



‘Kennen wij elkaar al?’

Onderzoek naar de kennis van en bekendheid met Psychomotorische Therapie bij huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek.

Naam Student : Janneke Bus
Studentnummer : S1024997
VOE-code : HSK3AFS-BV4-13
Naam begeleider : Paul Verschuur
Naam beoordelaar: Martin van den Blink
School : Christelijke Hogeschool Windesheim, Calo
Opleiding : Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Datum : 26-06-2014

1. Voorwoord

Voor u ligt een afstudeeronderzoek naar de kennis van en bekendheid met psychomotorische therapie bij huisartsen.

Aanleiding voor dit onderzoek is dat het vaak gebeurt dat, wanneer ik vertel welke opleiding ik doe, ik vervolgens ook moet uitleggen wat deze precies inhoudt. Dit gegeven laat zien dat de psychomotorische therapie als therapievorm en psychomotorisch therapeut als beroep onbekend is bij veel mensen.

Vanuit deze gedachten en de scripties van Fleur Langeweg ("Samen staan we sterk", 2013) en Maaïke Bakker ("Bekendheid PMT onder huisartsen in Zwolle", 2011) is mijn interesse ontstaan naar de daadwerkelijke bekendheid en kennis van psychomotorische therapie (PMT) in mijn gemeente, de gemeente Oude IJsselstreek, beginnende bij de huisartsen die in deze gemeente gevestigd zijn.

Door middel van dit onderzoek wil ik kijken in welke mate deze kennis aanwezig is en wat voor de huisartsen redenen zijn om door te verwijzen naar PMT. Ter informatie heb ik ook alle deelnemende artsen een informatieblad over PMT toegestuurd.

Graag zou ik van de gelegenheid gebruik maken om enkele mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Paul Verschuur bedanken voor de ondersteuning en begeleiding. Daarnaast wil ik de huisartsen bedanken voor de medewerking aan dit onderzoek. Ook wil ik graag mijn broer, Thijs, bedanken voor het meelesen en de spellingscontrole. En als laatst mijn ouders, omdat zij mij steeds hebben gesteund en vooral in mij geloofd hebben. Mede dankzij hen is dit afstudeeronderzoek tot stand gekomen.

2.Samenvatting

Voor deze afstudeeropdracht is er onderzoek gedaan naar de kennis van en bekendheid met psychomotorische therapie bij huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek.

Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische/psychosociale beperkingen, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op het handelen en lichaamservaring in bewegingssituaties. De huisarts is het eerste contactpunt met de gezondheidszorg en diagnosticeert, behandelt ziekten en verwondingen en draagt bij aan preventie van veel voorkomende aandoeningen bij patiënten. Wanneer nodig verwijst de huisarts door naar andere zorgverleners.

Door middel van het afnemen van schriftelijke enquêtes zijn er gegevens verzameld van de huisartsen, die eerder tijdens een telefonisch contact hebben aangegeven deel te willen nemen aan dit onderzoek. Uit de vervolgens verwerkte resultaten is gekomen dat 2 van de 8 deelnemende huisartsen bekend zijn met PMT en slechts 1 van hen daadwerkelijk doorverwijst naar PMT. Schriftelijke enquêtes zijn boven het afnemen van interviews verkozen in verband met de tijd die deze vragen van de huisartsen. De huisartsen geven aan dat wanneer zij meer informatie over PMT krijgen en er meer aanbieders van PMT in de regio komen, zij in de toekomst (vaker) gaan doorverwijzen naar PMT, waardoor de bekendheid met PMT zal groeien.

3. Inhoudsopgave

1. Voorwoord	Pagina 2
2. Samenvatting	Pagina 3
3. Inhoudsopgave	Pagina 4
4. Inleiding	Pagina 5
5. Theoretisch Kader	Pagina 6
5.1 Psychomotorische therapie	Pagina 6
5.2 De huisarts	Pagina 7
5.3 Positie van de PMT	Pagina 8
6. Methode	Pagina 10
6.1 Vooronderzoek	Pagina 10
6.2 Onderzoeksgroep	Pagina 10
6.3 Onderzoeksinstrument	Pagina 10
6.4 Onderzoeksdesign	Pagina 12
6.5 Dataverwerking	Pagina 12
7. Resultaten	Pagina 13
8. Discussie	Pagina 15
9. Conclusie	Pagina 16
10. Aanbevelingen	Pagina 17
11. Literatuurlijst	Pagina 18
12. Bijlagenoverzicht	Pagina 21
12.1 Bijlage 1 Schriftelijke Enquête	Pagina 20
12.2 Bijlage 2 Informatieblad	Pagina 24
12.3 Bijlage 3 Begeleidend Schrijven	Pagina 26

4. Inleiding

Iedere student psychomotorische therapie (PMT) herkent het waarschijnlijk wel. Je bent met iemand in gesprek en vertelt welke opleiding je aan het doen bent. Enkele veel gehoorde reacties zijn vervolgens: “Sorry?”, “Dat is een hele mond vol!” en “Wat houdt dat precies in?”, waarop je als student kunt gaan uitleggen wat PMT is en wat je hier precies mee kunt gaan doen wanneer je afgestudeerd bent.

Het vak PMT heeft zijn huidige naam al sinds 1974. Begin jaren zeventig vonden bewegingstherapeuten de naam bewegingstherapie niet langer passend. “In 1974 werd de naam dan ook gewijzigd en de bewegingstherapie werd voortaan psychomotorische therapie genoemd” (Krol & Van Roozendaal 1975, zoals geciteerd in De Lange, 1998) Echter gaat het gebruik van beweging als therapeutisch middel terug op de veranderende trends in de psychiatrie en gaat terug tot de 18^e eeuw met namen als Pinel (1745-1826) en Esquirol (1742-1840), die in 1794 in het Hôpital Général te Parijs de patiënten bevrijdde van de boeien (Probst & Bosscher, 2001). Des ondanks is PMT als therapievorm bij velen nog onbekend, maar waar dit precies door komt is nog geen informatie over bekend.

De huisarts vorm vaak het eerste contactpunt met de gezondheidszorg. Elke persoon, ongeacht zijn leeftijd, geslacht of ander persoonlijk kenmerk kan er met elk gezondheidsprobleem terecht (Vyt, 2012). Wanneer nodig verwijzen zij door naar een specialist. Echter 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). Ook PMT valt onder paramedici, doordat deze dezelfde kenmerken hebben. Zo betreft het namelijk een vierjarige HBO-opleiding om psychomotorisch therapeut te worden en is deze opleiding een wettelijk erkende hogere beroepsopleiding. Daarnaast beschikken psychomotorisch therapeuten over een functionele zelfstandigheid en hebben zij een eigen deskundigheidsterrein (Medisoft BV, 2008).

Een hypothese is dat huisartsen een beperkte kennis hebben over PMT als behandelvorm, waardoor er weinig doorverwijzingen zijn naar PMT. Dit heeft als gevolg dat weinig mensen hiermee in aanraking komen en PMT geen grotere naamsbekendheid verkrijgt. Vanuit deze hypothese is er gekozen voor dit onderzoek met als doel de kennis van en bekendheid met PMT bij huisartsen te onderzoeken in de gemeente Oude IJsselstreek. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

“Wat is de kennis van en bekendheid met psychomotorische therapie van huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek?”

5. Theoretisch Kader

5.1 Psychomotorische therapie

Zoals eerder in de inleiding beschreven gaat de oorsprong van de psychomotorische therapie terug tot in de 18^e eeuw. In de jaren 50 van de 20^e eeuw werd deze gezien als bewegingstherapie, maar dit veranderde in de jaren 70 door de integratie van lichaamsgerichte technieken. Hierdoor kon naast bewegingsgedrag ook het lichamelijke en de lichaamsbeleving object van therapeutisch handelen worden. Bewegingstherapeuten vonden de naam bewegingstherapie dan ook niet langer passend en deze werd in 1974 veranderd in psychomotorische therapie (De Lange, 1998). Psychomotorische therapie is een behandelmethode voor mensen met in ieder geval één of meerdere psychische of psychosociale beperkingen (Fellinger, 2007). Het is een ervaringsgerichte behandelmethode, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op het handelen en lichaamservaring in bewegingssituaties (Federatie Vaktherapeutische Beroepen [FVB], 2014). “Binnen deze ervaringsgerichte therapie passen ook conflictgerichte en oefengerichte benaderingen” (Petzold 1998, zoals geciteerd in Emck, 2001). Het doel van psychomotorische therapie is het wegnemen of verminderen van klachten. Dit door middel van het anders benaderen van probleemsituaties en/of acceptatie van beperkingen. Hierbij wordt soms ook gebruik gemaakt van gebeurtenissen uit actuele situaties en/of het verleden en de gedragspatronen of conflicten die daarbij horen (FVB, 2014).

Werkwijze/Behandeling

Alvorens de behandeling begint vindt er een intakegesprek plaats. Tijdens dit gesprek worden de aard en de oorzaak van de klachten van de cliënt onderzocht door de psychomotorisch therapeut. Vervolgens wordt de behandeling hierop afgestemd, waardoor er specifieke belevingen en gedragingen bij de cliënt opgeroepen kunnen worden. Hiervoor maakt de therapeut gebruik van bewegingsvormen en lichaamsgerichte technieken en richt zich hierbij speciaal op wat het lichaam van de cliënt aangeeft. Enkele voorbeelden hiervan zijn: lichamelijke spanningen, lichaamstaal, lichaamshouding en lichaamsbeleving. De cliënt leert hierdoor lichaamssignalen, gevoelens en gedragspatronen te herkennen en begrijpen en leert zijn problemen en klachten anders te benaderen (FVB, 2008; FVB, 2014)

In Nederland zijn er tussen de 500 tot 600 Psychomotorisch therapeuten werkzaam. Enkelen hiervan zijn vrijgevestigd en hebben een eigen praktijk, de rest is verdeeld over verschillende werkvelden als: Psychiatrie (psychiatrische ziekenhuizen, kinder- en jeugdpsychiatrie, dagbehandelingcentra, etc), verstandelijk gehandicaptenzorg, psychogeriatric, revalidatie, forensische psychiatrie, verslavingszorg, speciaal onderwijs en revalidatie (FVB, 2014; Pmtinfosite, 2014)

5.2 De huisarts

De Huisarts

Het eerste contactpunt met de gezondheidszorg is vaak de huisarts en deze heeft in Nederland een unieke positie binnen de zorg. Als dagelijks en vertrouwd aanspreekpunt voor patiënten zijn huisartsen vaak letterlijk en figuurlijk dicht in de buurt. Elke persoon met elk gezondheidsprobleem kan er terecht, ongeacht zijn leeftijd, geslacht of andere persoonlijke kenmerken. In Nederland zetten er zich dagelijks 11.00 huisartsen zich in voor de kwaliteit van zorg aan de patiënt, samen met doktersassistenten en praktijkverpleegkundigen (Vyt, 2012; Landelijke Huisartsen Vereniging [LHV], 2014).

In de thuisomgeving is het de huisarts die diagnosticeert, ziekten en verwondingen behandelt en bijdraagt aan preventie van veel voorkomende aandoeningen bij patiënten. Dit alles doet de huisarts vanuit een groot takenpakket met hierin de volgende taken: De huisarts onderzoekt patiënten om de aard van ziekten en afwijkingen vast te stellen en houdt de bevindingen bij in een medisch dossier. De huisarts draagt hierdoor ook de zorg voor het bijhouden en registreren van medische patiëntgegevens. De huisarts verleent zorg aan patiënten en schrijft behandelingen, medicamenten en andere maatregelen voor ten behoeve van het herstel van de patiënt, wanneer nodig verwijst deze patiënten ook door naar andere specialisten en wisselt deze relevante medische informatie met hen uit. Wanneer nodig regelt de huisarts ook de ziekenhuisopname. Ook vraag de huisarts laboratoriumtesten en aanverwante diagnostische testen en procedures aan, voert deze mogelijk uit en analyseert de resultaten. In het geval van een zwangerschap verleent de huisarts prenatale en postnatale zorg. Naast directe zorg, draagt de huisarts ook bij aan de preventie van ziekten en afwijkingen door patiënten te adviseren over voeding, lichamelijke oefening/beweging, hygiëne en algemene gezondheid. Verder licht de huisarts overheidsautoriteiten in over geboortes, sterfte en ziektes die mogelijk een gevaar vormen voor de volksgezondheid (123test, 2014).

Naast deze taken zorgt de huisarts er ook voor dat patiënten een actievere rol spelen bij klinische beslissingen, door hen hierin te stimuleren en daarnaast ook de autonomie van zijn patiënten te stimuleren (Vyt, 2012).

Doorverwijzen

Zoals hierboven beschreven verwijst een huisarts zijn patiënten door naar andere specialisten wanneer nodig en wisselt hierbij relevante medische informatie uit (Vyt, 2012). Voor elke eerste verwijzing naar een specialist is dan ook een verwijsbrief nodig met een goede onderbouwing, uitgeschreven door de huisarts. Deze is te verkrijgen door eerst een bezoek aan de huisarts te brengen zodat deze kan beoordelen of een verwijzing nodig is, naar welke specialist en met welke hulpvraag (Mosdzien, 2014)

Echter is uit onderzoek gebleken dat een huisarts bij twijfel de patiënt liever niet doorstuurt. Driekwart van de ondervraagde artsen gaf aan dat ze liever een persoon met een ernstige aandoening over het hoofd zien, dan duizend mensen voor niets laten onderzoeken. Het merendeel van de patiënten vindt juist wel dat de twijfelende huisartsen meer onderzoek moeten laten doen. Huisartsen blijken wel gevoelig te zijn voor patiënten die blijven vragen naar doorverwijzing en zijn hier toe over te halen (Gezondheidsnet, 2006).

Verder blijkt, zoals in de inleiding al beschreven werd, dat doordat patiënten tegenwoordig steeds langer en vaker in de eerste lijn worden behandeld, het van de kennis van de huisarts afhangt of de patiënt paramedische zorg, zoals PMT, krijgt. Hierdoor zijn er nog altijd patiënten die de nodige zorg niet ontvangen omdat verwijzers (huisartsen) onbekend zijn met de specifieke deskundigheid van de paramedici (Baks, 2008).

5.3 Positie van de PMT

PMT als vaktherapie

Sinds 1996 bestaat het begrip 'vaktherapeut'. Een vaktherapeut behandelt cliënten met psychiatrische stoornissen en/of psychosociale problematieken en maakt daarbij op methodische wijze gebruik van beeldende-, dans-, drama-, muzikale, of psychomotorische interventies. In het geval van een psychomotorisch therapeut, maakt deze hierbij gebruik van de laatst genoemde vorm van interventies. Vaktherapeuten kunnen een gedifferentieerder aanbod aan methoden, werkvormen en technieken inzetten en zijn gespecialiseerd in het werken met een medium. Dit methodisch inzetten van interventies binnen vijf media is uniek en is hetgeen waarmee de vaktherapeut zich onderscheidt van veel andere hulpverleners. Voor het begrip 'vaktherapeut' zijn ongeveer 2000 professionals bezig om deze te voorzien van betekenis binnen opleiding, werkveld, tijdschrift, beroepsprofiel en registratiebouwwerk, wat allemaal bijdraagt aan een betere positie voor de PMT. Deze verschillende onderdelen zullen hieronder verder worden toegelicht (Berman, 2005).

BIG-register

Het BIG-register is een register waarin duidelijkheid wordt gegeven over de bevoegdheid van een zorgverlener. In dit register staan meer dan 400.000 zorgverleners geregistreerd en iedereen kan het register raadplegen. Dit register wordt gevoerd door CIBG, een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en komt voort uit de Wet BIG (CIBG, 2014). De wet BIG staat voor Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en is in werking getreden op 1 december 1997 (Pronk, 2007) en beschermt patiënten tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen door zorgverleners en heeft de patiënt duidelijkheid over de bevoegdheden van een zorgverlener. Daarnaast wordt hiermee ook de kwaliteit van de gezondheidszorg bewaakt. Momenteel zijn er 8 beroepsgroepen die zich kunnen inschrijven en daarmee een beschermde titel mogen voeren. Dat zijn de artsen, apothekers, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij zijn het ook verplicht om zich elke 5 jaar opnieuw te laten registreren. Hiermee worden patiënten beschermd tegen fouten in de behandeling, doordat de zorgverleners met herregistratie aantonen dat hun kennis en vaardigheden voldoende zijn (De Rijksoverheid, z.j.). De inschrijving in het BIG-register heeft een belangrijke functie voor het publiek: Een ingeschreven beroepsbeoefenaar maakt zich kenbaar als deskundige op zijn gebied (Pronk, 2007). Vaktherapeuten zijn echter nog niet opgenomen in BIG-register. Hier leek in de jaren negentig verandering in te komen, toen de overheid het beroepenveld in banen wilde gaan leiden door onder andere het invoeren van de wet BIG. De vaktherapeuten zouden hier ook in meegenomen worden, met als basisberoep de GZ-vaktherapeut die ook titelbeschermd zou gaan worden in artikel 34 van de wet van BIG. Dit alles dankzij het werk van de CONO Kamer en Giel Hutschemaekers. Echter is dit tot op de dag van vandaag niet het geval, waardoor ook niet bevoegden zich al vaktherapeut en dus psychomotorisch therapeut kunnen gaan opwerpen. De CONO-Kamer Vaktherapeuten zet zich er echter voor in om de BIG-registratie in de toekomst toch te realiseren (Berman, 2005). Iets wat de positie van de vaktherapeuten en daarmee de PMT ten goede zou doen.

Kwaliteitsregister

Het Kwaliteitsregister is naast de BIG-registratie ook een belangrijk 'keurmerk'. Voor de vaktherapeuten bestaat hiervoor de Registers Vaktherapie. Deze wordt beheerd door een onafhankelijke stichting, Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (Berman, 2005). Dit register biedt vaktherapeuten een expliciete erkenning van hun beroepsmatige kennis en ervaring. Hiermee versterkt en markeert het Register de positie van de individuele vaktherapeut en kan het een hulpmiddel zijn voor verdere professionele ontwikkeling. Daarnaast is het Register voor werkgevers een steun bij het opstellen van opleidingsplannen en het opbouwen van een op kwaliteitsnormen afgestemd personeelsbestand. Verder is het voor de vaktherapeuten en daarmee de PMT-er van belang geregistreerd te zijn omdat zorgverzekeraars steeds vaker alleen vergoeding toe kennen aan geregistreerde

vaktherapeuten (FBV, z.j.). Een PMT-er kan zich aanmelden voor registratie als hij of zij lid is van een beroepsvereniging die is aangesloten bij de Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB, z.j.). In het geval van de PMT-er moet deze, voor aanmelding, lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Na deze aanmelding volgt er een toelating tot de kandidaatsfase, waarin een kandidaat aan een aantal voorwaarden moet voldoen om geregistreerd te worden. Wanneer deze zijn voldaan staat de therapeut geregistreerd. Hiermee voldoet hij of zij aan de, door de beroepsgroep gestelde, kwaliteitscriteria, welke voortkomen uit het streven om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te stimuleren. Door zich als vaktherapeut te onderwerpen aan hoge eisen op het gebied van werkervaring, nascholing, supervisie en intervisie blijft een geregistreerd vaktherapeut vakbekwaam. Dit geldt dus ook voor de PMT-er. Om vervolgens ook geregistreerd te blijven, dient de vaktherapeut zich periodiek te laten herregisteren. Door een combinatie van activiteiten, in periodes van minimaal 5 jaar, toont de vaktherapeut zijn of haar deskundighedsontwikkeling aan (Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen, z.j.).

De Functiewaardering in de gezondheidszorg

De meeste vaktherapeuten hebben te maken met de functiewaardering in de gezondheidszorg, de systematiek van de FWG 3.0. Deze waardering rangschikt de functies naar zwaarte, nadat deze eerst door middel van een bepaalde methodiek zijn gewogen. Na dit wegen wordt de functie ingedeeld in een zogenaamde functiegroep. Aan deze functiegroepen is weer een beloning gekoppeld, welke staat vastgesteld in de cao's van het betreffende vak. Het doel van deze functiewaardering is een rechtvaardige loonsverdeling binnen de sector (FWG, z.j.). De functie vaktherapeut is op drie niveaus aangetroffen, namelijk 50, 55 en 60. Bij elk niveau is er in het FWG-functiereferentie in abstract beschreven wat dit niveau voor de vaktherapeut inhoudt (FWG, z.j.).

Diagnose-Behandelcombinaties

De basis voor de rekening die een zorgverzekeraar ontvangt wordt gevormd door de diagnose behandeling combinatie (DBC). Hierin wordt het gehele traject beschreven dat een cliënt doorloopt, vanaf het eerste telefonische intakegesprek met de hulpverlener tot en met de laatste administratieve handeling door de behandelaar. Alle kosten die met de zorg te maken hebben zitten in de prijs van een DBC en al deze DBC's zijn opgenomen in de productstructuur van de GGZ. De GGZ heeft de DBC's gezamenlijk ontwikkeld met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de NZa (PsyQ, z.j.). Ook de vaktherapeuten en daarmee de PMT-ers maken gebruik van deze DBC's. In de Spelregels DBC-registratie staat aangegeven dat in de beroepentabel DBC GGZ wordt aangesloten bij de beroepenstructuur van het CONO. Hierin worden zes beroepenclusters onderscheiden: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepen (DBC GGZ, 2008). Gezien het feit dat PMT valt onder vaktherapeutische beroepen, mag dus ook de PMT-er gebruik maken van DBC's.

Vergoedingen

De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kinder Therapie (NVPMT) geeft binnen het beroepsprofiel aan dat psychomotorische therapie valt onder alternatieve geneeswijzen (NVPMT, 2012). Onder deze noemer wordt PMT vergoed vanuit de aanvullende verzekeringen. Daarnaast wordt PMT als vaktherapie soms ook vallen onder de noemers alternatieve psychologische hulpverlening, overige psychologische zorg, mentale hulpverlening, of gewoon vaktherapie. Ook deze noemers worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering (FVB, 2013). De vergoeding is dan afhankelijk van de dekking in de aanvullende verzekering en verschilt per verzekeraar. Daarbij moet er rekening gehouden worden met het feit dat sommige zorgverzekeraars het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie (PMT) bij elkaar optellen (Intraverte, 2014). Ook kunnen er in de voorwaarden vaak bepaalde uitsluitingcriteria vermeld staan, bijvoorbeeld dat er enkel therapie op individuele basis vergoed wordt of in het kader van medische behandeling. Ook deze criteria zullen dus goed gecontroleerd moeten worden (FVB, 2013).

6. Methode

6.1 Vooronderzoek

Tijdens het vooronderzoek is er voornamelijk informatie gezocht die relevant is voor het onderzoek. Hierbij is er gezocht naar informatie over psychomotorische therapie en huisartsen. Wat houden deze functie en therapie precies in en welke werkzaamheden gaan hiermee gepaard. Ook is er gekeken naar de vergoedingen van deze twee vormen van zorg. Verder is onderzoek gedaan naar het aantal huisartsen dat gevestigd is in de gemeente Oude IJsselstreek. Daarnaast is er nog extra informatie gezocht over het opstellen van vragenlijsten/enquêtes.

6.2 Onderzoeksgroep

Voor dit onderzoek zijn er 18 personen in de steekproef opgenomen. Voor het verkrijgen van deze deelnemers zijn er gericht personen benaderd met bepaalde kenmerken. Er is hierdoor sprake van een doelgerichte steekproef (Bakker & Van Buuren, 2009). De kenmerken waar het bij deze doelgerichte steekproef om ging waren dat de personen huisarts van beroep moesten zijn en dat hun praktijk gevestigd moest zijn in de gemeente Oude IJsselstreek. De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestaat uit de 10 huisartsen die toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek.

6.3 Onderzoeksinstrument

Als onderzoeksinstrument is er gekozen voor het afnemen van een schriftelijke enquête, een vragenlijst. Dit omdat er door middel van een vragenlijst op een snelle en efficiënte manier een grote hoeveelheid gegevens te verzamelen is (Bakker & Van Buuren, 2009). De gemaakte enquête bestaat grotendeels uit meerkeuze vragen en enkele gesloten en open vragen en zal voor elke huisarts hetzelfde zijn. De vragen volgen elkaar in een logische volgorde op en zijn zo opgesteld dat er met behulp van de antwoorden onder andere kan worden aangetoond wat de kennis is de huisartsen van PMT en wat redenen zouden kunnen zijn waarom zij in de toekomst zouden gaan doorverwijzen naar PMT. (Zie voor de enquête bijlage 12.1) Voor het opstellen van de enquête is er gebruik gemaakt voor van de volgende informatie;

De vragenlijst of gesprekspuntenlijst is een van de meest belangrijke onderdelen van het onderzoek, omdat dit de meetinstrumenten zijn waarmee de onderzoeksvraag beantwoord wordt. De kwaliteit van de vragenlijst bepaalt hierdoor de kwaliteit van de uiteindelijk verzamelde data (allesovermarktonderzoek, 2014).

Alvorens je begint met het opstellen van je vragenlijst is het van belang dat je weet wat het doel is van je vragenlijst. Wat wil je weten en waarom. Daarnaast is het belangrijk de doelgroep van te bepalen. Wie wil je bevragen. Deze doelgroep is afhankelijk van je doel. Daarna is het van belang een methode te kiezen om de doelgroep te benaderen. Hierin bestaan verschillende methodes als per post, elektronisch (mail of website), persoonlijk (face-to-face) of telefonisch. Wanneer je deze punten voor jezelf duidelijk hebt kun je verder gaan met het opstellen van de vragenlijst zelf. (bondbeterleefmilieu, 2014). Echter is het naast het opstellen van de vragen ook belangrijk dat er voorafgaande aan de vragenlijst een duidelijk inleiding is. Hierin wordt toegelicht wat het doel is van het onderzoek, wie dit onderzoek afneemt en vanuit welke instelling. In de inleiding wordt ook vermeld dat de anonimiteit wordt gewaarborgd. Aan het eind van de vragenlijst volgt er een duidelijke afsluiting waarin de respondenten de mogelijkheid krijgen om aanvullende opmerkingen te plaatsen. Daarnaast worden de respondenten bedankt en eventueel de mogelijkheid gegeven de onderzoeksresultaten te ontvangen door adresgegevens in te vullen (Bakker & Van Buuren, 2009).

Er zijn verschillende soorten vragenlijsten. Zo is er de enquête die gebruikt voor kwantitatief onderzoek en telefonisch, schriftelijk, online of face-to-face kan worden afgenomen. De

vragen, de volgorde van stellen en de mogelijke antwoorden staan grotendeels vast. Dan is er de semigestructureerde enquête, geschikt voor semi-kwantitatief onderzoek en telefonisch of face-to-face afgenomen kan worden. Ook hierbij staan de vragen en volgorde in grote lijnen vast, maar is er beperkte ruimte om hierin te variëren of door te vragen, wanneer dit beter is voor het verloop van het gesprek en de uiteindelijke resultaten. Als laatste zijn er gespreksrichtlijnen of checklists. Deze vorm van vragenlijsten wordt gebruikt bij kwalitatief onderzoek voor interviews of groepsdiscussies (panels). Hierbij bestaat de lijst uit verschillende onderwerpen die aan bod moeten komen. Een gespreksleider of interviewer heeft hierbij de mogelijkheid vragen aan te passen en er is ruimte voor extra vragen over een bepaald onderwerp. Voor alle soorten vragenlijsten is echter een goede opbouw van belang. Hierbij geldt dat in eerste instantie het onderwerp zo breed mogelijk wordt genaderd, om vervolgens meer specifieke vragen te stellen (allesovermarktonderzoek, 2014).

Binnen een enquête kunnen er ook weer verschillende soorten vragen worden gesteld. De vragen kunnen open of gesloten vragen zijn. Bij open vragen moet de respondent zelf een antwoord formuleren. Gesloten vragen zijn opnieuw in te delen in verschillende soorten en kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. Een van die manieren is door het stellen van dichotome-, meerkeuze- of schaalvragen. Bij dichotome vragen zijn er 2 keuze mogelijkheden waaruit gekozen moet worden, bij meerkeuze vragen zijn er meerdere antwoordmogelijkheden waaruit gekozen moet worden. Hierbij kan het echter wel het geval zijn dat de onderzoeker aangeeft dat de respondent meerdere antwoorden mag kiezen. Bij schaalvragen geeft het antwoord een bepaalde gradatie op een schaal aan. Deze schaal is bepalend voor de analyses die kunnen worden uitgevoerd. Een veel gebruikte methode hierbij is de Likertschaal. Hierbij kan er gekozen worden tussen 3, 5 of 7 antwoord categorieën, die lopen van 'volledig mee eens' tot 'volledig mee oneens'.

Een andere manier van gesloten vragen is uitgaan van meetniveaus. Ook hierin is weer verschil en per meetniveau zijn er weer andere analyses mogelijk.

Naast vragen is het ook de mogelijkheid om stellingen en uitspraken op de stellen. Hierbij kan worden aangegeven in hoeverre de respondent het met deze stelling eens is.

(allesovermarktonderzoek, 2014; Bakker & Van Buuren, 2009).

Bij het formuleren van vragen zijn er verschillende uitgangspunten van belang. Zo moet de vraag het juiste meten, antwoord geven op de onderzoeksvraag. Daarnaast mag de vraag maar uit 1 vraag bestaan en niet op te splitsen zijn in 2 of zelfs meerdere vragen. Ook moet er maar één uitleg van de vraag mogelijk zijn en moet de vraag ook duidelijk zijn voor de respondent. Hierbij moet er rekening gehouden worden met het taalgebruik en de belevingswereld van de respondenten. De vragen mogen geen (dubbele) ontkenningen bevatten in de formulering en moet zo concreet mogelijk zijn. Verder moeten vragen zo neutraal mogelijk geformuleerd zijn en moet er voorzichtig gedaan worden met voorbeelden in de vraag. (allesovermarktonderzoek, 2014; Bakker & Van Buuren, 2009).

Wanneer er gewerkt wordt met gesloten vragen zijn er ook verschillende uitgangspunten van belang voor de antwoordcategorieën. Zo moeten deze alle mogelijkheden dekken en moeten ze elkaar uitsluiten. Ook is het belangrijk dat de antwoorden aansluiten bij de vraagformulering (taalkundig en logisch) en moeten deze antwoorden bij elkaar passen. Als laatste moet er een vluchtmogelijkheid geboden worden. Wanneer er gewerkt wordt met schaalvragen is het belangrijk erop te letten dat er consequentie is in de antwoordvolgorde (allesovermarktonderzoek, 2014).

Naast het soort vragen en antwoorden is ook de vormgeving van de vragenlijst een belangrijk punt. Hierbij is de onderzoeksmethode die wordt toegepast in zekere zin van invloed. Bij een schriftelijke enquête is het bijvoorbeeld van belang dat de eventuele verwijzingen niet te moeilijk zijn en dat in ieder geval duidelijk moet worden aangegeven welke routing de invuller moet volgen. Ook een aantrekkelijke lay-out heeft de voorkeur. Wanneer er een telefonisch onderzoek wordt afgenomen is het van belang dat het voor de respondenten duidelijk is welk antwoord er van hen verwacht wordt. Zie de vragenlijst

niet, waardoor het nodig kan zijn om de antwoord categorieën in de vraag te verwerken of deze aan het eind van de vraag te benoemen. Bij online, schriftelijke of face-to-face onderzoek kan er beeldmateriaal gebruikt worden. Dit om vragen te verduidelijken of om de 'luchtigheid' van de vragenlijst enigszins te vergroten (allesovermarktonderzoek, 2014).

Er komen dus nog verschillende aspecten kijken bij het samenstellen/opstellen van een vragenlijst.

6.4 Onderzoeksdesign

Voor het onderzoek is er allereerst met behulp van de Gemeentegids (2013-2014) gezocht naar de gegevens van alle huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek. Hieruit bleek dat er 18 huisartsen in deze gemeente gevestigd zijn. Deze zijn vervolgens allemaal telefonisch benaderd over deelname aan het onderzoek. In de meeste gevallen was dit eerste contact met één van de assistentes van de artsen, in enkele gevallen kwam de arts zelf aan de lijn. In dit eerste gesprek is er uitleg gedaan over het onderzoek en wat deelname aan het onderzoek precies zou gaan inhouden. Vervolgens is ofwel deelname aan het onderzoek toegezegd of een nieuwe belafsprake gepland zodat eerst intern overleg plaats kon vinden. Tijdens deze tweede belafsprake werd er toezegging voor of afwijzing van deelname aan het onderzoek gedaan en waren er uiteindelijk 10 huisartsen die aan de enquête wilden deelnemen. Daarna zijn alle enquêtes met begeleidend schrijven en een informatieblad (FVB, 2008) (zie bijlage 12.2) per post naar de huisartsen verstuurd. In dit begeleidend schrijven (zie bijlage 12.3) staat een korte aanleiding en toelichting van de enquête. Daarnaast staat hierin ook de datum waarop de enquête weer persoonlijk opgehaald zal worden. Dit laatste is voor gekozen om het voor de huisartsen makkelijker te maken en om minder afhankelijk te zijn van de onderzoekspopulatie.

6.5 Dataverwerking

Na het ophalen van alle enquêtes bij de verschillende huisartsen zullen deze met elkaar vergeleken worden. Hierbij zal voornamelijk gekeken worden naar het percentage artsen dat dan wel bekend, dan wel onbekend is met psychomotorische therapie. Vervolgens zal er gekeken worden naar redenen om, wanneer er al doorverwezen wordt, meer door te gaan verwijzen of, wanneer er nog niet doorverwezen wordt, in de toekomst wel te gaan doorverwijzen naar PMT. Ook zal er gekeken worden naar wat PMT volgens de verschillende huisartsen inhoudt. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen de huisartsen die wel bekend zijn met en de huisartsen die niet bekend zijn met PMT. De resultaten hiervan zijn allemaal terug te vinden in het volgende hoofdstuk waarin de resultaten verder zullen worden toegelicht.

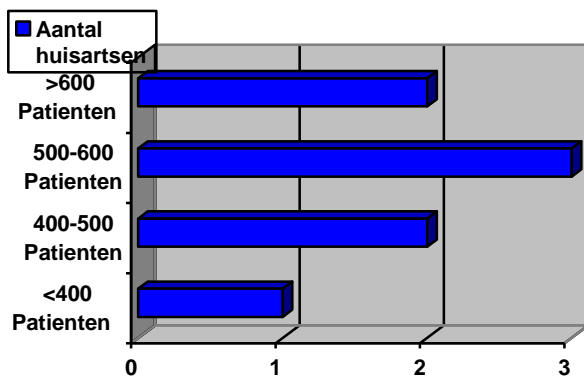
7. Resultaten

Zoals eerder aangegeven bij de methode (onderzoeksdesign), zijn er 10 huisartsen aangeschreven en daarmee de enquête toegestuurd. Deze enquêtes zouden, zoals vermeld in de brief, op vrijdag 23 mei opgehaald worden. Bij het ophalen bleken echter slechts 2 van de 10 enquêtes daadwerkelijk ingevuld klaar te liggen. Met de rest van huisartsen/huisartsassistenten is een belafsprake gemaakt voor maandag 26 mei. In dit telefoon gesprek is vervolgens gevraagd of de enquête alsnog is ingevuld door de huisarts en of deze de volgende dag opgehaald zou kunnen worden. Uiteindelijk zijn 8 van de 10 enquêtes ingevuld opgehaald. Hieronder zullen de resultaten van deze enquêtes verder worden uitgewerkt en toegelicht.

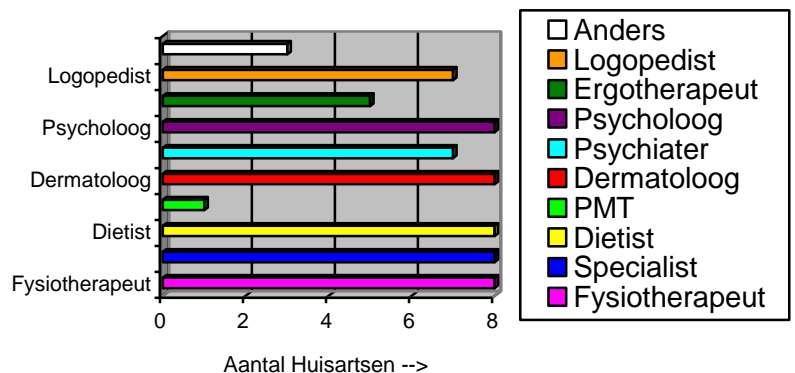
Van de 8 huisartsen die de enquêtes hebben ingevuld zijn er 6 van het mannelijk geslacht en 2 van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd van deze huisartsen is 50,6 jaar oud. De jongste huisarts is 38 jaar en de oudste 58 jaar.

Het aantal patiënten dat per maand op consult komt bij de huisarts varieert tussen de < 400 tot > 600 patiënten en is hieronder verder uitgelicht door middel van een grafiek (figuur 1). Ondanks de verschillen in aantal consulten, is het percentage patiënten dat wordt doorgestuurd vrijwel bij elke huisarts $\pm 25\%$. Echter hebben 4 van de 8 huisartsen aangegeven, door bijschrijven op de enquête, dat dit bij hen nog minder dan deze 25% is. 2 van deze 4 gaven aan het hierbij om <10% van de patiënten gaat. Waar alle huisartsen naar doorverwijzen is in beeld gebracht in een grafiek (figuur 2). Bij deze vraag konden zij ook kiezen voor de optie anders en hierbij aangeven waar zij nog meer naar doorverwijzen. De aangegeven andere opties waren: Specialist ouderengeneeskunde, praktijkondersteuner GGZ, podotherapeut, manueeltherapeut, caesartherapeut en haptonoom.

Figuur 1: Gemiddeld aantal patiënten per huisarts



Figuur 2: Zorgverleners waar naar wordt doorverwezen door huisartsen



Verder uit de enquêtes naar voren dat 2 van de 8 huisartsen bekend is met psychomotorische therapie (PMT). 1 van deze 2 huisartsen is bekend met PMT doordat hij gewerkt heeft in de psychiatrie, de ander is bekend met PMT door vakliteratuur, internet, via patiënten en collega's en door doorverwijzingen naar PMT. Samengevat houdt PMT volgens hen het volgende in: Het verkennen van psychische klachten door middel van bewegen en samen bewegen. Psychische of psychosomatische klachten behandelen of ondersteunen door/ met behulp van fysieke activiteiten.

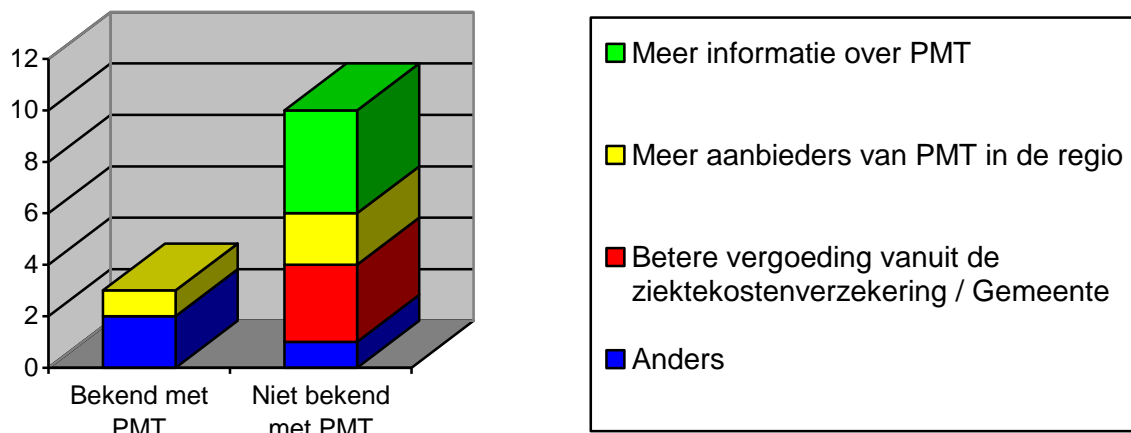
1 van deze 2 huisartsen verwijst ook door naar PMT, gemiddeld 1 patiënt per maand uit de doelgroep kinderen en jeugd, verstandelijk beperkten of mensen met depressieve klachten. Hij geeft aan door te verwijzen naar Psychologisch Adviesbureau Impulz te Silvolde en Smeeten Cesartherapie te Varsseveld. Zijn ervaringen met deze doorverwijzen zijn goed. De andere huisarts geeft aan niet door te verwijzen naar PMT. Hij heeft hierbij geschreven dat hij wel doorverwijst naar Psychologisch Adviesbureau Impulz waar zijn patiënt

vervolgens zelf kan kiezen voor PMT. Deze huisarts geeft dan ook aan dat een reden voor hem om niet rechtstreeks door te verwijzen naar PMT is dat er te weinig aanbieders in de regio zijn. Wanneer deze er meer zouden zijn, zou hij mogelijk wel gaan doorverwijzen naar PMT. De andere huisarts geeft hierover aan dat ondersteunend onderzoek vanuit de NHG, de Nederlandse Huisartsen Genootschap, waaruit blijkt dat er meer indicaties zijn voor PMT, een reden zou zijn om in de toekomst vaker door te verwijzen naar PMT. Zie hierover ook figuur 3.

6 van de 8 huisartsen geeft aan niet bekend te zijn met PMT. Wat PMT volgens hen inhoudt varieert, maar er zijn enkele terugkerende uitspraken. Een voorbeeld hiervan is dat 2 van de 6 huisartsen PMT beschrijft als een vorm van fysiotherapie. Verder wordt enkele keren gesproken over het behandelen van psychische problemen en wordt 'oefenen' genoemd. Ook bij de doelgroepen die de huisartsen geschikt achten voor deze behandelvorm zijn er doelgroepen die meerdere keren genoemd worden. Hierbij gaat het om de doelgroepen kinderen en patiënten met SOLK-klachten*. Verder noemt 1 van de 6 huisartsen ouderen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast schreef 1 huisarts dit niet te weten, omdat hij hiervoor te weinig van PMT weet.

De redenen om naar PMT te gaan doorverwijzen in de toekomst verschilden bij de 6 huisartsen, maar er was ook overlap, zoals te zien is in figuur 3. In dit figuur is inzichtelijk gemaakt welke redenen de huisartsen opgeven om in de toekomst te gaan doorverwijzen naar PMT. In de tabel is ook het verschil in redenen te zien tussen de huisartsen die wel bekend zijn met PMT en de huisartsen die niet bekend zijn met PMT.

Figuur 3 Redenen voor huisartsen om door te verwijzen naar PMT in de toekomst.



* SOLK. De afkorting Solk staat voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (Solkcentrum, 2014).

8. Discussie

Tijdens het onderzoek is er gebleken dat er weinig literatuur te vinden is over het onderwerp van dit onderzoek.

Als onderzoeksinstrument is gekozen voor het afnemen van schriftelijke enquêtes. Voor dit instrument is gekozen vanuit het idee om in zo kort mogelijke tijd zoveel als informatie te verkrijgen. De enquête is kort en bondig opgesteld, waardoor het de huisartsen weinig tijd zou kosten om deze in te vullen, maar wel de benodigde kwaliteit zou opleveren. De benodigde tijd voor het invullen van de enquête werd geschat op 10-15 minuten en de enquête kon op een door de huisarts zelf gekozen moment ingevuld kunnen worden. Een nadeel aan het afnemen van schriftelijke enquêtes is dat er niet doorgevraagd kan worden op gegeven antwoorden, iets wat wel mogelijk is bij het afnemen van een interview. Daarin tegen zijn interviews wel meer tijdrovend dan schriftelijke enquêtes, wat mogelijk als gevolg gehad zou kunnen hebben dat het aantal deelnemende huisartsen minder zou zijn geweest. Met het oog op dit laatste genoemde punt is er toch de schriftelijke enquête verkozen boven het afnemen van een interview. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek bleek dit een goede keus geweest te zijn. De tijd, die deelname aan het onderzoek in beslag zou nemen, was voor de meeste huisartsen een reden om wel of niet aan onderzoek deel te nemen, in enkele gevallen was dit zelfs doorslaggevend. Dit kwam duidelijk in de eerste telefonische contacten naar voren.

Een ander nadeel van het afnemen van schriftelijke enquêtes bleek later het zogenaamde 'doktershandschrift' te zijn, oftewel een slordig handschrift (Sokol & Hettige, 2006). Ondanks dat het merendeel van de vragen meerkeuze was, zaten er enkele openvragen tussen die door de huisartsen zelf te beantwoorden was. Deze antwoorden waren soms slecht leesbaar door dit 'doktershandschrift'.

Zoals in de methode, onderzoeksdesign beschreven staat, is er binnen het design gekozen voor eerst telefonisch contact met alle huisartsen opnemen en het vervolgens opsturen van de enquêtes. Door dit voorafgaande telefonisch contact kon de enquête geïntroduceerd en toegelicht worden en werd direct duidelijk welke huisartsen er wel of geen interesse hadden in deelname aan de enquête. Dit bleek goed te werken, want van de 10 opgestuurde enquêtes zijn er uiteindelijk 8 daadwerkelijk ingevuld.

Verder wordt er in de methode, onderzoeksdesign aangegeven dat er voor gekozen is om de enquêtes zelf weer op te halen bij de huisartsen. Dit leek voorafgaande aan het onderzoek een goede methode te zijn, omdat hiermee het onderzoek minder afhankelijk werd van anderen. Bij het ophalen bleek echter 2 van de 10 enquêtes daadwerkelijk ingevuld te zijn en klaar te liggen. Vervolgens is er voor gekozen om op maandag alle huisartsen te bellen, om vervolgens op dinsdag de enquêtes op te kunnen halen. Dit bleek wel te werken. 6 van de 10 enquêtes konden er vervolgens alsnog worden opgehaald, van de overige 2 werd aangegeven dat de huisarts er niet aan toe was gekomen en dat deze het voorbij liet gaan. Achteraf gezien was eerst bellen en dan gaan ophalen een betere methode geweest.

In de resultaten komt naar voren dat 1 van de 8 huisartsen doorverwijst naar PMT. Deze huisarts geeft hierbij aan door te verwijzen naar Psychologisch Adviesbureau Impulz te Silvolde en Smeeten Cesartherapie te Varsseveld. Vanuit nader onderzoek bleek dat deze laatst genoemde geen PMT aanbiedt, maar wel cesartherapie en psychosomatische oefentherapie. Van hieruit kan in twijfel getrokken worden of deze huisarts volledig op de hoogte is van wat PMT precies inhoudt. De verdere resultaten zijn duidelijk en niet in twijfel te trekken.

9. Conclusie

De vraagstelling van dit onderzoek luidde als volgt:

“Wat is de kennis van en bekendheid met psychomotorische therapie bij huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek?”

Op deze onderzoeksvraag wordt door 6 van de 8 huisartsen geantwoord dat zij niet bekend zijn met psychomotorische therapie (PMT). Qua kennis over PMT kunnen zij benoemen dat het hierbij gaat om het behandelen van psychische problemen en wordt ook gesproken over oefenen. Hierin verschilt hun beschrijving van PMT weinig van de beschrijving die de 2 huisartsen geven die wel bekend zijn met PMT. Daarnaast overlappen de verschillende doelgroepen, genoemd door de 8 huisartsen, waarvoor PMT een geschikte behandelvorm zou zijn elkaar. Zo worden namelijk de doelgroepen kinderen en cliënten met SOLK-klachten meerdere malen genoemd. Daarnaast worden ook ouderen met dementie en cliënten met een verstandelijke beperking genoemd. Ondanks deze aanwezige kennis, wordt er slechts door 1 huisarts daadwerkelijk doorverwezen naar PMT. Om dit aantal in de toekomst te vermeerderen geven de huisartsen aan dat het van belang is dat zij meer informatie krijgen over PMT, er meer aanbieders in de regio komen en er een betere vergoeding vanuit de ziektekostenverzekeringen/gemeenten gerealiseerd wordt. Hierdoor zal het aantal doorverwijzingen in de toekomst gaan groeien en zullen er meer mensen bekend worden met psychomotorische therapie.

10. Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling is het doen van dit onderzoek in andere gemeenten. Het vervolgens vergelijken van deze onderzoeken toont aan of er verschil is in kennis van en bekendheid met PMT in de verschillende gemeenten en mogelijk aantonen waar deze verschillen vandaan komen. Dit omdat er vanuit dit onderzoek gebleken is dat hier weinig literatuur over te vinden is.

Een andere aanbeveling is het informeren van de huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek over PMT, om de kennis van de huisartsen te vergroten en daarmee mogelijk het aantal doorverwijzingen naar PMT te vergroten. Dit naar aanleiding van het resultaat van dit onderzoek, dat meer informatie over PMT een reden zou zijn om in de toekomst te gaan doorverwijzen naar PMT.

Een volgende aanbeveling is meer gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van vaktherapeutisch behandelaanbod. Vink (2009) geeft hierover aan dat deze er met name in Nederland weinig zijn, wat werken vanuit een Evidence-based practice-visie bemoeilijkt. "Evidence-based Practice (EBP) is een methode binnen de zorg, waarbij de behandeling zoveel mogelijk wordt gebaseerd op wetenschappelijke onderzoekskennis, de klinische ervaring van de behandelaar en de wensen van de patiënt." (Vink, 2009, p.34). Dit is ook voor de PMT van belang, want des te meer je als PMT-er kan aantonen dat datgene wat jij doet werkt en waarom, des te meer het ook voor andere instellingen en zorgverleners interessant kan zijn om die manier van werken te implementeren of naar door te verwijzen (Vink, 2009).

Een laatste aanbeveling is het doen van onderzoek vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) waaruit blijkt wat de verschillende indicaties zijn voor PMT. Ook deze aanbeveling volgt vanuit een van de resultaten. Dit zou namelijk een reden zijn voor een van de huisartsen om in de toekomst meer te gaan doorverwijzen naar PMT.

11. Literatuurlijst

- Alles over marktonderzoek. (2014). *Vragenlijsten*. Geraadpleegd op 18 mei 2014 op <http://www.allesovermarktonderzoek.nl/vragenlijsten>
- Bakker, E., & Buuren van, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, M. (2011). *Bekendheid PMT onder huisartsen in Zwolle* (Afstudeerscriptie, Christelijke Hogeschool Windesheim, Nederland). Geraadpleegd op 18 mei, 2014 van <http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=windesheimhogeschool%3Aoi%3Arepository.samenmaken.nl%3Asmpid%3A22168>
- Baks, M. (2008). Paramedici verlangen erkenning. *Arts*, 19, 16-23.
- Berman, A. (2005). Ich bin ein vaktherapeut. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 25-31.
- Bond beter leef milieu. (2014). *Tips voor enquetes*. Geraadpleegd op 18 mei, 2014 op http://www.bondbeterleefmilieu.be/downloadsftp/ledenpagina/bewegingswerk/acties/070403_tips_voor_enquetes.pdf
- Cesar Oefentherapie (z.j.). *Wat is oefentherapie Cesar?* Geraadpleegd op 01 juni, 2014 op <http://www.cesar-varseveld.nl/index.php/wat-is-oefentherapie-cesar>
- CIBG. (z.j.). Over BIG-register. Geraadpleegd op 23 juni, 2014, op <https://www.bigregister.nl/overbigregister/>
- DBC GGZ. (2008). *Spelregels DBC-registratie*. Geraadpleegd op http://www.nza.nl/binaries/7113/12291/bijlage_100.067.pdf
- De Rijksoverheid. (z.j.). Registratie in BIG-register van beroepen. Geraadpleegd op 23 juni, 2014, op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/registratie-in-big-register-van-beroepen>
- Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen... Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder. *'t Web, Tijdschrift voor bewegingsonderwijs, -therapie en -recreatie*, 4, 6-16. Geraadpleegd op <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008). *Psychomotorische therapie*. Geraadpleegd op 17 mei, 2014 op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/downloads
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2013). *Overzicht vergoedingen vaktherapie 2014*. Geraadpleegd op 23 juni, 2014 op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/voor_zorgverzekeraars
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2014). *Psychomotorische therapie*. Geraadpleegd op 16 mei, 2014 op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie/psychomotorische_therapie
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.j.). Registratie SRVB. Geraadpleegd op 23 juni, 2014, op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/voor_vaktherapeuten/veel_gestelde_vragen/registratie

- Fellinger, P. (2007). Bewegingsagogie. Een plaatsbepaling met handelingskader. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 23-28
- FWG. (z.j.). FWG-functiereferentie. Geraadpleegd op 24 juni, 2014, op http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2010-02-02_FWG_referentie_vaktherapeut-1.doc
- FWG. (z.j.). Functiewaardering. Geraadpleegd op 24 juni, 2014, op <http://www.fwg.nl/Functiewaardering/index.aspx>
- Gemeente Oude IJsselstreek (2013). *Gemeentegids 2013-2014*. Ulft, Nederland: Drukkerij IJsselstroom.
- Intraverte (2014). *Tarieven en vergoedingen 2014*. Geraadpleegd op 17 mei, 2014 op <http://www.intraverte.nl/intraverte/tarieven-en-vergoedingen/>
- Lange, J. de (1998). Van lijfswang tot lichaamswerk. Geschiedenis van de bewegingsruimte in de psychiatrische inrichting 1827-1975. *Bewegen en hulpverlening*, 15, 3-104.
- Langeweg, F. (2013). *Samen staan wij sterk* (Afstudeerscriptie, Christelijke Hogeschool Windesheim, Nederland).
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2014). *De Huisarts*. Geraadpleegd op 17 mei, 2014 op <http://lhv.artsennet.nl/De-LHV/De-huisarts-3.htm>
- Medisoft bv. (2008). *Paramedisch*. Geraadpleegd op 14 mei, 2014 op <http://www.medirecord.eu/paramedisch/index.htm>
- Mosdzien, M. (2014). *Verwijzingen*. Geraadpleegd op 18 mei, 2014 op <http://mosdzien.praktijkinfo.nl/pagina/54/verwijzingen/>
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kinder Therapie (2012). *Vergoedingenlijst verzekeraars 2012*. Geraadpleegd op 17 mei, 2014 op <http://www.nvpmkt.nl/vergoedingen/vergoedingenlijst-zorgverzekeraars-2012.pdf>
- Pmtinfosite (2014). *Wat is Psychomotorische Therapie*. Geraadpleegd op 15 mei, 2014 op <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Probst, M., & Bosscher, R.J. (2001). Psychomotorische therapie in Vlaanderen en Nederland. In M. Probst en R.J. Bosscher (red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Zeist: Cure & Care.
- Pronk, M. T. (2007). Knelpunten van het BIG-register geregistreerd. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 31(1), 23-27. doi:10.1007/BF03056321
- Psychologisch Adviesbureau Impulz. (z.j.). *Groepstrainingen*. Geraadpleegd op 01 juni, 2014 op <http://www.impulzpa.nl/?p=groepstraining>
- PsyQ. (z.j.). *Wat is een Diagnose Behandeling Combinatie*. Geraadpleegd op 24 juni, 2014, op <http://www.psyq.nl/Service/Over-PsyQ/wat-is-een-dbc>
- Redactie Gezondheidsnet.nl. (2006). *Huisarts verwijst patient bij twijfel liever niet door*. Geraadpleegd op 18 mei, 2014 op <http://www.gezondheidsnet.nl/medisch/huisarts-verwijst-patient-bij-twijfel-liever-niet-door>

Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen. (z.j.). Welkom bij het Register voor Vaktherapeutische beroepen. Geraadpleegd op 23 juni, 2014, op <http://www.registervaktherapie.nl/>

Sokol, D.K., & Hettige S. (2006). Poor handwriting remains a significant problem in medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(12), 645-646. doi:10.1258/jrsm.99.12.645

Solkcentrum, (2014). *Wat is SOLK*. Geraadpleegd op 28 mei, 2014 op http://www.solkcentrum.nl/php/wat_is_solk.php

Vink, A. (2009). Evidence-based practice. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 27-34

Vyt, A. (2012). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Apeldoorn: Garant Uitgevers.

123-Test. (2014). *Beroep Huisarts*. Geraadpleegd op 17 mei, 2014 op <http://www.123test.nl/beroepen/beroep-huisarts/>

12. Bijlagenoverzicht

12.1 Schriftelijke Enquête

12.2 Informatieblad Psychomotorische Therapie

12.3 Begeleidend Schrijven

12.1 Schriftelijke Enquête

Schriftelijke Enquête Afstudeeronderzoek

Onderzoeksvraag: Wat is de kennis van en bekendheid met Psychomotorische Therapie bij huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek?

Vraag 1: Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Vraag 2: Wat is uw leeftijd?

..... Jaar

Vraag 3:

Hoeveel patiënten komen er gemiddeld per maand bij u op consult?

- A: < 400
- B: 400-500
- C: 500-600
- D: > 600

Vraag 4:

Hoeveel procent van de patiënten verwijst u gemiddeld per maand door, bijvoorbeeld naar een specialist?

- A: ± 25%
- B: ± 50%
- C: ± 75%
- D: > 75%

Vraag 5:

Waar verwijst u zoal naar door? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Fysiotherapeut
- Specialist (bijv. cardioloog of oncoloog)
- Diëtist
- Dermatoloog
- Psychomotorisch therapeut
- Psycholoog
- Psychiater
- Oogarts
- Gynaecoloog
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Anders, namelijk.....

Vraag 6:

Bent u bekend met Psychomotorische Therapie(PMT)?

- Ja , ga door naar vraag 7
- Nee, ga door naar vraag 17

Vraag 7:

Wat houdt PMT volgens u in?

.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 8:

Waardoor bent u bekend met PMT?

- Vakliteratuur
- Internet
- Via patiënten
- Via collega artsen
- Doorverwijzingen naar PMT
- Anders, namelijk.....

Vraag 9:

Verwijst u patiënten wel eens door naar PMT?

- Ja, ga door naar vraag 8
- Nee, ga door naar vraag 13

Vraag 10:

Hoe vaak verwijst u gemiddeld per maand een patiënt door naar PMT?

- 1 keer
- 2 keer
- 3 keer
- Meer namelijk....

Vraag 11:

Welke doelgroep wijst u door naar PMT? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Kinderen en jeugd met externaliserende of internaliserende stoornissen.
- Kinderen en jeugd met lichamelijke klachten
- Verstandelijk beperkten
- Mensen met hersenletsel
- Dementerende ouderen
- Mensen met depressieve klachten
- Mensen met een eetstoornis
- Anders, namelijk.....

Vraag 12:

Naar welke aanbieders verwijst u door? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Psychologisch Adviesbureau Impulz, Silvolde
- GGNet, Doetinchem
- Anders, namelijk...

Vraag 13:

Hoe is uw ervaring met behandelingen van patiënten die zijn doorverwezen naar de PMT?

- Goed
- Voldoende
- Matig
- Slecht

Geef een korte toelichting:

.....

.....

.....

.....

Vraag 14:

Waardoor gaat u mogelijk in de toekomst vaker doorverwijzen naar PMT? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Meer informatie over PMT
- Meer aanbieders van PMT in de regio
- Betere vergoeding vanuit de ziektekostenverzekering / Gemeente.
- Anders, namelijk.....

Ga door naar vraag 20

Vraag 15:

Waarom verwijst u niet door naar PMT? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Te weinig bekendheid
- Te weinig aanbieders in de regio
- Dekking vanuit de ziektekostenverzekering
- Geen indicatie
- Anders, namelijk.....

Vraag 16:

Waardoor zou u mogelijk in de toekomst wel gaan doorverwijzen naar PMT? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Meer kennis en literatuur over PMT
- Meer aanbieders in de regio
- Betere dekking vanuit de ziektekostenverzekering / Gemeente
- Anders, namelijk.....

Ga door naar vraag 20

Vraag 17:

Wat denkt u dat Psychomotorische Therapie inhoudt?

.....

.....

.....

.....

Vraag 18:

Voor welke doelgroep zou dit mogelijk een geschikte behandelvorm zijn?

.....

.....

.....

.....

Vraag 19:

Wat zou voor u een reden kunnen zijn om door te gaan verwijzen naar PMT?

- Meer informatie over PMT
- Meer aanbieders in de regio
- Een betere dekking vanuit het ziekenfonds/gemeenten
- Anders, namelijk....

Vraag 20:

Ruimte voor eventuele overige opmerkingen en/of suggesties:

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk Bedankt voor het invullen van de enquête!

Mocht u geïnteresseerd zijn in een digitale kopie van het volledige onderzoek, vul dan hieronder u e-mailadres in:

.....

12.2 Informatieblad Psychomotorische Therapie

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 zo nodig bijgesteld wordt.
- Interventies zijn gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. 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 bewegingsgedrag 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 strikte contra-indicaties.

3. Werkwijze psychomotorische therapie

Als boven beschreven is psychomotorische therapie een experiëntiële behandelvorm waarbij lichamelijke en beweging 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 bewegingsgedrag.

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.

12.3 Begeleidend Schrijven

Janneke Bus
Oldenhove 6
7075AG Etten
Nederland

Naam Huisarts
Adres
Postcode + Plaats
Nederland

Betreft: Schriftelijke enquête

Etten, mei 2014

Geachte heer/mevrouw,

Een tijdje geleden heb ik telefonisch contact met u of uw assistente gehad. Mijn naam is Janneke Bus en ben laatstejaars studente van de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Zoals in het telefoongesprek kort is toegelicht moet ik ter afronding van deze opleiding een afstudeeropdracht maken. Hiervoor heb ik de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Wat is de kennis van en bekendheid met Psychomotorische Therapie bij Huisartsen in de Gemeente Oude IJsselstreek?

Om deze vraag te kunnen onderzoeken heb ik een schriftelijke enquête opgesteld. en in het telefoongesprek heeft u of uw assistente laten weten dat u bereidt bent hier aan mee te werken. Door middel van mijn onderzoek en het daarbij afnemen van de enquête hoop ik inzichtelijk te kunnen maken wat de kennis van en het doorverwijsgedrag is naar Psychomotorische therapie van huisartsen in de gemeente Oude IJsselstreek. In de bijlage vindt U de enquête. Daarnaast heb ik ook een informatieblad bijgevoegd over Psychomotorische Therapie. Bij deze wil ik u vragen de enquête zo compleet mogelijk in te vullen. De door u ingevulde gegevens blijven anoniem en zullen na het verwerken vernietigd worden. De enquête zal ik vrijdag 23 mei persoonlijk op komen halen.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Janneke Bus
06-12573668
jannekebus@gmail.com

Bijlage: Schriftelijke Enquête + Informatieblad