

OEFENTHERAPEUTEN- MENSENDIECK: WERKSITUATIE EN TAAKUITOEFENING.

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

Uit de resultaten blijkt dat oefentherapeuten-Mensendieck voornamelijk werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ongeveer een kwart van de oefentherapeuten-Mensendieck is werkzaam op meer dan één werkplek. De gegevens over taakuitoefening laten zien dat de oefentherapeut-Mensendieck zich voornamelijk bezig houdt met taken met betrekking tot de zorgverlening en in mindere mate toekomt aan de overige taken. Tot de overige taken behoren onder andere het op peil houden en het specificeren van deskundigheden door het volgen van na- en bijscholing, het bezoeken van congressen en het bijhouden van vakliteratuur. Ook aan het evalueren van de zorgverlening met patiënten en met collega's komt men in mindere mate toe. Er zijn verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. Therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder jaren werkervaring. Ook is er de tendens dat meer therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk toekomen aan het evalueren van de zorgverlening met collega's (intercollegiale toetsing). Therapeuten in groepspraktijken komen daarentegen minder toe aan het bijhouden van ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied.

DOOR: WALTER ZUIJDER-
DUIN EN JOOST DEKKER.

Inleiding.

De oefentherapie-Mensendieck is een paramedisch beroep. Het is een vorm van lichamelijke opvoeding die streeft naar een optimaal functioneren van de individuele patiënt op basis van zijn/haar anatomische structuur en bewegingsmogelijkheden. De grondlegster van de oefentherapie-Mensendieck is mevrouw Bess M. Mensendieck (1864-1957). Zij ontwikkelde de methode-Mensendieck rond 1895 als reactie op de Victoriaanse normen ten aanzien van houding en beweging en de daaruit voortvloeiende vervreemding van het lichaam (Balm & Gijsbers, 1991). De methode Mensendieck richt zich op verbetering van de lichaamshouding en de manier van bewegen door bewust spiergebruik, een bewuste bewegingsuitvoering en een bewuste beheersing van de houding. Spier-

versterking en spierontspanning zijn belangrijke elementen van de oefeningen. De behandeling is steeds individueel gericht. Oefeningen worden in de regel niet voorgedaan, maar (aangepast) aan de patiënt mondeling geïnstrueerd. Hierdoor kan de patiënt al analyserend, voelend en kijkend (er wordt gebruik gemaakt van spiegels) de beweging goed leren uitvoeren. Toepassing van de methode-Mensendieck vond met verschillende doeleinden plaats. Zo had de methode in eerste instantie een esthetisch doel, namelijk vrouwen een mooie lichaamshouding en lichaamsvorm te laten verkrijgen. Vanaf de jaren twintig is de methode-Mensendieck, die toen nog werd onderricht door de "Ierares-Mensendieck", zich meer gaan richten op het behandelen van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat. De methode-Mensendieck kon zo uitgroeien van een preventieve methode tot een preventieve, palliatieve en curatieve behandelingsmethode (Balm, 1989). In 1972 werd oefen-

therapie-Mensendieck in het kader van de Wet op de paramedische beroepen erkend door publicatie van het besluit oefentherapeuten-Mensendieck. De naam van de beroepsbeoefenaren werd toen gewijzigd van "Ierares-Mensendieck" in "oefentherapeut-Mensendieck". In 1974 werd oefentherapie-Mensendieck in het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgenomen.

Over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en het werkterrein van oefentherapeuten-Mensendieck zijn weinig gegevens beschikbaar. Volgens de beroepengids zorgsector bedroeg het aantal werkzame oefentherapeuten in 1990 circa 800. Tot de voornaamste werkvelden behoorde de eigen praktijk (circa 90%). Ongeveer 10% van de oefentherapeuten-Mensendieck zou werkzaam zijn in de tweede/derde lijn. Het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren bedroeg in 1990 circa 96% (Beroepengids zorgsector, 1990). Verder is er weinig bekend over de werksituatie en taakuitoefening bij oefentherapeuten-Mensendieck. Informatie over deze onderwerpen is van belang voor de beroepsgroep zelf. Het kan als uitgangspunt dienen voor beleid van de beroepsvereniging ten aanzien van bijvoorbeeld na- en bijscholing en intercollegiale toetsing. Dit zijn aspecten die van belang zijn voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ook buiten de beroepsgroep is behoefte aan meer informatie over oefentherapie-Mensendieck. Informatie over het beroep is ondermeer van belang voor de overheid, de zorgverzekeraars en verwijzers. Informatie over de leeftijdsverdeling en het aantal werkuren is bijvoorbeeld van belang voor de beroepskrachtenplanning. Informatie over de wijze van administratievevoering kan van belang zijn bij de opzet van toekomstig onderzoek waarin men gebruik wilt maken van de oefentherapeuten-Mensendieck geregistreerde gegevens. Om in deze behoefte aan informatie

te voorzien is in 1990 bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) een project gestart waarin onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg wordt gedaan. Onderdeel van het project is een enquête over de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck en de relatie die oefentherapeuten-Mensendieck hebben met verwijzers. In dit artikel wordt verslag gedaan over de eerst genoemde aspecten. Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

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

In een tweede artikel wordt verslag gedaan over de relatie met de verwijzer. Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groepspraktijk¹ en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk.

METHODE.

Gegevensverzameling.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verkregen via een schriftelijke enquête onder werkende oefentherapeuten-Mensendieck in Nederland. Bij de steekproeftrekking is gebruik gemaakt van het ledenbestand van de beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) en van het bestand van de bij de Geneeskundige Hoofdingpectie van de volksgezondheid (GHI) geregistreerde (gediplomeerde) oefentherapeuten-Mensendieck². Alle therapeuten, die zowel voorkwamen in het ledenbestand van de NVOM als in het GHI-bestand, zijn uit het laatste bestand verwijderd. Het grootste deel van de steekproef (300 therapeuten) is afkomstig uit het ledenbestand van de NVOM. Om ook niet-leden te betrekken in de steekproef is het overige deel van de steekproef (52 therapeuten) afkomstig uit het be-

werkte GHI-bestand. In totaal zijn 352 enquêtes verstuurd in de periode november 1991 - januari 1992.

DE ENQUETE.

De Procedure bij het ontwikkelen van de enquête.

Bij de ontwikkeling van de enquête is getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij datgene wat bekend is over het werk en de werksituatie van oefentherapeuten-Mensendieck. Een belangrijke inhoudelijke leidraad is daarbij geweest het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de gegevens uit onderzoek naar oefentherapie-Mensendieck (Balm & de Lange, 1988). De enquête "relatie huisarts-fysiotherapeut" uit het onderzoek Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg heeft tevens als inspiratiebron gediend (Kerssens et al., 1986). Een concept enquête is besproken met een inhoudelijk adviseur en met leden van de begeleidingscommissie. Na aanpassing zijn de enquêtes vervolgens uitgetest op een kleine groep therapeuten. Naar aanleiding van dit vooronderzoek is de definitieve versie van de enquête opgesteld (zie van Gisbergen et al, 1991).

De inhoud van de enquête.

Onderwerpen die in de enquête aan de orde komen zijn: demografische kenmerken van de therapeuten (geslacht, leeftijd, aantal jaren werkervaring), kenmerken van de werksituatie (eerstelijns of tweede/derdelijnsgezondheidszorg), aard en omvang van de werkzaamheden, de administratievoering en na- en bijscholing. De taken van de oefentherapeut die worden belicht zijn taken die gebaseerd zijn op het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Het gaat daarbij om de taakgebieden: het verlenen van zorg, samenwerken met andere zorgverleners, evalueren van het beroepsmatig handelen, beheren en het ontwikkelen van individuele kennis en kunde³. Bij deze vragen is gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal.

Middels deze schaal die loopt van "doe ik nooit" tot "doe ik zeer vaak" konden de respondenten aangeven in hoeverre men deze activiteiten daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uitvoert.

Ook is er nagegaan of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een groepspraktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. De verschillen zijn getoetst met behulp van de t-toets of de chikwadraat methode. Welke methode waar is gebruikt staat aangegeven in de tekst.

RESULTATEN.

Respons.

In totaal zijn 352 enquêtes verstuurd. Na 1 rappel zijn 294 enquêtes terug ontvangen (84%). Van de 294 terug ontvangen enquêtes kwamen er 7 oningevuld terug omdat zij onbestelbaar bleken en 47 enquêtes waren afkomstig van respondenten die niet werkzaam waren als oefentherapeut-Mensendieck. Van de onbestelbare enquêtes waren 3 adressen afkomstig uit het NVOM bestand en 4 uit het bewerkte GHI-bestand. Van de niet-werkzame therapeuten kwamen er 27 uit het NVOM bestand en 20 uit het bewerkte GHI-bestand. Uiteindelijk bleven 240 respondenten over, de netto respons (na aftrek van de onbestelbare enquêtes en de enquêtes die verstuurd waren aan niet werkzame oefentherapeuten-Mensendieck) was 81%. Gezien de hoogte van de respons en de wijze van steekproeftrekking kan er vanuit ge-

¹ Met een groepspraktijk wordt hier bedoeld: een praktijk waar meer dan één oefentherapeut-Mensendieck werkzaam is.

² Het werkende ledenbestand van de N.V.O.M. omvatte 687 namen en adressen, het G.H.I.-bestand 910 namen en adressen.

³ Over behandelingen zijn geen vragen gesteld. Dit onderwerp komt elders in het onderzoeksproject aan de orde.

gaan worden dat het gaat om een representatief deel van alle werkende oefentherapeuten-Mensendieck in Nederland.

Demografische en algemene kenmerken.

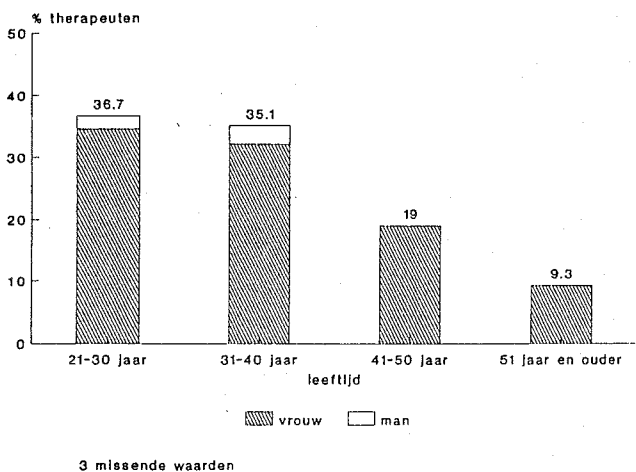
In figuur 1 staat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de 240 respondenten.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 36.0 jaar. Van de 240 respondenten zijn 228 (95%) van het vrouwelijk geslacht.

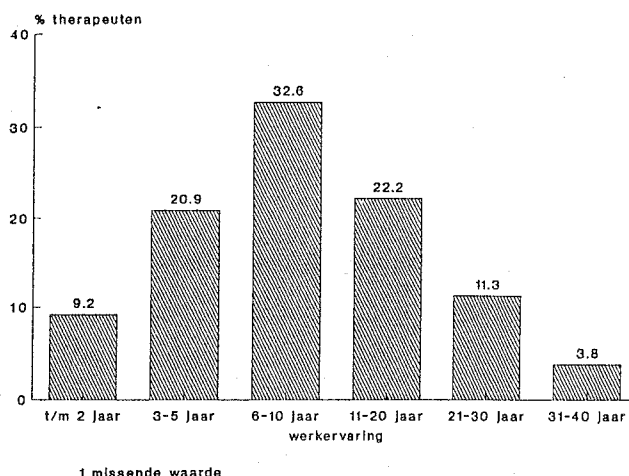
De oefentherapeuten-Mensendieck die hebben deelgenomen aan de enquête zijn afgestudeerd tussen 1947 en 1990. In de jaren 80 zijn de meeste respondenten afgestudeerd. Een groot deel van de respondenten (88%) is gaan werken als oefentherapeut-Mensendieck in het jaar van afronden van de opleiding, 8% in het jaar na het jaar van het afronden van de opleiding en de overgebleven 3% later. Hierbij moet men zich realiseren dat alle respondenten werkzaam zijn als oefentherapeut-Mensendieck en

dat dus dit beeld niet opgaat voor alle afgestudeerde oefentherapeuten-Mensendieck. De mogelijkheid bestaat dat juist de niet-werkzame therapeuten lang hebben gewacht op een baan en daardoor wat anders zijn gaan doen. De werkervaring van de respondenten is gemiddeld 10.9 jaar. Het minimum aantal jaren is 1.0 en het maximum aantal jaren is 38.0.

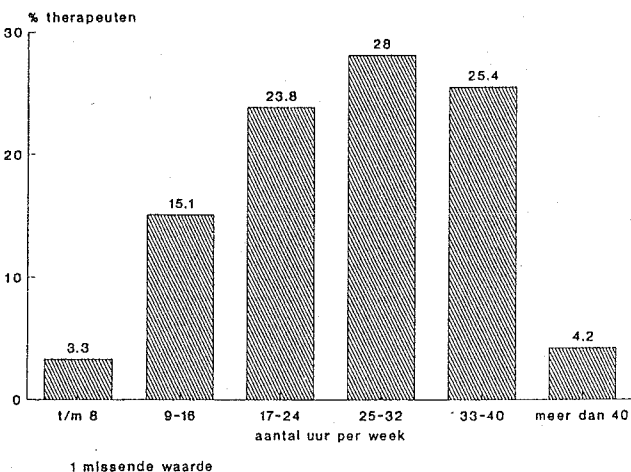
Kenmerken van de werksituatie. Driekwart van de oefentherapeuten-Mensendieck (76%) is werkzaam op



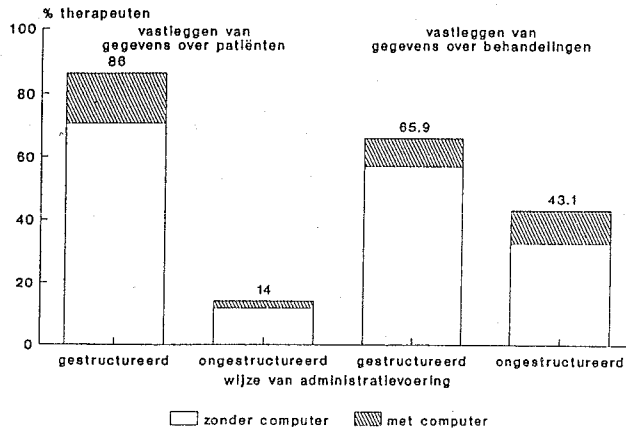
figuur 1: Geslachts- en leeftijdsverdeling van de respondenten. (N=240)



figuur 2: Het aantal jaren werkervaring dat men heeft als oefentherapeut-Mensendieck. (N=240)



figuur 3: Het aantal uren dat oefentherapeuten-Mensendieck per week werken. (N=240)



figuur 4: De wijze van administratievoering. (N=240)

NIVEL-RAPPORT

label 1: Het soort praktijken/instellingen waar de oefentherapeuten Mensendieck werkzaam zijn (N=240)

praktijk/instelling	aantal therapeuten (percentage)
a. eerstelijns gezondheidszorg.	
praktijk voor oefentherapie Mensendieck gezondheidscentrum	229 (95.4%)
paramedisch centrum	1 (0.4%)
kruisvereniging	6 (2.5%)
b. tweede/derdelijnsgezondheidszorg	
ziekenhuis	5 (2.1%)
verpleeghuis	6 (2.5%)
zwakzinnigen instelling	2 (0.8%)
c. elders	
bedrijfstrainingen/opleiding	4 (1.7%)
LOM-school	1 (0.4%)
opleiding	1 (0.4%)
school gezondheidszorg	1 (0.4%)
sportschool	1 (0.4%)
gymnastiek buurthuis/gymzaal/elders	9 (3.8%)

label 3: Vragen met betrekking tot het behouden en uitbreiden van deskundigheden. (N=240)

	doe ik nooit	%	%	%	doe ik zeer vaak
Bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied (5 missende waarden)	2.1	10.6	34.9	28.9	23.4
Leest u de volgende tijdschriften:					
Nederlands tijdschrift voor oefentherapeuten Mensendieck (7 missende waarden)	2.1	1.7	10.7	11.6	73.8
Binnenlandse vakliteratuur (paramedisch) (42 missende waarden)	28.8	26.3	22.2	9.1	13.6
Binnenlandse vakliteratuur (medisch) (47 missende waarden)	42.5	27.5	17.6	5.7	6.7
Buitenlandse vakliteratuur (62 missende waarden)	82.0	10.1	3.9	1.7	2.2
Deelnemen aan nascholingscursussen (4 missende waarden)	11.9	16.5	30.1	22.5	19.1
Deelnemen aan congressen (7 missende waarden)	31.3	21.9	24.0	14.2	8.6

label 2: Algemene vragen met betrekking tot beroepsuitoefening. (N=240)

	doe ik nooit	%	%	%	doe ik zeer vaak
taakgebied: verlenen van zorg					
De problemen van de patiënt inventariseren d.m.v. anamnese en onderzoek (4 missende waarden)	0.4	0.0	1.7	5.5	92.4
Inzicht krijgen in de verwachtingen van de patiënt in relatie tot de klachten	1.3	0.8	8.0	22.8	67.1
Inventariseren van de mogelijkheden van de patiënt (3 missende waarden)	0.4	2.1	4.2	16.9	76.3
Bepalen welke psychische/psychosociale problemen van de patiënt van invloed zijn op behandeling (4 missende waarden)	0.4	3.0	12.3	25.5	58.7
Het voorlichten van de patiënt over de methode en handelswijze van de oefentherapeut Mensendieck (3 missende waarden)	0.0	1.3	1.7	6.3	90.7
De patiënt informeren over inhoud, doel en verloop van de behandeling (3 missende waarden)	0.4	0.8	3.8	11.0	84.0
De patiënt voorlichten over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen (3 missende waarden)	0.8	0.8	0.4	6.3	91.6
De zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren (6 missende waarden)	0.0	0.4	0.4	6.3	92.8
De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. de behandeling	2.5	14.3	21.1	30.4	31.6
overige taakgebieden					
Het evalueren van de totale behandeling met patiënten (4 missende waarden)	2.5	4.7	7.6	26.3	58.9
Het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's (bijv. intercollegiale toetsing) (3 missende waarden)	11.4	21.1	29.5	24.5	13.5
Een deugdelijke registratie van patiënten en behandelingen bijhouden (3 missende waarden)	0.0	1.3	5.1	20.7	73.0
Het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werkkterrein en de werkwijze van de oefentherapeut Mensendieck	52.1	33.5	9.7	3.0	1.7

label 4: De top-tien cursussen wat betreft deelname onder oefentherapeuten-Mensendieck. (N=240)

soort cursus	aantal therapeuten (percentage)
1. onderzoek SI/LWK/CWK	75 (31.3%)
2. haptonomie	57 (23.8%)
3. psychosomatiek	51 (21.3%)
4. bedrijf en oefentherapie	46 (19.2%)
5. ademhalingstherapie	35 (14.6%)
6. sportmassage	28 (11.7%)
7. klinische anatomie	14 (5.8%)
8. zwangerschaps-gymnastiek	14 (5.8%)
9. slagbegeleiding	13 (5.4%)
10. ontspanningstherapie	12 (5.0%)

één werkplek, 22% op twee werkplekken en 6% op drie werkplekken. Het grootste deel (96%) van de respondenten werkt uitsluitend in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onge-

veer 4% van de respondenten is werkzaam in de tweede/derdelijns gezondheidszorg; 3% uitsluitend en 1% werkt tevens in de eerstelijnsgezondheidszorg. Van de therapeuten die

werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg (n = 227) werkt 51% als zelfstandig oefentherapeut Cesar, 4% werkt in loondienst en 45% in een ander samenwerkingsverband

(bijvoorbeeld in een groepspraktijk). Van de in de eerstelijns werkende therapeuten werkt 49% in een solo-praktijk en 51% werkt in een groepspraktijk. Tabel 1 geeft een overzicht van alle soorten praktijken/instellingen waar oefentherapeuten-Mensendieck werkzaam zijn.

Het aantal uren dat de respondenten per week werken is gemiddeld 29.0 (minimaal 6 uren en maximaal 61 uren). In figuur 3 staat de frequentieverdeling van het totaal aantal uren werk per week (dus over alle werkplekken opgeteld). Het aantal behandelingen per week ligt tussen 4 en 100 en is gemiddeld over alle therapeuten 38.3.

In de eerstelijns heeft 56% van de therapeuten te maken met wachtlijsten voor patiënten. Bij 21% van de in de eerstelijns werkende therapeuten is de wachtlijst een structureel probleem. De gemiddelde wachttijd indien er een wachtlijst is bedraagt 3.1 weken.

Ruim de helft (59%) van de respondenten heeft in het jaar voorafgaande aan de enquête een of meerdere cursussen verzorgd/gegeven, bijvoorbeeld pré- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen.

Kenmerken van de taakuitoefening.

Tabel 2 geeft een overzicht van de mate waarin oefentherapeuten-Mensendieck in de dagelijkse praktijk toekomen aan verschillende taken. Deze taken zijn afgeleid van het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989). Taken waar de meeste therapeuten vaak aan toekomen hebben te maken met het verlenen van zorg. Het gaat daarbij met name om taken als het inventariseren van de problemen van de patiënt door middel van anamnese en onderzoek, de patiënt voorlichten over de methode en handwijze van de oefentherapeut-Mensendieck, het voorlichten van de patiënt over mogelijkheden om het hernieuwd optreden/erger worden van klachten te voorkomen en de zelf-

werkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt stimuleren en motiveren. De patiënt stimuleren om zelf voorstellen te doen t.a.v. de behandeling, gebeurt bij de meeste therapeuten minder vaak, ditzelfde geldt in mindere mate ook voor het evalueren van de totale behandeling met patiënten.

Aan het eigen beroepsmatig handelen evalueren met collega's, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing en het geven van voorlichting aan werkers in de gezondheidszorg over het werkterrein en de werkwijze van de oefentherapeut-Mensendieck komen de respondenten duidelijk minder toe dan aan de andere taken.

Administratievoering.

Een groot deel (86%) van de respondenten legt op een gestructureerde wijze gegevens vast over patiënten, een kleiner deel (66%) legt op een gestructureerde wijze gegevens vast over behandelingen. Met een gestructureerde wijze van gegevens vastleggen wordt bedoeld dat dit gebeurt met bijvoorbeeld een registratieformulier, dit in tegenstelling tot het maken van losse aantekeningen. Weinig respondenten maken gebruik van een personal computer bij de administratievoering. Figuur 4 geeft een overzicht van de wijze van administratievoering.

Bijhouden en uitbreiden van deskundigheden.

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

Van de respondenten heeft 82% ten-

minste één na- of bijscholingscursus gedaan: 22% volgde één cursus, 21% twee, 16% drie en 19% vier of meer cursussen. In tabel 4 staat de top-tien van de door de respondenten gevolgde na- en bijscholing. De meeste respondenten (31%) volgden een cursus die te maken heeft met onderzoek bij aandoeningen van de lumbale wervelkolom en het sacroiliacaal gewricht en bij aandoeningen van de cervicale wervelkolom (in feite twee verschillende cursussen). Ongeveer 20% van de respondenten volgden de cursussen haptonomie, psychosomatiek en bedrijf en oefentherapie-Mensendieck. De andere in de top-tien opgenomen cursussen werden door tussen de 5% en 15% van de respondenten gevolgd.

Verschillen tussen therapeuten uit solo- en uit groepspraktijken.

Voor een aantal aspecten is geanalyseerd of er verschillen zijn tussen therapeuten die werken in een solo-praktijk en therapeuten die werken in een groepspraktijk (het gaat daarbij alleen om eerstelijnssettingen). Therapeuten die werken in groepspraktijken zijn gemiddeld jonger (34.1 t.o.v. 39.4 jaren, t-toets, $p = 0.00$) en hebben gemiddeld minder jaren werkervaring (8.7 t.o.v. 13.5 jaren, t-toets, $p = 0.00$). Er zijn geen significante verschillen voor wat betreft het aantal uren werk per week en het aantal behandelingen per week. Therapeuten uit groepspraktijken hebben vaker te maken met wachtlijsten (67.5% t.o.v. 41.0%, chi-kwadraat, $p = 0.00$). Voor wat betreft intercollegiale toetsing is er een tendens dat een groter van de therapeuten uit groepspraktijken hier aan toekomt (chi-kwadraat, $p = 0.06$). Van de therapeuten uit groepspraktijken zegt 7% dat zij nooit toekomen aan het evalueren van het eigen beroepsmatig handelen met collega's, bij solo-praktijken is dat 17% van de therapeuten. Er zijn geen verschillen voor wat betreft het evalueren van de totale behandeling met patiënten. Therapeuten die werken in solo-

praktijken komen vaker toe aan het bijhouden van actuele ontwikkelingen en literatuur met betrekking tot het eigen vakgebied (chi-kwadraat, $p = 0.01$); dit verschil is echter klein. Voor wat betreft het volgen van na- en bijscholing en het bijwonen van congressen bestaat dit verschil niet.

BESCHOUWING.

Het doel van dit (deel) onderzoek is het in kaart brengen van de werksituatie en taakuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck.

De oefentherapie-Mensendieck is met name gesitueerd in de eerste-lijnsgezondheidszorg. Slechts een gering deel (3%) van de respondenten werkt uitsluitend in de tweede/derdelijns gezondheidszorg. Het is mogelijk dat er in de afgelopen jaren een afname heeft plaatsgevonden van het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat werkzaam is in de tweedelijns. Volgens de beroepskrachtenplanning van 1988 lag het percentage in de tweede/derdelijns werkende oefentherapeuten-Mensendieck eind 1987 nog op 19%. Als kanttekening moet hierbij worden gemaakt dat de gegevens die gebruikt zijn in de beroepskrachtenplanning de leden van de toenmalige Nederlandse Mensendieck bond betrof. Er kan sprake zijn van verschillen die ontstaan zijn door de verschillen in de steekproef. Echter omdat vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck lid zijn van de beroepsvereniging (99.2%) zal dit verschil gering zijn.

Bijna een kwart van de oefentherapeuten-Mensendieck werkt op meer dan één plek, dit heeft onder andere te maken met het gegeven dat 42% van de therapeuten cursussen heeft verzorgd/gegeven zoals pré- en postnatale cursussen, groepslessen na behandeling, of gymnastiek voor ouderen. Deze cursussen worden mogelijk voor een deel buiten de eigen praktijk gegeven (bijvoorbeeld in een buurthuis of in het gebouw van de kruisvereniging).

In het beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck (De Jager, 1989)

worden aan de werkzaamheden van de oefentherapeut-Mensendieck een belang toegekend. Alle in de enquête voorkomende taken worden belangrijk tot zeer belangrijk gevonden. Het valt op dat ondanks het belang dat aan taken wordt gehecht (in het beroepsprofiel) oefentherapeuten-Mensendieck in mindere mate toekomen aan een aantal taken. Er is bij de interpretatie van de van de antwoorden op de schaal die loopt van "doe ik nooit" naar "doe ik zeer vaak" wel enige voorzichtigheid geboden. Het is natuurlijk zo dat bij de ene taak "doe ik zeer vaak" iets anders betekend dan bij de andere taak. Als men zegt "zeer vaak" een anamnese af te nemen dan gaat het om iets dat een aantal keren per week voorkomt. Als men zegt "zeer vaak" een na- of bijscholingscursus te volgen dan heeft men het over iets dat men één of twee keer per jaar doet. De antwoordcategorie "doe ik nooit" geeft daarom het meeste duidelijkheid.

Iets meer dan een tiende van de oefentherapeuten-Mensendieck zegt nooit toe te komen aan het evalueren van het beroepsmatig handelen met collega's (intercollegiale toetsing). Hetzelfde geldt voor het volgen van na- en bijscholing. Dit zijn bij uitstek taken die een bijdrage kunnen leveren aan het op peil houden van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Dat een deel van de therapeuten nooit toekomt aan de bovenstaande taken is verklaarbaar. Voor intercollegiale toetsing zijn geen methoden ontwikkeld op basis waarvan dit kan plaatsvinden. Wat betreft na- en bijscholing kan gesteld worden dat het aanbod aan voor het vak specifieke na- en bijscholing beperkt is men is daarom genoodzaakt om te zoeken bij of samen te werken met andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld oefentherapie-Cesar of fysiotherapie. Meer aandacht voor intercollegiale toetsing en na- en bijscholing en de systematische ondersteuning daarbij zijn belangrijke thema's van toekomstig beleid.

Er zijn verschillen tussen therapeuten die werkzaam zijn in een groeps-

praktijk en therapeuten die werkzaam zijn in een solopraktijk. Therapeuten die werken in groepspraktijken zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld minder werkervaring. Deze situatie is mogelijk ontstaan omdat net afgestudeerde oefentherapeuten-Mensendieck eerst gaan werken in de praktijk van een ander, voordat zij aan een eigen praktijk beginnen. Therapeuten in meermanspraktijken hebben vaker een wachtlijst voor patiënten. Dit kan veroorzaakt zijn omdat groepspraktijken mogelijk meer patiënten krijgen doorverwezen. Het kan daarnaast veroorzaakt worden doordat groepspraktijken onder een ziekenfondscontract werken waarin een maximum gesteld is aan het aantal te geven behandelingen per jaar. Hierdoor moeten therapeuten in groepspraktijken dit aantal delen, waardoor zij mogelijk sneller het toegelaten maximum bereiken (de enquêtes zijn afgenomen aan het eind van het jaar).

Een groter deel van de therapeuten in solopraktijken komen nooit toe aan het evalueren van de zorgverlening met collega's door middel van intercollegiale-toetsing. Dit kan het gevolg zijn van organisatorische voordeel dat een groepspraktijk heeft bij overleg met collega's. Vaak is overleg en overeenstemming ook noodzaak in een groepspraktijk omdat de mogelijkheid bestaat dat een patiënt wordt behandeld door verschillende therapeuten.

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

LITERATUUR.

BALM, M.F.K. - 1989. Oefentherapie-Mensendieck in integraal perspectief: Een synthese van lichamelijke oefening en gezondheidsopvoeding. Doctoraalscriptie: Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

BALM, M.F.K. & LANGE, C.J. DE - 1988. Oefentherapie-Mensendieck: Een inventariserend onderzoek naar de patiëntenpopulatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. N.V.O.M., Utrecht.

DEKKER, J.; DRIESSEN, M.J. & GISBERGEN, M. VAN - 1991. Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Utrecht, NIVEL, 1991.

JAGER, J. DE - 1989. Beroepsprofiel oefentherapeut Mensendieck. Instituut voor Leerplanontwikkeling, Enschede.

GISBERGEN, M.J.W.M. VAN;

DRIESSEN, M.J.A. & DEKKER, J. - 1991. Interimrapport: verslag over de eerste fase van het project "Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, Podotherapie en Ergotherapie". Utrecht, NIVEL, 1991.

KERSSENS, J.J.; CURFS, E.CHR. & GROENENWEGEN, P. - 1986. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht, NIVEL.

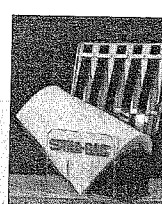
MINISTERIE VAN WELZIYN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1988. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg, 1988.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1990. Beroepengids zorgsector. Zoetermeer, 1990.

WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN - 1987. Zesde druk, Zwolle, Tjeenk-Willink.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Telefoon : 030 - 31 99 46. Fax: 030 - 31 92 90.

SpinaBac rugkussen:
Een handzaam verstelbaar kussen uit Zweden
Een uitstekende ondersteuning en aanvulling op de behandeling van rugklachten



Wigkussen:
Bevordert een actieve zithouding in vele werksituaties



Sportsafe braces:
Neopreen warmte- en steunbraces
Blessure preventie en ondersteuning bij sportbeoefening



voor uitgebreide informatie:

SPINA BAC HOLLAND
postbus 51
3740 AB baarn
tel. 02154 - 22714

Behandeling op de pijnpoli

In het Streekziekenhuis Waterland bestaat sinds enige jaren een zogenaamde "pijnpoli". Deze is opgezet door de neurologen en anaesthesisten, en heeft als doel pijnvermindering te bieden bij patiënten met chronische pijnen. Het betreft hier meestal lumbale of cervicale klachten.

De patiënt wordt door beide specialisten begeleid. Aangezien deze specialisten een groot voorstander zijn van oefentherapie, sturen zij deze patiënten na behandeling bij voorkeur door naar een oefentherapeut Mensendieck of Cesar.

DOOR: J.M. SCHEELE-HUITING

Om ons als oefentherapeuten wat beter te kunnen voorstellen wat hun behandelingsmethode inhoudt, hebben de heren A.H.L. Oey, anaesthetist, en J.C. Gauw, neuroloog, hierover een lezing gehouden voor de betrokken oefentherapeuten. Daarna bestond de mogelijkheid een keer op de O.K. te komen kijken naar de behandelingen.

De behandelingen zie zij gebruiken zijn:

1. Facetdenervatie
2. Epidurale injectie met corticosteroiden

Facetdenervatie.

Deze behandeling is bedoeld ter bestrijding van hypertonie van de lange rugmusculatuur door het onderbreken van de ramus posterior van de uitredende zenuw.

Om het goede niveau of de goede niveaus te bepalen wordt hierbij altijd begonnen met het aanbrengen van een zogenaamd "proefblok".

Dit houdt in dat er een dunne, holle, metalen naald wordt ingebracht, waarmee onder voortdurende röntgendoorlichting geprobeerd wordt deze ramus posterior te vinden. Dit is vanzelfsprekend pijnlijk, aangezien dit zonder verdoving moet gebeuren. Of de exacte locatie gevonden is wordt door middel van elektrische prikkels bepaald. Dat kan doordat door de holle naad een verdoving worden aangebracht.

Deze verdoving werkt slechts enkele uren. Gedurende deze tijd wordt

de patiënt gevraagd de bewegingen te maken die altijd zo pijnlijk zijn. Wanneer die nu niet of veel minder pijnlijk zijn, is het duidelijk dat het facetgewricht is gedenerveerd.

Op dit niveau wordt dan een definitieve blokkade uitgevoerd.

Bij deze behandeling wordt weer door middel van de holle naald gezocht naar de goede locatie. Wanneer deze gevonden is wordt de ramus posterior gedurende een minuut elektrisch verwarmd tot 74° Celcius. Bij deze temperatuur coaguleert het eiwit waaruit een zenuw is opgebouwd. Het is gebleken, dat bij deze temperatuur alleen de dunne vezels, verantwoordelijk voor de pijnprikkelgeleiding, worden doorbroken. De dikkere motorische vezels worden dus niet beïnvloed. Er ontstaat dus geen verlamming o.i.d.

Epidurale injectie.

Deze injecties zijn vooral bedoeld om patiënten te behandelen waarbij de discus intervertebralis is beschadigd. Bij deze patiënten "lekt" de discus soms bepaalde eiwitten, die dan in de liquor terecht komen. Deze eiwitten, die binnen de discus verantwoordelijk zijn voor het vasthouden van vocht, werken zo sterk prikkelend op de binnenzijde van de dura mater, dat er sprake kan zijn van een steriele ontsteking.

Door middel van de corticosteroiden wordt geprobeerd deze ontstekingsreactie in het lichaam te onderdrukken.

Deze behandeling is niet pijnlijker dan een andere epidurale injectie (bijvoorbeeld voor een contrastfoto).

De patiënten die deze behandeling ondergaan, zijn meestal al voor een

bedrustkuur opgenomen in het ziekenhuis. Na deze injectie moet nog zeker 4 dagen bedrust gehouden worden.

De oefentherapie voor deze patiënten.

Wanneer de behandeling bij deze patiënten goed heeft gewerkt, is de patiënt voor het eerst in vaak langere tijd zonder (al te veel) pijn. Door de pijn demping wordt de patiënt nu niet meer gewaarschuwd voor overbelasting.

Het is dan uitermate belangrijk dat deze patiënten goed worden begeleid. De oefentherapie moet hen vooral duidelijk maken waar hun grenzen liggen qua belasting. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij een goede kennis hebben van de opbouw en functie van de wervelkolom. Zij moeten leren dat, ook al voelen ze de pijn nu niet meer, het facetgewricht of de facetgewrichten toch een zwakke plek blijft/blijven.

Soms is het nodig dat zij overdag één of meerdere rustpausen inlassen.

De behandeling dient naar mijn idee te bestaan uit:

- ontspanning van de hypertone musculatuur. Leren herkennen van spanning en ontspanning;
- verstevigen van de rompmusculatuur zodat een goed spiercorset ontstaat, en vaste punten gemaakt kunnen worden van schoudergordel en bekken;
- behoedzame rek van eventueel verkorte musculatuur;
- bespreking van de ADL, om ingeslepen gewoonten te doorbreken en te voorkomen dat de kwetsbare niveaus verder overbelast worden.

Vanzelfsprekend wordt het tempo van de opbouw sterk bepaald door de pijn die de patiënt (nog) heeft.

De auteur is oefentherapeut-Mensendieck werkzaam in een eigen praktijk te Purmerend.