindelijk wordt er een antwoord gegeven op de vraagstelling.

Opvallend is dat hetgeen uit het theoretisch kader overeenkomt met de resultaten uit de interviews. Zo wordt er afgevraagd of kennis en vaardigheden bij het opsporen van psychosociale risicofactoren, tot het takenpakket van de fysiotherapeut moeten (gaan) behoren (Köke, 2004). Uit een onderzoek blijkt dat 50 % van de patiënten, in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk, een psychische diagnose hebben. De fysiotherapeuten signaleren deze stoornissen, maar vinden dit geen behandeldoel binnen de fysiotherapie. Signalering kan wel bijdrage aan een adequate aanpak van het gezondheidsprobleem (Van den Berg- Mooij, 2001). Dit komt terug in de resultaten waarin blijkt dat acht fysiotherapeuten aangeven dat ze psychomotorische therapie een toevoeging vinden voor de samenwerking in een eerstelijns fysiotherapie praktijk, omdat psychomotorische therapeuten ook de psyche meenemen in de behandeling. Daarbij vinden zes fysiotherapeuten dat zij te weinig kennis bezitten om patiënten met psychische klachten te behandelen. Er is een verschil waargenomen in de aanpak, waarbij een oudere therapeut eerst zelf de psychische klacht wil behandelen. Een jongere therapeut is daarentegen eerder geneigd om de patiënt door te verwijzen. Dit kan mogelijk verklaard worden dat oudere fysiotherapeuten zelf vaardigheden hebben ontwikkeld, waarbij zij verwachten zelf de problematiek op te kunnen lossen. Jongere therapeuten lijken een patiënt sneller door te sturen, dit zou kunnen komen omdat zij minder ervaring hebben met psychische klachten. Een andere verklaring voor de jonge therapeuten kan zijn dat zij een modernere opleiding hebben gehad.

In het theoretisch kader is benoemd dat er raakvlakken zijn tussen psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie, waarbij beide gebruik maakt van lichaamsgerichte, lichaamsgeoriënteerde, cognitieve en verbale interventies, waardoor een nieuw (bewegings)gedrag wordt opgeroepen (NFP, 2009). In de resultaten worden ook benoemd dat er raakvlakken zijn tussen psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie. Fysiotherapeuten konden echter niet duidelijk aangegeven welke raakvlakken dit zijn. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat psychosomatische fysiotherapie een specialisatie is en in de algemene fysiotherapie opleiding geen aandacht krijgt. Dit blijkt ook uit het artikel van Gerda Jongstra, waarin beschreven staat dat er gezocht wordt naar manieren om de positie van de psychosomatische fysiotherapie in het veld te versterken, omdat de herkenbaarheid te beperkt was (Jongstra, 2013).

Alhoewel twee fysiotherapeuten problemen zien qua patiëntenaanbod en vergoedingen. Zo zijn er twijfels of er voldoende aanbod is om een fulltime baan als psychomotorisch therapeut te vullen binnen één praktijk, omdat fysiotherapeuten denken dat er niet genoeg patiënten zijn die in aanmerking komen voor psychomotorische therapie.

Bij de vergoeding komt naar voren dat de verzekering een belangrijke rol speelt. Zo zou psychosomatische fysiotherapie vallen onder een normale behandeling waarbij alleen een aanvullende verzekering voldoende is. Psychomotorische therapie valt in de aanvullende verzekering onder alternatieve geneeswijze waarbij per zorgverzekeraar verschillend is hoeveel behandelingen worden vergoed.

In een artikel uit de inleiding wordt door Wams beschreven dat patiënten de nodige zorg niet ontvangen, omdat verwijzers onbekend zijn met de specifieke deskundigheid van de paramedici (Baks, 2008). Met een adequate inzet is gezondheidswinst te boeken en daarom levert dat een hogere kwaliteit van leven op voor de patiënt (Baks, 2008). Dit sluit aan bij het artikel waarin gesproken wordt dat signalering een bijdrage kan leveren aan een adequate aanpak van het gezondheidsprobleem (Van den Berg- Mooij, 2001).

Vanuit de kant van de overheid wordt benadrukt dat de efficiëntie in de zorg nog verder verhoogd moet worden. In dat kader wordt meer nadruk gelegd op het beter organiseren van een goed zorgaanbod in de buurt. (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg [NIVEL], 2013).

De vraagstelling van dit onderzoek luidde als volgt:

Hoe kijken fysiotherapeuten aan tegen psychomotorische therapie als onderdeel van een eerstelijns fysiotherapie praktijk binnen de gemeente Bronckhorst?

Als antwoord op de onderzoeksvraag geven acht van de acht ondervraagden fysiotherapeuten aan dat de samenwerking met een psychomotorisch therapeut een toevoeging kan zijn in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk binnen de gemeente Bronckhorst. Ondanks dat vijf van de acht niet bekend zijn met psychomotorische therapie. Zes fysiotherapeuten geven aan zelf te weinig kennis te hebben voor het behandelen van patiënten met psychische problemen. Ook lijkt psychomotorische therapie toegankelijker, omdat hier ingezet wordt op beweging. De drempel om een iemand naar een psychomotorische therapeut te sturen is volgens hen lager. Fysiotherapeuten zien wel een probleem met declaraties en het realiseren van een fulltime baan in één fysiotherapie praktijk. Belangrijk is dus dat er een goed zorgaanbod gerealiseerd moet worden, waarbij verwijzers (in dit geval fysiotherapeuten) bekender gemaakt moeten worden met de specifieke deskundigheid van de paramedici, waarbij psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie een rol spelen.

7. Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek worden hieronder aanbevelingen gedaan voor een eventueel vervolg onderzoek.

Nu er onderzocht is hoe fysiotherapeuten in de gemeente Bronckhorst tegen psychomotorische therapie aankijken, is het een aanbeveling om te onderzoeken waarom er nog geen psychomotorisch therapeut in een eerstelijns fysiotherapie praktijk werkt.

Een andere aanbeveling is het informeren van fysiotherapeuten over de exacte verschillen tussen psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie. Zodat fysiotherapeuten weten wat het vak psychomotorische therapie inhoudt en zodoende een betere beslissing kunnen nemen bij het doorverwijzen.

De laatste aanbeveling is om meer onderzoek te doen naar de samenwerking tussen fysiotherapeuten en psychomotorische therapeuten. Dit omdat er in dit onderzoek is gebleken dat er weinig literatuur te vinden is over het onderwerp.

8. Literatuurlijst

- Alle kernen en dorpen van Bronckhorst. (n.d.). Geraadpleegd op http://www.bronckhorst.nl/over/bronckhorst/alle-kernen-en-dorpen-van-bronckhorst_3364/
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005) *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Stenfert Kroese
- Bakker, M. (2011). *Bekendheid PMT onder huisartsen in Zwolle* (Afstudeerscriptie, Christelijke Hogeschool Windesheim, Nederland). Geraadpleegd op <http://hbokennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=16001>
- Bakker, E. & Buuren van, H. (2009) *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baks, M. (2008) Paramedici verlangen erkenning. *Arts*, 19, 16-23.
- Boeije, H. (2012) *Analysis in Qualitative Research*. London, UK: SAGE Publications Ltd.
- Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen ...Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder. *Tijdschrift voor bewegingsonderwijs, -therapie en- recreatie*, 4, 6-16
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). Geraadpleegd op http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2009-0414%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). Psychomotorische therapie. Geraadpleegd op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/downloads
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2010). Zoek therapeut. Verkregen op 20 april, 2013 van <http://fvb.tryfirst.eu/zoektherapeut>
- Habraken, J.H.M. (2012). Bronvermelding volgens de richtlijnen van APA, handleiding. *Tilburg University*. Geraadpleegd op <http://drcwww.uvt.nl/its/voorlichting/handleidingen/bibliotheek/apa.pdf>
- Intraverte. (2008). Tarieven en vergoedingen 2013. Geraadpleegd op <http://www.intraverte.nl/kind/tarieven.html>
- Jongstra, G. (2013). VGZ handhaaft huidig tarief psychosomatische fysiotherapie tot 1 januari 2015. [Online forum content]. Geraadpleegd op <http://www.fysionetwerken.nl/community/forum/discussie/792>
- Köke, A.J.A. (2004). Fysiotherapeut vs psycholoog. *Stimulus*, volume 23, pp 44-49
- Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie. (2012). Reglement centraal kwaliteitsregister Fysiotherapie. Verkregen op 20 mei, 2012 van <http://www.fysionet.nl/ckr/reglement-ckr-2012.pdf>
- Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie. (2005). Competentieprofiel Fysiotherapeut. Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut. Geraadpleegd van <http://www.fysionet.nl/scrivo/asset.php?id=478871>
- Lange, J. de, (1998). Van lijfswang tot lichaamswerk. Geschiedenis van de bewegingsruimte in de psychiatrische inrichting 1827- 1975. *Bewegen en hulpverlening*, 15, 3-108.

- Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S., Pisters, M.F., Bakker, D. de, Veenhof, C. (2008). Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. *Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 118 (3), 62-67. Verkregen op 16 mei, 2013 van <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp2928.pdf>
- Medisoft bv. (2008). *Paramedisch*. Opgeroepen op 11 maart, 2013 van <http://www.medirecord.eu/paramedisch/index.htm>
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (2013). Aanbod en organisatie van de zorg. Verkregen op 12 maart, 2013 van <http://www.nivel.nl/aanbod-en-organisatie-van-de-zorg>
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek. (2009). Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut. Amersfoort, Nederland: Drukkerij de Gans.
- Nederlandse vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut. Amersfoort: NVPMT. Verkregen op 22 april, 2013 van <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>
- Petzold, H. (1998). Integrative Leib- und bewegungstherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Ranzijn, E. (2006). Het voeren van een selectie-interview. *TandartsPraktijk*, volume 27, 654-658. Verkregen op 23 mei, 2013 van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03072900#page-1>
- Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen. (2013). *Huishoudelijk Reglement SRVB*. Opgeroepen op 19 juni, 2013 van http://registervaktherapie.nl/userfiles/archief/Huishoudelijk_reglement_SRVB.pdf
- Van de Berg-Mooij. (2001). *Psychische klachten in de fysiotherapiepraktijk*. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 2001 ;1 11(S):23-27.
- Wat betekent registratie in het BIG-register. (n.d.) Geraadpleegd op <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/>

9. Bijlagen

Bijlagen overzicht:

Bijlage 1	Infoblad psychomotorische therapie
Bijlage 2	Interview vragen en controle vragen

Bijlage 1

Infoblad psychomotorische therapie

Onderstaande infoblad hebben de fysiotherapeuten voorafgaande aan het interview gekregen.

Psychomotorische therapie

1. Inleiding

Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties.

Onder psychische problematiek worden zowel lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan, evenals psychosomatische klachten en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps.

Methodisch werken impliceert dat de therapeut op basis van diagnostische procedures tot een verantwoord behandelplan komt, waarbij zowel de doelstellingen als de wijze waarop deze bereikt zullen worden helder omschreven zijn en waarbij het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt.

Interventies zijn gericht op de lichaamsbeleving en het (bewegings)gedrag. Psychomotorisch therapeuten beschikken over een arsenaal aan werkvormen waarmee de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging kan komen en stil kan staan bij de betekenis van interactioneel (bewegings)gedrag en/of zich kan richten op de beleving van het eigen lichaam.

2. Doelgroep

De doelgroep bestaat als boven beschreven uit mensen met psychische problematiek in de ruimste zin van het woord. Het gaat dus **ook** om mensen die niet in staat zijn hun problemen te erkennen of te verwoorden (bijvoorbeeld: dementerende ouderen, verstandelijk gehandicapten, kinderen met externaliserende problematiek, mensen met hersenletsel of psychotische stoornissen).

Omdat er een uitgebreid en flexibel in te zetten scala is aan werkvormen, strategieën en methodieken, is psychomotorische therapie geschikt om dit gehele continuüm van psychische klachten te behandelen en zijn er geen stricte contra-indicaties.

3. Werkwijze psychomotorische therapie

Als boven beschreven is psychomotorische therapie een experiëntiële behandelvorm waarbij lichamelijkeheid en bewegen centraal staan. De therapeut dient daarom te beschikken over specifieke kennis van bewegingsleer, fysiologie, anatomie en biomechanische werking van het bewegingsapparaat, psychopathologie en psychologische referentiekaders, het gebruik van materialen uit de sportwereld en het bewegingsonderwijs en van de afname van vragenlijsten en tests op het gebied van bewegen en lichaamsbeleving.

De psychomotorisch therapeut is in staat om de werkwijze zodanig af te stemmen op de problematiek van de cliënt dat specifieke belevingen en gedragingen opgeroepen kunnen worden. De (bewegings)situatie wordt op maat aangeboden; zodanig geconstrueerd dat de therapeutische doelstelling van de individuele cliënt gerealiseerd kan worden.

Interventies zijn gericht op de lichaamsbeleving en het (bewegings)gedrag.

Gesproken wordt van bewegingsgeoriënteerde methodieken wanneer gebruik wordt gemaakt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Dit kunnen individuele activiteiten zijn, zoals fitness, atletiek, *martial arts* en duursport maar ook sporten die in teamverband plaatsvinden.

Onder lichaamsgeoriënteerde methodieken verstaat men relaxatiemethoden, oefeningen gericht op lichaamsbewustwording (sensory awareness, delen uit de mindfulness based stress reduction - oftewel stressreductie door aandachtstraining-, werken met spiegels en video), ademhalingsoefeningen, oefeningen afkomstig uit de bio-energetische traditie en andere vormen waarbij het accent ligt op gewaarwording van lichaamssignalen.

Vele werkvormen zijn in deze tweedeling echter niet onder te brengen en kennen vaak ook symbolische aspecten. Te denken valt daarbij aan werkvormen uit de dans, bewegingsexpressie, Pessotherapie, psychodrama, rollenspel en actietherapie, waarbij men de nadruk legt op het in beweging of met materiaal

tot expressie brengen van gevoelens en gedachten en metaforisch vormgeven van individuele psychologische thema's.

Belangrijke theoretische concepten en kaders zijn het relationele bewegingsconcept, het biopsychosociale model, *life span development* levensloopperspectief, klinisch- en sociaal psychologische referentiekaders en diverse, met name integratieve, psychotherapeutische referentiekaders.

4. Beroepsprofiel

Het beroepsprofiel van de psychomotorisch therapeut is te vinden op www.nvpmt.nl en op te vragen via secretaris@nvpmt.nl.

Bijlage 2

Interviewvragen voor fysiotherapeuten

Inleiding

Voorafgaande aan het interview hebben de fysiotherapeuten een infoblad gekregen over psychomotorische therapie. Dit om ervoor te zorgen dat zij informatie hebben gekregen die nodig zijn om te kunnen interviewen en om te voorkomen dat de fysiotherapeuten bij de inleiding al één richting gestuurd worden.

Vragen

Inleiding (open vragen)

1. Wat vindt u van een eerstelijns fysiotherapie praktijk?
2. Met wie werkt u samen binnen dit bedrijf?
3. Wat vindt u van de samenwerking?
Subvraag: waarom goed? Of waarom kan het beter?

Kern (open vragen)

4. Is er sprake van een multidisciplinaire samenwerking met andere zorgaanbieders? (buiten het bedrijf)
zo ja, dan komen onderstaande subvragen:
 - Kunt u deze zorgaanbieders benoemen?
 - Wat vindt u van deze samenwerking?
 - Is deze samenwerking voldoende of mist u nog zorgaanbieders?
 - Zorgt deze samenwerking voor de juiste zorg op maat?
Zo nee, dan komen onderstaande subvragen:
 - Zou u een multidisciplinaire samenwerking willen?
 - Met wie zou u deze samenwerking willen?
 - Waarom denkt u met deze zorgaanbieders te willen samenwerken?
 - Hoe ziet u deze samenwerking voor u?
5. Kent u PMT?
Zo ja, dan komen de onderstaande subvragen:
 - Waar kent u PMT van?
 - Wat vindt u van PMT?
zo nee, dan komen de onderstaande subvragen:
 - wat denkt u dat PMT zou kunnen zijn?
 - wat zou u van PMT vinden?
 - Zou u meer willen weten over PMT?

6. Wat doet een PMT'er volgens u? wat vindt u daarvan?
7. Zou PMT volgens u een toegevoegde waarde kunnen zijn voor een eerstelijns fysiotherapiepraktijk? Waarom wel, waarom niet? Oftewel wat zou een psychomotorisch therapeut voor uw cliënten kunnen betekenen?

Slot:

8. Als PMT volgens u een positieve bijdragen kan leveren en het gebeurt nog niet in uw praktijk. Hoe worden uw patiënten dan momenteel behandeld?
9. In het infoblad wordt beschreven dat een PMT-er hulp biedt aan mensen met psychische problemen. Als u merkt dat uw patiënten psychische problemen hebben, hoe gaat u daarmee om? Wat vindt u van deze behandeling?
10. Denkt u dat PMT een toegevoegde waarde kan zijn om juist deze mensen te helpen?

Controle vragen:

Aan het einde van het interview krijgen de fysiotherapeuten de volgende gesloten vragen: (aankruisen wat van toepassing is)

1. Bent u bekend met PMT ☐ Ja ☐ Nee
2. Denkt u dat PMT een toegevoegde waarde kan zijn binnen uw praktijk ☐ Ja ☐ Nee
3. Zo ja/nee, wat is u reden?

☐ Zorgt voor de juiste zorg op maat ☐ Wel/niet bekend, maar wel essentiële toevoeging voor praktijk ☐ Anders namelijk: _____ _____ _____	☐ Financieel niet mogelijk ☐ Geen aanvulling op bestaande aanbod ☐ Te onbekend , daarom geen essentiële toevoeging. ☐ Anders namelijk: _____ _____ _____
---	---
4. Wanneer u merkt dat uw patiënt bijvoorbeeld psychische klachten heeft, zou u deze patiënt dan doorsturen naar PMT? ☐ Ja ☐ Nee

5. Wat is uw reden om dit wel of niet te doen?
