

# De arbeidsmarkt van oefentherapeuten

Frank Peters  
Mariska Roelofs

Onderzoek in opdracht van het Instituut voor Bewegingsstudies  
van de Hogeschool Utrecht en de Amsterdam School of Health  
Professions van de Hogeschool Amsterdam

Nijmegen, oktober 2011



Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

© 2011 Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt te Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photo print, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

# Inhoudsopgave

1	Doel en opzet rapportage	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Vraagstelling	2
1.3	Onderzoeksaanpak	2
1.4	Opbouw rapportage	3
2	Ontwikkelingen in de zorg	5
2.1	Inleiding	5
2.2	Ontwikkelingen in de zorg	5
2.3	Eerste implicaties	6
2.4	Conclusie	13
3	Het beroepsprofiel van oefentherapeuten	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Verslag rondetafelgesprek	15
3.3	Conclusie	20
4	De arbeidsmarkt van oefentherapeuten	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Studenten en pas afgestudeerden	21
4.3	Omvang en samenstelling arbeidsaanbod	22
4.4	Werkveld	25
4.5	Een blik in de toekomst	26
4.6	Conclusie	27
5	Conclusies en aanbevelingen	29
5.1	Conclusies	29
5.2	Aanbevelingen	30
	Bronnen	31
	Bijlagen	33
	Bijlage 1 – Respondenten interviews	35
	Bijlage 2 – Deelnemers rondetafelgesprek	37



# 1 Doel en opzet rapportage

## 1.1 Inleiding

Oefentherapeuten zijn paramedici die zich hebben gespecialiseerd in het bewegen in dagelijkse activiteiten. Ze richten zich op de behandeling en voorkoming van klachten die te maken hebben met het bewegingsapparaat. Doel van de oefentherapie is participatieproblemen te voorkomen of verminderen<sup>1</sup>.

In het Kwaliteitsregister Paramedici staan momenteel (juni 2011) 1.340 oefentherapeuten Cesar geregistreerd en 1.104 oefentherapeuten Mensendieck. Het aantal werkzame oefentherapeuten ligt lager. Zo blijkt uit onderzoek van NIVEL dat er begin 2010 in Nederland naar schatting 877 oefentherapeuten Cesar en 719 oefentherapeuten Mensendieck werkzaam waren<sup>2</sup>.

Er zijn twee opleidingen voor oefentherapeuten: de opleiding Oefentherapie Mensendieck bij de Hogeschool van Amsterdam en de opleiding Oefentherapie Cesar bij de Hogeschool Utrecht. De belangstelling voor de opleidingen neemt jaarlijks toe; bij Oefentherapie Mensendieck gebeurt dat geleidelijk, maar bij de opleiding Oefentherapie Cesar is sprake van een bijzonder sterke stijging van de instroom.

Tabel 1.1 – Instroom in de opleidingen oefentherapie

	2006	2007	2008	2009*	2010*
Oefentherapie Cesar	44	65	98	180	232
Opleiding Oefentherapeut Mensendieck	22	28	31	57	83
Totaal	66	93	129	237	315

Bron: HBO-raad

\* Cijfers aangeleverd door de Hogeschool Utrecht (Oefentherapie Cesar) en de Hogeschool van Amsterdam (Oefentherapeut Mensendieck)

De snelle stijging van het aantal eerstejaars in de opleiding Oefentherapie Cesar rechtvaardigt de vraag wat de behoefte is aan dergelijke beroepskrachten, zeker gezien het totaal aantal oefentherapeuten Cesar dat in Nederland werkzaam is. De Hogeschool Utrecht en de Hogeschool van Amsterdam hebben het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) daarom gevraagd daar onderzoek naar te doen. Behalve op de vraag naar oefentherapeuten, moet het onderzoek ook in kaart brengen wat de gevolgen zijn van ontwikkelingen in de zorg en op de zorgarbeidsmarkt voor het beroepsprofiel van oefentherapeuten.

1 VvOCM (2010). *Beroepsprofiel Oefentherapeut*. Den Haag: Lemma.

2 Hingstman, J. en R.J. Kenens (2011). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2010*. Utrecht: NIVEL.

## 1.2 Vraagstelling

In het onderzoek staan de volgende vragen centraal:

1. Welke ontwikkelingen vinden er plaats in de zorg en wat zijn de gevolgen daarvan voor de oefentherapie?
2. Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt van oefentherapeuten zich de komende jaren en wat is de vraag naar oefentherapeuten?
3. Wat zijn de gevolgen van de antwoorden op vragen 1 en 2 voor het beroepsprofiel van oefentherapeuten?
4. Wat is het arbeidsmarktperspectief voor oefentherapeuten op masterniveau?

Een belangrijk onderdeel binnen het onderzoek is een verkenning van het veld van de gezondheidszorg en de ontwikkelingen daarbinnen. Onderzocht is in hoeverre deze ontwikkelingen van invloed zijn op de ontwikkelrichting van het beroep van oefentherapie en op het aantal oefentherapeuten dat in de toekomst benodigd is.

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen de Hogeschool Utrecht en de Hogeschool van Amsterdam bepalen hoe groot de jaarlijkse instroom in de opleidingen oefentherapie moet zijn, mede gelet op het interne en externe rendement van de opleidingen, om de vraag op de arbeidsmarkt naar oefentherapeuten te kunnen beantwoorden.

## 1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is in vier fasen uitgevoerd, te weten drie fasen waarin telkens een van de onderzoeksvragen aan de orde komt en een rapportagefase waarin we verslag doen van de resultaten en de uitvoering van het onderzoek.

### • Eerste fase: ontwikkelingen in de zorg

Deze eerste onderzoeksfase bestond uit een literatuurstudie, interviews afnemen en het opstellen van een tussenrapport.

De literatuurstudie was gericht op het beschrijven van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorg in het algemeen en op het gebied van de oefentherapie in het bijzonder. Om het beeld dat we daaruit krijgen aan te scherpen, zijn interviews gehouden met sleutelfiguren. Die zijn in overleg met de opdrachtgever geselecteerd. De sleutelfiguren waren afkomstig van de beroepsvereniging van oefentherapeuten (VvOCM), de HU en HvA, organisaties waarin oefentherapeuten werken en een zorgverzekeraar. Het centrale thema in de interviews was het 'vertalen' van ontwikkelingen in de zorg en de gevolgen daarvan voor de paramedische zorg op het gebied van houding en beweging.

De uitkomsten van de eerste onderzoeksfase zijn tussentijds aan de opdrachtgevers gerapporteerd en met hen besproken.

- **Tweede fase: het beroepsprofiel van oefentherapeuten**

Het beroepsprofiel van oefentherapeuten is vastgesteld in februari 2010. Daarmee beschikken beide hogescholen dus over een zeer actueel referentiekader om hun opleidingen in te richten. Toch is het mogelijk dat actuele en verwachte ontwikkelingen in de zorg het nodig maken nieuwe of andere accenten in het curriculum te leggen. Bovendien levert dit wellicht informatie op die door de beroepsvereniging kan worden gebruikt bij het opstellen van een nieuwe versie van het beroepsprofiel. De noodzaak daarvoor en de wijze waarop dat moet gebeuren, zijn aan de orde gesteld in een rondetafelgesprek, waarvoor deelnemers zijn uitgenodigd die goed bekend zijn met de taken en competenties van oefentherapeuten. Doel van het gesprek was dat de deelnemers zich uitspraken over de relevantie en implicaties van de ontwikkelingen in de zorg voor het beroep (en het beroepsprofiel) van oefentherapeuten. Na afloop van het gesprek is daarvan verslag gedaan, dat is besproken met de opdrachtgevers en de beroepsvereniging.

In de oorspronkelijke opzet van het onderzoek was het rondetafelgesprek gepland nadat ook de arbeidsmarkt van oefentherapeuten in kaart was gebracht. Omdat cijfers daarover langer op zich lieten wachten dan gepland, vond het rondetafelgesprek eerder plaats.

- **Derde fase: de arbeidsmarkt van oefentherapeuten**

Deze fase was erop gericht de huidige en toekomstige arbeidsmarkt van oefentherapeuten te beschrijven. Voor de huidige arbeidsmarkt is dat gebeurd in termen van werkzame personen, samenstelling arbeidsaanbod, organisaties en arbeidsvraag. Er is gebruik gemaakt van beschikbare bronnen daarover vanuit de HBO-Monitor, de registratie van oefentherapeuten (door NIVEL) en het Kwaliteitsregister Paramedici. Wat de toekomstige arbeidsmarkt betreft, is nagegaan hoe de vraag naar oefentherapeuten zich kan ontwikkelen, gezien het huidige aanbod van oefentherapeuten.

- **Vierde fase: eindrapportage**

Tot slot is voorliggende eindrapportage opgesteld. Hierin worden de onderzoeksvragen beantwoord en wordt verslag gedaan van de uitvoering van het onderzoek. Een conceptversie van de eindrapportage is besproken met de opdrachtgevers.

## **1.4 Opbouw rapportage**

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we ontwikkelingen in de zorg in het algemeen en de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de oefentherapie en oefentherapeut. Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de behoefte aan een masteropleiding op het gebied van oefentherapie. In hoofdstuk 3 komen de relevantie en implicaties van de ontwikkelingen in de zorg voor het beroep - en het beroepsprofiel - van oefentherapeuten aan bod. Thema's die aan de orde komen, zijn de ondernemende houding van oefentherapeuten, preventie, vraaggestuurd werken, gebruik van technologie, samenwerken, wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie en de oefentherapeut als bewegingsdeskundige, innovator van zorg en samenwerker. In hoofdstuk 4 staat de huidige en toekomstige arbeidsmarkt van oefentherapeuten centraal. Het rapport wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met een beantwoording van de onderzoeksvragen, conclusies en aanbevelingen.





## 2 Ontwikkelingen in de zorg

### 2.1 Inleiding

In de eerste fase van het onderzoek is, op basis van literatuur en ervaringen in andere onderzoeken, een beschrijving opgesteld van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorg in het algemeen. Om het beeld uit de literatuurstudie verder aan te scherpen, zijn interviews gehouden met 11 sleutelfiguren. Het centrale thema in de interviews was het in kaart brengen van de gevolgen van ontwikkelingen in de zorg voor de oefentherapie en oefentherapeut. Daarnaast is ook ingegaan op andere thema's, zoals de behoefte aan een masteropleiding op het gebied van oefentherapie. De sleutelfiguren zijn geselecteerd in overleg met de opdrachtgevers (zie de bijlage voor een overzicht van de geraadpleegde sleutelfiguren).

### 2.2 Ontwikkelingen in de zorg

De zorgsector is het afgelopen decennium sterk veranderd en ook de komende jaren zullen in het teken staan van veranderingen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkelingen die gaande zijn in de zorg.

#### *Meer zorgvragers die ook meer zorg nodig hebben*

Nederland vergrijst. Hierdoor stijgt het aantal ouderen dat zorg nodig heeft. Ook komen er steeds meer jongeren en mensen met chronische aandoeningen die (langdurig) zorg nodig hebben. Dit zorgt voor een grote toename van de vraag naar zorg. Op termijn zijn er onvoldoende professionals die de zorg kunnen leveren die nodig is en bovendien zijn daarmee sterk oplopende kosten gemoeid. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit van zorg onder druk komt te staan, vooral in de caresector.

#### *Meer aandacht voor preventie*

Om de vraag naar zorg terug te dringen zal er de komende tijd steeds meer aandacht komen voor het voorkomen van ziekten en het beperken van de gevolgen van (chronische) ziekten. Dit betekent dat, naast het leveren van professionele zorg, de zorgverlener zich ook moet richten op preventie: het behouden en bevorderen van de gezondheid van zorgvragers en burger. De zorgverlener krijgt daarom te maken met zieke én gezonde cliënten. Dat moet ook proactief gebeuren: professionals moeten mensen uit risicogroepen actief benaderen. Daarnaast is preventie een zaak van burgers zelf, die verantwoordelijkheid dienen te nemen voor hun eigen gezondheid en redzaamheid.

#### *De relatie met de patiënt verandert*

De patiënt en burger veranderen. Sleutelwoorden die de toekomstige zorgvrager beschrijven, zijn: mondig, kritisch, beter geïnformeerd, maakt zelf keuzes, participant in communities, mee willen blijven doen en actief op zoek naar kwaliteit van leven. Zorgverleners zullen in de toekomst te maken hebben met patiënten en burgers die zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en zelf de regie willen hebben (zo nodig met de hulp van mantelzorgers en professionals) over de zorg en hun gezondheid. Dit heeft twee belangrijke gevolgen: ten eerste zal het feit dat

mensen langer zelfstandiger willen blijven, van invloed zijn op de manier waarop zorg wordt aangeboden. Dat gebeurt minder face-to-face en meer op afstand, waarbij de patiënt ook zelf taken uitvoert en medeproducent wordt van de zorg. Ten tweede verandert de relatie tussen zorgaanbieder en zorgconsument: beide actoren nemen op voet van gelijkheid samen besluiten over de behandeling en de patiënt voert daarin ook zelf handelingen uit. Bovendien wisselen patiënten, via internet, onderling informatie uit en gaan ze zich organiseren.

#### *Een toenemend gebruik van technologie*

Technologie is niet meer weg te denken uit de samenleving en ook niet uit de zorg. Denk maar aan het gebruik van mobiele telefoons en computers en in de zorg aan hoogwaardige medische apparatuur en domotica. Zorgverleners, patiënten en burgers hebben dagelijks te maken met dergelijke vormen van technologie en dat zal alleen maar toenemen. Het simpele feit dat er voortdurend nieuwe technologische toepassingen beschikbaar komen, betekent dat ook de zorg daar mee te maken krijgt. Technologie is voor de zorg op twee manieren van belang: voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en om de zorg zodanig aan te bieden en te organiseren dat daarvoor minder mensen nodig zijn.

### **2.3 Eerste implicaties**

#### **Gevolgen van de ontwikkelingen in de zorg**

Aan de sleutelfiguren is gevraagd in hoeverre ontwikkelingen die in de vorige paragraaf zijn beschreven, implicaties hebben voor oefentherapeuten.

De respondenten verwachten dat de toenemende vraag naar zorg meer werk kan opleveren voor oefentherapeuten. Voorwaarde daarvoor is dat zij weten in te spelen op de doelgroep en de vraag van de cliënt centraal stellen (vraaggestuurd werken). De groter wordende markt is dus een kans, maar niet alle respondenten verwachten dat oefentherapeuten deze kans pakken. Maar ook de huidige omvang van de zorgvraag en de bezuinigingen kunnen dat belemmeren. Oefentherapeuten hebben immers genoeg te doen (zijn druk) en als er geen financiering is, is de kans volgens enkele respondenten klein dat zij daadwerkelijk in gaan spelen op de groter wordende markt: *'als de behandeling niet bekostigd wordt, wordt de zorg ook niet geleverd'*.

#### Oefentherapie en diabetes

Het aantal patiënten met diabetes type 2 neemt de laatste jaren sterk toe. Dit heeft onder meer te maken met de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal mensen met overgewicht. Maatschappelijk gezien wordt veel aandacht besteed aan de preventie, behandeling en het beperken van de gevolgen van diabetes.

Regelmatig bewegen heeft een gunstig effect op de algemene gezondheidstoestand en verlaagt de kans op chronische ziekten, waaronder diabetes. Oefentherapeuten leveren, door het aanbieden van bijvoorbeeld groepslessen voor mensen met overgewicht, een bijdrage aan de preventie van diabetes. Ook bij patiënten, bij wie de diagnose diabetes gesteld is, kunnen oefentherapeuten een rol spelen. Diabetespatiënten zullen hun voeding en beweeggedrag moeten aanpassen teneinde het ziektebeeld gunstig te beïnvloeden. Oefentherapeuten behandelen diabetespatiënten om ervoor te zorgen dat ze beter in beweging kunnen blijven. De oefentherapeut leert de patiënt zelf om te gaan met zijn (veelal beperkte) mogelijkheid te bewegen, om zo optimaal mogelijk te kunnen (blijven) functioneren. Bij de behandeling van diabetespatiënten werkt de oefentherapeut vaak samen met andere zorgverleners, die eveneens betrokken zijn bij de behandeling van diabetes.

Bron: Nieuwsbrief VvOCM, maart 2007

Oefentherapeuten die willen inspelen op de markt moeten goed geïnformeerd zijn over nieuwe doelgroepen, weten hoe zij kansen moeten pakken en intensief samenwerken in multidisciplinaire teams.

Wat betreft de grotere aandacht voor preventie in de zorg merken verschillende respondenten op dat oefentherapeuten al diverse preventieve activiteiten uitvoeren. Voorbeelden daarvan zijn screenings op scholen door kinderoefentherapeuten, lezingen en workshops voor risicogroepen (bijvoorbeeld musici, sporters), zwangerschapsbegeleiding, en activiteiten in het kader van Big!Move<sup>3</sup>. Met name bij bedrijfsoefentherapie staat preventie centraal. Het accent ligt op de preventie van klachten, die voortkomen uit een verkeerde houding of een te grote fysieke belasting. Uitgangspunt is het verminderen van de lichamelijke belasting en het verbeteren van houding en beweging ter voorkoming van klachten aan het bewegingsapparaat. Ook in praktijken gaat preventie een grotere rol spelen. Het is dan ook belangrijk dat oefentherapeuten alert zijn op preventie en zich er inhoudelijk in verdiepen.

Toch is ook hier sprake van een spanningsveld met betrekking tot de financiering. Verschillende respondenten merken op dat er allerlei plannen zijn gericht op preventie, maar als er vervolgens geen financiering is, dergelijke plannen niet in praktijk worden gebracht. Meer aandacht voor preventie betekent een kans voor oefentherapeuten om hun werkgebied uit te breiden, maar zonder bekostiging zal dit niet van de grond komen, zo is de verwachting. Een ander punt is dat oefentherapeuten op landelijk niveau vaak niet betrokken zijn bij preventieprogramma's; *'daar missen we de boot'*.

#### Preventie Management Systeem

Het in een zeer vroeg stadium inzichtelijk maken van gezondheidsrisico's is voor een organisatie zeer belangrijk, omdat werknemers en werkgevers daardoor in staat zijn tijdig maatregelen te nemen die klachten, improductiviteit en verzuim kunnen voorkomen. Het Preventie Management Systeem maakt continue inzichtelijk welke mensen waar en waarom de meeste gezondheidsrisico's lopen, wat eraan gedaan kan worden om hun situatie te verbeteren en welke effecten dat heeft. Met dit systeem kunnen bedrijven het nut van preventie bewijzen. Met behulp van web-based vragenlijsten brengt het Preventie Management Systeem alle gezondheidsrisico's op het gebied van ergonomie, fysieke en psychosociale belasting en leefstijl in beeld. Dit leidt tot een analyse per werknemer met daaraan gekoppeld persoonlijke adviezen en trainingen. De individuele voortgang wordt continu bijgehouden. Het koppelen van het totaal aan risicoprofielen maakt inzichtelijk in welk deel van de organisatie de risico's het grootst zijn, wat de relatieve risico's zijn van de verschillende beroepen en welke maatregelen het meeste rendement opleveren.

Het Preventie Management Systeem speelt een belangrijke rol bij de verdere introductie van bedrijfsoefentherapeuten in het Nederlandse bedrijfsleven. De oefentherapeuten kunnen met de verzamelde informatie direct aan de slag en maatregelen nemen die klachten voorkomen. Op deze manier ontstaan er geleidelijk aan steeds meer kansen en mogelijkheden voor gezond beleid, in zowel kleine als grote organisaties.

Bron: Nieuwsbrief VvOCM, maart 2009

Het feit dat mensen langer zelfstandig willen blijven wonen en zelf de regie willen hebben over de zorg en hun gezondheid, betekent dat oefentherapeuten meer dan ooit uit moeten kunnen

---

3 Dit is een beweegprogramma om mensen met chronische klachten met plezier aan het bewegen te krijgen. Deelnemers worden daarbij gestimuleerd om zelf actief te worden en meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

gaan van de vraag van de cliënt en van de doelen die de cliënt wil bereiken. De nadruk moet daarbij meer komen te liggen op coaching, bewustwording bij cliënten en het stimuleren van zelfmanagement. Oefentherapeuten die in een zorginstelling (ouderenzorg) werken, zouden zich nadrukkelijker moeten profileren op dit terrein. Zij zijn immers experts op het gebied van ouderen. Zij kunnen inspelen op de vraag door ouderen thuis op te zoeken en/of ouderen voor een oefentherapeutische behandeling naar de zorginstelling te halen. Overigens wijst een van de respondenten erop dat kritische en mondige patiënten ideale patiënten voor oefentherapeuten zijn, omdat oefentherapeuten cliëntgericht werken en van de cliënt een actieve deelname aan de therapie wordt gevraagd.

In de zorg wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van technologie. Ook in de oefentherapie is deze ontwikkeling duidelijk merkbaar. Technologie speelt een rol bij het bereiken van cliënten, zelfmanagement en het ontdekken van klinische patronen (Bosma en Ober, 2011). Tevens zorgt de technologie ervoor dat meer nadruk komt te liggen op meten en toetsen (onderzoek doen), en volgen van de behandeling door middel van patiëntvolgsystemen. Dergelijke systemen vragen om een andere manier van werken; discipline en tijd investeren om de benodigde informatie te registeren. Technologie draagt op deze wijze bij aan meer inzicht in kwaliteit en output. Daarnaast kan technologie ondersteunend zijn aan een behandeling. Technologieën als bijvoorbeeld de Wii Fit (een fitnessspel dat kan worden afgespeeld op een spelcomputer) kunnen dienen als oefenmiddel.

#### E-vitality

E-vitality is een computerprogramma dat speciaal ontwikkeld is voor oefentherapeuten en hun patiënten. E-vitality zorgt er voor dat patiënten thuis via internet gerichte en voor hen op maat gemaakte oefeningen kunnen doen, als aanvulling op de behandeling in de praktijk van de oefentherapeut. E-vitality bestaat uit een database met filmpjes van oefeningen. Elke oefening kent een standaardomschrijving, maar oefentherapeuten kunnen de oefeningen aanpassen aan de individuele patiënt. De patiënt vult een logboek in en houdt daarmee de oefentherapeut op de hoogte van de vorderingen. Het computerprogramma ondersteunt het principe van bewustwording en gedragsverandering in de eigen omgeving.

Met e-vitality speelt de oefentherapeut in op de ontwikkelingen op het gebied van internet, transparante zorg en lifestyle.

Bron: Beweegreden, mei 2009

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat oefentherapeuten steeds meer gaan samenwerken met andere professionals. Van oudsher gebeurt dat met name met scholen (remedial teachers en docenten), maatschappelijk werkers, huisartsen, paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten), diëtisten en thuiszorgmedewerkers. Oefentherapeuten werken veelal een-op-een samen met de cliënt, maar in toenemende mate ook met elkaar. Dat gebeurt om redenen van efficiëntie; door de toenemende vraag naar oefentherapie en de complexiteit van die vraag, red je het als beroepskracht niet in je eentje binnen de tijd die voor de behandeling staat.

Samenwerking gebeurt niet alleen in monodisciplinaire maar ook in multidisciplinaire teams. Voorbeelden daarvan zijn het ontstaan van netwerken oefentherapeuten en bewegingsprofessionals. Er wordt steeds meer samengewerkt in één pand (bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum). Dit betekent dat de relatie tussen oefentherapeuten en bijvoorbeeld fysio- en ergotherapeuten intensiever wordt. Met name fysiotherapeuten gebruiken soortgelijke behandelmethodes

als oefentherapeuten. Belangrijk is dat de verschillende therapeuten afspraken maken (bijvoorbeeld door middel van een protocol), zodat ze elkaar kunnen aanvullen en overlap voorkomen. Om dit te bereiken is het van groot belang dat oefentherapeuten hun specifieke, unieke kwaliteiten kennen en die anderen duidelijk kunnen maken: *'het is de kunst om elkaars kwaliteiten te zien'*. Daar is zelfvertrouwen voor nodig en de durf om je te positioneren en profileren. Verschillende respondenten geven aan dat op dit gebied nog slagen gemaakt kunnen en moeten worden. Niet alleen de oefentherapeuten zelf moeten hierin investeren, maar ook de beroepsvereniging.

Een van de respondenten merkt op dat ze de indruk heeft dat op het gebied van samenwerking het initiatief wel vaak van één kant moet komen, namelijk van de oefentherapeut. Die willen graag, maar krijgen er vaak weinig voor terug. Een andere respondent wijst erop dat iedereen juist wel wil samenwerken, omdat dat voor alle partijen (inclusief de patiënt) iets oplevert, maar dat het soms ontbreekt aan een structuur om daar vorm aan te geven.

Volgens de respondenten wordt niet alleen de samenwerking met andere bewegingstherapeuten en zorgverleners intensiever, maar moet ook geïnvesteerd worden in de relatie met zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntenverenigingen. Het contact met zorgverzekeraars en gemeenten zal zich met name toespitsen op de financiering van behandelingen en/of specifieke projecten (preventie). De relatie met cliëntenverenigingen is vooral belangrijk voor het in beeld krijgen van de hulpvraag van doelgroepen met specifieke aandoeningen (diabetes, reuma, COPD).

#### ParkinsonNet

Verwacht wordt dat het aantal patiënten met de ziekte van Parkinson het komende decennium zal toenemen als gevolg van de vergrijzing. Oefentherapie is een belangrijk onderdeel van de multidisciplinaire behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson. Omdat veel oefentherapeuten zichzelf niet specifiek deskundig vinden op het gebied van Parkinson en verwijzers niet altijd op de hoogte zijn van de mogelijkheden van oefentherapie, is de oefentherapeutische zorg niet optimaal. Om de zorg te verbeteren is in 2004 het concept ParkinsonNet ontwikkeld: een regionaal netwerk van zorgverleners waarbij verwijzers volgens criteria gericht verwijzen naar oefentherapeuten die zich gespecialiseerd hebben op het gebied van Parkinson.

Onderzoek heeft uitgewezen dat ParkinsonNet leidt tot goedkopere en kwalitatief betere zorg in de eigen omgeving van patiënten. Eind 2010 zal in iedere regio in Nederland een ParkinsonNet actief zijn. Verschillende reeds bestaande ParkinsonNet netwerken worden uitgebreid met diëtisten en psychosociale medewerkers en de betrokkenheid van MijnZorgnet (een verzameling van integrale zorgnetwerken rondom specifieke patiëntenroepen) maakt het mogelijk om ook de Parkinson-patiënt een meer centrale rol in het ParkinsonNet te geven.

Bron: Beweegreden, juli 2010

## Rollen oefentherapeut

De meeste oefentherapeuten werken als therapeut/zorgverlener, adviseur of coach<sup>4</sup>. Aan de respondenten is gevraagd of zij verwachten dat dit de komende jaren ook het geval is of dat zij denken dat er rollen verdwijnen, bijkomen, belangrijker of minder belangrijk worden als gevolg van de hiervoor beschreven ontwikkelingen. Rollen die volgens de respondenten belangrijker worden, zijn de rol van coach/adviseur, teamspeler, ondernemer, professional en innovator. Niet elke oefentherapeut hoeft alle rollen op zich te nemen en te beheersen; *'je kunt ook een*

<sup>4</sup> Bron: Beroepsprofiel Oefentherapeut, 25 februari 2010.

*goede oefentherapeut zijn, zonder ondernemer te zijn*'. Als in een groepspraktijk één oefentherapeut een goede ondernemer is en deze rol op zich neemt, is het volgens verschillende respondenten niet noodzakelijk dat de overige oefentherapeuten in de praktijk ook investeren in ondernemen. Een dergelijke redenering geldt ook voor de rol van innovator. Als binnen de beroepsgroep een aantal oefentherapeuten investeert in het bijhouden van en meewerken aan vernieuwingen en verbeteringen (van inhoud en organisatie) van het beroep (bijvoorbeeld wat betreft meetinstrumenten, zorgproducten, richtlijnen), hoeft niet elke oefentherapeut 'het wiel opnieuw uit te vinden'. Het is dan wel noodzakelijk dat vernieuwingen en verbeteringen verspreid worden binnen de beroepsgroep, zodat alle oefentherapeuten op de hoogte blijven. Kortom, niet elke oefentherapeut hoeft alle rollen te vervullen, maar het is wel belangrijk dat in de beroepsgroep alle rollen in voldoende mate vertegenwoordigd zijn.

#### *De oefentherapeut als coach en adviseur*

Cliënten worden meer en meer aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en als medeproducent van de zorg die ze nodig hebben. De oefentherapeut in de rol van coach stimuleert, motiveert en activeert cliënten om zelf te werken aan een gedragsverandering gericht op het optimaliseren van hun bewegen. De rol van adviseur is met name ook van groot belang bij de behandeling van ouderen (onder andere in zorginstellingen). Oefentherapeuten moeten familieleden, verplegers en andere betrokkenen (het cliëntensysteem) adviseren over wat goed is voor de cliënt. Soms moet een cliënt veel lopen terwijl dat in een ander geval juist niet goed is. Familieleden en betrokken zorgverleners moeten hiervan op de hoogte worden gehouden door de oefentherapeut.

#### *De oefentherapeut als teamspeler*

Eerder kwam reeds aan de orde dat oefentherapeuten steeds meer gaan samenwerken in multidisciplinaire teams. Dit betekent dat de rol van teamspeler belangrijker wordt. De oefentherapeut moet in staat zijn een beroepseigen bijdrage te leveren aan het (multi)-professionele team en zich (pro)actief opstellen in samenwerkingsverbanden.

#### *De oefentherapeut als ondernemer*

Het is van belang dat oefentherapeuten actief de markt benaderen, ofwel ondernemend zijn en zichzelf profileren ('verkopen'). Om jezelf als oefentherapeut te kunnen profileren, moet je onderscheidend zijn en duidelijk kunnen maken wat je unieke kwaliteiten zijn. Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande en die ontwikkelingen bieden kansen (de markt wordt groter). Oefentherapeuten moeten op de ontwikkelingen inspelen en kansen pakken. Je kunt als oefentherapeut niet meer blijven wachten op verwijzingen van artsen. Sinds juli 2008 komt een groot deel van de cliënten op eigen initiatief en zonder verwijfsbrief van een huisarts (Directe Toegang Oefentherapie) naar de oefentherapeut<sup>5</sup>. Die kan hiervan profiteren door ondernemend te zijn en samen te werken met andere partijen.

Uiteraard is de rol als ondernemer ook van belang voor oefentherapeuten die zich als zelfstandig ondernemer willen aansluiten bij een gezondheidscentrum of andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals zorggroepen. Het beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat dit niet vanzelfsprekend is. Oefentherapeuten lijken onvoldoende gebruik te maken van de

---

5 Uit gegevens van het Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) van het NIVEL blijkt dat in 2009 bijna een kwart van de patiënten zonder verwijzing naar de therapeut Cesar/Mensendieck kwam. Bij de fysiotherapeut was dat 4 op de 10 patiënten.

kansen die op dit gebied liggen, terwijl ze door andere zorgverleners en paramedici niet als vanzelfsprekende samenwerkingspartner worden gezien. Dat laatste kan te maken hebben met het feit dat derden niet altijd onderscheid (kunnen) maken tussen een fysiotherapeut of oefentherapeut of niet geïnteresseerd zijn in dat onderscheid; *'het gaat om bewegen'*.

#### *De oefentherapeut als professional en innovator*

De nadruk op kwaliteit in de zorg vereist oefentherapeuten die inhoudelijk sterk zijn en vakkenis hebben. Dat betekent dat de rol van professional belangrijker wordt. Het is echter niet alleen van belang om een actieve bijdrage te leveren aan het op het vereiste peil houden van de kwaliteit, maar ook om mee te werken aan het vernieuwen en waar mogelijk verbeteren van het beroep (rol van innovator). In dit kader is onderzoek naar het effect van oefentherapie van belang. Eén van de respondenten benadrukt dat aandacht voor kwaliteit, innovatie en samenwerking noodzakelijk is om het beroep te kunnen blijven uitoefenen. Net als de rol van ondernemer is de rol van professional ook van belang vanwege de toenemende samenwerking met andere zorgprofessionals; alleen als specialist op het gebied van oefentherapie voeg je namelijk wat aan die samenwerking toe.

Het belang van de rol als innovator staat op gespannen voet met die van ondernemer. Investeren in vernieuwing van het vak komt namelijk direct voor rekening van de oefentherapeut zelf, want dat kost tijd waar geen opbrengsten tegenover staan. Een tweede punt is of je dat gaat delen met anderen, je hebt dat immers zelf betaald. Dit geldt ook voor het volgen van een (du-re) opleiding: die komt geheel voor rekening van de oefentherapeut zelf.

Met name de rol als professional maakt duidelijk wat de toegevoegde waarde is van oefentherapeuten. Een van de respondenten geeft echter aan helemaal niet geïnteresseerd te zijn of sprake is van een oefen- of fysiotherapeut; het gaat erom of iemand deskundig (specialist) is op het gebied van bewegen en de (evidence-based) richtlijnen gebruikt bij de zorg aan de patiënten waarvan sprake is.

### **Specialisaties en verbijzonderingen**

Naast het reguliere Beroepsprofiel Oefentherapeut wordt een specialisme onderscheiden (kinderoefentherapeut) en een verbijzondering (psychosomatisch oefentherapeut). Een specialisme wordt opgevat als een verdieping van het domein van de oefentherapeut en een verbijzondering als een verbreding van het domein. De meeste respondenten verwachten niet dat er meer specialisaties of verbijzonderingen van het beroepsprofiel zullen ontstaan. Redenen hiervoor zijn:

- oefentherapeuten behoren tot een kleine beroepsgroep en verdere differentiatie is niet zinvol;
- een brede blik is belangrijk, de omgeving zit niet te wachten op meer specialisaties (*'beleid en financiën zijn er niet naar'*);
- meer specialisaties zouden niet alleen de algemene oefentherapie, maar ook de reeds bestaande specialisaties *'afzwakken'*;
- het is belangrijk om als beroepsgroep eerst goed duidelijk te krijgen *'wat we doen en waar we goed in zijn'* alvorens na te denken over de noodzaak tot verdere specialisatie.

Wel verwachten enkele respondenten dat meer oefentherapeuten zich willen onderscheiden door middel van specifieke deskundigheden, zoals bedrijfsoefentherapie en bekkenoefentherapie. Het gaat hier niet om specialisaties, maar om specifieke deskundigheden binnen de algemene oefentherapie.

Bosma & Ober (2010) staan stil bij de vraag of er nog plek is voor een generalist als behandelbaar. Zij zijn van mening dat iedere oefentherapeut zich gaandeweg noodgedwongen zal moeten specialiseren: *'Het vakgebied en de wetenschappelijke ontwikkelingen maken het te complex om generalist te blijven en de beste zorg te kunnen bieden aan alle behandelbare oefentherapeutische patiëntgroepen'*. Volgens hen worden oefentherapeuten gedwongen om keuzes te maken voor hulpvragen. Genoemde voorbeelden van keuzes zijn hulpvragen die gerelateerd zijn aan bekkenproblematiek, kinderen met motorische ontwikkelingsproblemen, arbeidsgerelateerde klachten, revalidatie van sportblessures et cetera.

Een van de respondenten geeft aan dat er binnen de oefentherapie zeker plaats is voor een aantal experts op het gebied van onderzoek doen. In de regel weten oefentherapeuten wel dat iets werkt, maar niet waarom (de evidence). Oefentherapeuten zijn net als andere eerstelijns professionals vooral behandelaars (*'doeners'*). Om de kwaliteit van dat handelen te verbeteren zijn experts nodig met wetenschappelijke competenties.

In de zorg is in toenemende mate sprake van taakdifferentiatie, gericht op het terugdringen van tekorten in het zorgaanbod en op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Volgens de respondenten kunnen binnen de oefentherapie andere functionarissen wel taken overnemen op het gebied van bedrijfsvoering (ondersteuning administratie, telefoon e.d.), maar niet op inhoudelijk gebied (*'de klant wil een specialist'*).

### **Behoefte aan een masteropleiding voor oefentherapeuten**

De respondenten verschillen van mening over de behoefte die er nu is of op termijn (binnen nu en vijf jaar) zal ontstaan aan een masteropleiding voor oefentherapie. Enkele respondenten zijn van mening dat er zeker behoefte is aan een algemene masteropleiding omdat een dergelijke opleiding het beroep beter op de kaart kan zetten, het vak vooruit helpt, helpt om systematisch over het vak na te denken en meer aandacht kan schenken aan rollen als innovator en professional. Daarnaast levert een master beroepskrachten op die zich meer zullen richten op onderzoek, bijvoorbeeld naar effecten van oefentherapie en Evidence Based Practice. Daarmee kan een bijdrage worden geleverd aan de ontwikkeling, transparantie en wetenschappelijke onderbouwing van het beroep. Benadrukt wordt wel dat wetenschap geen kernactiviteit is van oefentherapeuten en dat ze met de voeten in de grond moeten blijven staan. Een masteropleiding moet geen minimumeis zijn om het beroep uit te kunnen oefenen.

Overigens hoeft een masteropleiding voor oefentherapeuten niet per se een geheel eigenstandige master te zijn. Een dergelijke opleiding kan ook onderdeel (een specialisatie) vormen van een brede master die op meer beroepsgroepen is gericht.

Andere respondenten vragen zich af wat een masteropleiding zou toevoegen. Studenten die de bacheloropleiding succesvol afronden, zijn vaktechnisch goede oefentherapeuten en kunnen het beroep uitoefenen. Alle benodigde competenties kunnen worden bijgebracht in de vierjarige bacheloropleiding. Deze respondenten zeggen niet dat er helemaal geen masters binnen de beroepsgroep nodig zijn. Het is wel goed dat er binnen de beroepsgroep enkele masters zijn, die zich richten op wetenschap en onderzoek (meten), maar het is niet nodig om daarvoor een masteropleiding te ontwikkelen. Daarnaast wordt er op gewezen dat de beroepsgroep erg klein is en er voldoende aanbod van opleidingen is buiten de oefentherapie, zoals de *'Master Fysiotherapie/Oefentherapie bij Mensen met Chronische Ziekten'* en *'Bewegingswetenschappen'*.



## Werkveld

Oefentherapeuten zijn vooral (rond de 90 procent) werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk (eenmanspraktijk) en de rest werkt in een zorginstelling (een verpleeg-/verzorgingshuis of ziekenhuis)<sup>6</sup>. De respondenten verwachten dat de eenmanspraktijken op termijn verdwijnen. Er gaat zich een verschuiving voordoen naar meer samenwerkingsstructuren. Multi- en interdisciplinaire samenwerking wordt immers steeds belangrijker en dat betekent dat er steeds meer samengewerkt zal worden op één locatie, bijvoorbeeld in gezondheidscentra.

De meeste respondenten verwachten niet dat er meer oefentherapeuten in een zorginstelling gaan werken. Mensen willen langer zelfstandig blijven wonen en oefentherapeuten kunnen hier (vanuit praktijk of samenwerkingsverband) op inspelen. Een enkele respondent verwacht echter dat meer oefentherapeuten in een zorginstelling gaan werken. Ze gaan dan in loondienst van een ziekenhuis of verpleeghuis en werken extramuraal. Er zullen dan meer loondienstverbanden ontstaan. De manier van werken verandert hierdoor niet, enkel de organisatiestructuur.

## 2.4 Conclusie

Er dienen zich in de zorg diverse ontwikkelingen aan die leiden tot kansen voor oefentherapeuten. Voorbeelden daarvan zijn de groei van het aantal zorgvragers en de aandacht voor preventie. Tegelijkertijd dringt zich uit de interviews het beeld op dat oefentherapeuten onvoldoende op dergelijke ontwikkelingen inspelen. Dat heeft meer te maken met de oefentherapeut zelf, die zich te weinig ondernemend kan of wil opstellen, dan met andere factoren, zoals financiële belemmeringen om nieuwe dingen te gaan doen. Die ondernemende opstelling is ook van belang in de samenwerking met andere zorgverleners, die naar verwachting zal gaan toenemen. Oefentherapeuten zullen in staat moeten zijn duidelijk te maken wat hun meerwaarde is in die samenwerking.

Over de wenselijkheid van een (aparte) masteropleiding lijkt verschillend te worden gedacht. Maar de vraag is of dat zo is: uit de opvattingen van de respondenten blijkt namelijk dat voor- en tegenstanders van zo'n opleiding bij hun argumenten aan verschillende zaken refereren. Voorstanders van een masteropleiding wijzen op het belang van verdere ontwikkeling van het vak. Tegenstanders (of twijfelaars) vinden dat een masteropleiding voor de reguliere beroepsuitoefening niet nodig is. Deze argumenten zijn niet strijdig aan elkaar.

---

6 Hingstman, J. en R.J. Kenens (2011). Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2010. Utrecht: NIVEL.



## 3 Het beroepsprofiel van oefentherapeuten

### 3.1 Inleiding

Doel van het rondetafelgesprek was om de relevantie en implicaties vast te stellen van de ontwikkelingen in de zorg die in de eerste fase van het onderzoek in kaart zijn gebracht. Daarvoor is in overleg met de opdrachtgever een aantal deelnemers geselecteerd die goed bekend zijn met de taken en competenties van oefentherapeuten. Hun namen staan in bijlage 2.

Tijdens het gesprek zijn zeven thema's besproken: de ondernemende houding van oefentherapeuten, preventie, vraaggestuurd werken, gebruik van technologie, samenwerken, wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie en de oefentherapeut als bewegingsdeskundige, innovator van zorg en samenwerker. Elk thema werd door de onderzoekers ingeleid, waarna de deelnemers aan de hand van stellingen bespraken of dat gevolgen heeft voor de oefentherapeut. Hierbij is het beroepscompetentieprofiel als ideaaltypische beschrijving van het beroep gehanteerd. Dat wil zeggen dat steeds is nagegaan of het beroepscompetentieprofiel al voorziet in de (nieuwe) taken of competenties die van een oefentherapeut worden gevraagd, of dat (in een nieuwe versie van het profiel) daar op zou moeten worden ingespeeld.

### 3.2 Verslag rondetafelgesprek

#### De ondernemende houding van oefentherapeuten

Nederland vergrijst. Hierdoor stijgt het aantal ouderen dat zorg nodig heeft. Ook komen er steeds meer jongeren en mensen met chronische aandoeningen die (langdurig) zorg nodig hebben. Dit zorgt voor een grote toename van de vraag naar zorg.

De respondenten verwachten dat de toenemende vraag naar zorg meer werk kan opleveren voor oefentherapeuten *als* zij inspelen op de doelgroep en de vraag van de cliënt centraal stellen (vraaggestuurd werken). Ook de grotere aandacht voor preventie betekent een kans voor oefentherapeuten om hun werkgebied uit te breiden.

De groter wordende markt betekent een kans, maar niet alle respondenten verwachten dat oefentherapeuten deze kans pakken; een deel zal dat wel doen, een ander deel niet. De huidige omvang van de zorgvraag en de bezuinigingen werken daarbij belemmerend.

Stellingen:

- a. Oefentherapeuten spelen onvoldoende in op de toenemende vraag en nieuwe markten (zoals preventie).
- b. In het Beroepsprofiel Oefentherapeut moet meer nadruk komen te liggen op een ondernemende houding.

#### *Stelling a*

De constatering dat oefentherapeuten onvoldoende inspelen op de toenemende vraag en nieuwe markten is herkenbaar voor de deelnemers aan het rondetafelgesprek. Aangegeven wordt dat de cultuur in de eerstelijns zorg in het algemeen naar binnen is gericht, maar dat dit voor

oefentherapeuten in het bijzonder geldt. Oefentherapeuten hebben veelal een reactieve houding op ontwikkelingen in de zorg en missen daardoor de aansluiting met de betreffende ontwikkelingen.

De huidige beroepsgroep heeft nog moeite om marktgericht te denken en te handelen. Er is wel een aantal 'pioniers' dat inspeelt op de toenemende vraag en nieuwe markten, maar de meerderheid van de oefentherapeuten heeft daar onvoldoende oog voor. Een van de redenen hiervoor is de dominante positie van de fysiotherapie, die op dezelfde markt opereert maar een veel grotere speler is. Er zijn ruim 43.000 fysiotherapeuten tegenover een kleine 2.500 oefentherapeuten. Fysiotherapeuten denken bovendien juist sterk marktgericht en pakken in tegenstelling tot oefentherapeuten wél nieuwe kansen, zo is de ervaring. Bij oefentherapeuten roept dit een underdoggevoel en -gedrag op. Dit heeft te maken met zelfbewustzijn en zelfvertrouwen, en wellicht speelt het opleidingstraject hierbij ook een rol. Een groot deel van de oefentherapeuten heeft namelijk een driejarige opleiding (de opleidingen oefentherapie duurden tot 2003 drie jaar) en moet concurreren met fysiotherapeuten die een vierjarige opleiding hebben gevolgd.

#### *Stelling b*

Over de nadruk op een ondernemende houding in het beroepsprofiel van de oefentherapeut zijn de meningen verdeeld. Enkele deelnemers vinden dat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de ondernemende houding. Het komt in het beroepsprofiel wel aan de orde, maar meer in de zin van 'beheer' (operationeel). Er moet meer accent komen te liggen op visieontwikkeling, breder kijken dan je eigen praktijk en vakgebied, netwerken en interdisciplinair werken.

Andere deelnemers zijn echter van mening dat de 'ondernemende houding' goed geformuleerd staat in het profiel. Als oefentherapeuten het profiel precies zouden volgen, is er geen probleem. Het lijkt er echter op dat het profiel nog niet geland is bij de beroepsgroep. In februari 2010 is het profiel vastgesteld. Aangegeven wordt dat met betrekking tot de ondernemende houding eerst ingezet moet worden op het zich eigen maken van het huidige profiel door de beroepsgroep, alvorens te besluiten over aanscherping van deze houding in een volgende versie van het profiel.

#### **Preventie**

Naast de vragen om zorg, zal de zorgverlener te maken krijgen met vragen op het gebied van preventie en gezond blijven. Dat zal ook proactief moeten gebeuren: preventie veronderstelt ook dat zorgverleners mensen uit risicogroepen actief benaderen.

Uit de interviews blijkt dat oefentherapeuten al diverse preventieve activiteiten uitvoeren. Voorbeelden daarvan zijn screenings op scholen door kinderoefentherapeuten, lezingen en workshops voor risicogroepen (bijvoorbeeld musici, sporters), zwangerschapsbegeleiding. Met name bij bedrijfs-oefentherapie staat preventie centraal, maar ook in praktijken gaat preventie een grotere rol spelen. Het is dan ook belangrijk dat oefentherapeuten alert zijn op preventie en zich er inhoudelijk in verdiepen.

Stelling:

- In het beroepsprofiel is voldoende aandacht voor preventie.

Over het algemeen zijn de deelnemers aan het rondetafelgesprek van mening dat er in het beroepsprofiel inderdaad voldoende aandacht is voor preventie. Aangegeven wordt dat het zinvol is om mensen met chronische aandoeningen specifiek te noemen in het profiel. Het gaat in dit geval om het voorkomen van verergering van een ziekte (secundaire preventie). Niet

alleen primaire, maar ook secundaire preventie zal een grotere rol gaan spelen in het werk van de oefentherapeut.

### **Gebruik van technologie**

In de zorg wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van technologie. Denk aan het gebruik van hoogwaardige medische apparatuur en domotica. Technologie is voor de zorg op twee manieren van belang: voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en om de zorg zodanig aan te bieden en te organiseren dat daarvoor minder mensen nodig zijn.

Ook in de oefentherapie is deze ontwikkeling duidelijk merkbaar. Technologie speelt volgens de respondenten een rol bij het bereiken van cliënten. Zorg wordt laagdrempeliger, grotere groepen mensen kunnen tegelijkertijd benaderd worden. Tevens zorgt de technologie ervoor dat meer nadruk komt te liggen op meten en toetsen (onderzoek doen), en volgen van de behandeling door middel van patiëntvolgsystemen. Dergelijke systemen vragen om een andere manier van werken, zoals discipline en tijd investeren om de benodigde informatie te registreren. Technologie draagt op deze wijze bij aan meer inzicht in kwaliteit en output. Daarnaast kan technologie ondersteunend zijn aan een behandeling. Technologieën als bijvoorbeeld de Wii Fit kunnen dienen als oefenmiddel. De respondenten geven aan dat technologie een oefentherapeut kan ondersteunen, maar zeker niet vervangt.

Stelling:

- Het gebruik van technologie en de gevolgen daarvan moeten worden toegevoegd aan het profiel (aandacht hiervoor ontbreekt nu).

De deelnemers onderschrijven de stelling dat het gebruik van technologie en de gevolgen daarvan in een volgende versie van het beroepsprofiel sterker moet worden aangezet. Technologie wordt steeds belangrijker in de zorg omdat mede daarmee de zorg kan worden geleverd die nodig is, ingezet kan worden op de preventie van ziekte en doelen op het gebied van zelfmanagement kunnen worden gerealiseerd. Daarnaast *is* technologie ook vaak de zorg die geleverd wordt - denk bijvoorbeeld aan hulpmiddelen, waarmee mensen zelfstandig vanuit hun rolstoel in en uit bed kunnen komen.

Opgemerkt wordt dat technologie niet alleen kansen biedt, maar ook bedreigingen. Een voorbeeld van zo'n bedreiging is dat cliënten oefeningen opzoeken op internet en een bezoek aan een oefentherapeut niet meer nodig achten.

De deelnemers aan het rondetafelgesprek concluderen dat technologie niet meer is weg te denken uit de zorg en dat het gebruik van technologie alleen meer zal toenemen. Ook oefentherapeuten moeten hierop inspelen.

### **Vraaggestuurd werken en samenwerken**

De patiënt en burger veranderen. Sleutelwoorden die de toekomstige zorgvrager beschrijven, zijn: mondig, kritisch, beter geïnformeerd, maakt zelf keuzes, participant in communities, mee willen blijven doen en actief op zoek naar kwaliteit van leven. Zorgverleners zullen in de toekomst te maken hebben met patiënten en burgers die zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en zelf de regie willen hebben (zo nodig met de hulp van mantelzorgers en professionals) over de zorg en hun gezondheid.

Het feit dat mensen langer zelfstandig willen blijven wonen en zelf de regie willen hebben over de zorg en hun gezondheid betekent, volgens de respondenten, dat oefentherapeuten meer

dan ooit uit moeten kunnen gaan van de vraag van de cliënt en van de doelen die de cliënt wil bereiken. De nadruk moet daarbij meer komen te liggen op coaching, bewustwording bij cliënten en het stimuleren van zelfmanagement. Vraaggestuurd werken vraagt tevens om meer samenwerking.

In de praktijk blijkt dat oefentherapeuten steeds meer gaan samenwerken met andere professionals. Samenwerking gebeurt niet alleen in monodisciplinaire maar ook in multidisciplinaire teams. Voorbeelden daarvan zijn het ontstaan van netwerken oefentherapeuten en bewegingsprofessionals. Er wordt steeds meer samengewerkt in één pand (bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum). Dit betekent dat de relatie tussen oefentherapeuten en bijvoorbeeld fysio- en ergotherapeuten intensiever wordt. Belangrijk is dat de verschillende therapeuten afspraken maken (bijvoorbeeld door middel van een protocol), zodat ze elkaar kunnen aanvullen en overlap voorkomen. Om dit te bereiken, is het van groot belang dat oefentherapeuten weten en kunnen communiceren wat hun specifieke, unieke kwaliteiten zijn. Daarbij moeten ze zelfvertrouwen hebben en zich durven positioneren en profileren. Verschillende respondenten geven aan dat op dit gebied nog slagen gemaakt kunnen en moeten worden.

Stellingen:

- In het beroepsprofiel is voldoende aandacht voor het feit dat de oefentherapeut uit moet gaan van de vraag van de cliënt;
- In het beroepsprofiel is voldoende aandacht voor het feit dat de oefentherapeut zelfmanagement moet bevorderen;
- In het beroepscompetentieprofiel moet meer nadruk worden gelegd op multidisciplinair samenwerken.
- Er moet in het beroepsprofiel meer aandacht worden besteed aan de rol van de oefentherapeut als ambassadeur / promotor van zijn of haar deskundigheid.

Om effectief samen te kunnen werken met andere disciplines moet de oefentherapeut goed op de hoogte zijn van zijn/haar eigen unieke kwaliteiten, maar ook van de deskundigheid van andere partijen. Bovendien zal de oefentherapeut zich in de praktijk scherp moeten kunnen profileren (sterker dan nu gebeurt) en tegelijkertijd goed oog hebben voor de inbreng vanuit andere disciplines. Op dit gebied wordt overigens wel een positieve ontwikkeling gesignaleerd: zorgverleners vanuit verschillende disciplines kijken steeds beter naar elkaar en naar hoe ze elkaar kunnen aanvullen.

Het kunnen communiceren van je unieke kwaliteiten als zorgprofessional is niet alleen van belang voor het bewerkstelligen van interdisciplinaire samenwerking, maar ook voor cliënten. Het moet voor een cliënt duidelijk zijn wat een oefentherapeut doet en wat zijn/haar toegevoegde waarde is, bijvoorbeeld (vooral) in vergelijking met een fysiotherapeut.

Verschillende deelnemers aan het rondetafelgesprek zijn van mening dat multidisciplinair samenwerken en de rol van ambassadeur / promotor van deskundigheid nadrukkelijker in het beroepsprofiel zouden mogen staan.

## **Wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie**

De nadruk op kwaliteit in de zorg vereist oefentherapeuten die inhoudelijk sterk zijn en vakken-nis hebben. Dat betekent dat de rol van professional belangrijker wordt. Het is echter niet alleen van belang om een actieve bijdrage te leveren aan het op het vereiste peil houden van de kwaliteit, maar ook om mee te werken aan het vernieuwen en waar mogelijk verbeteren van het beroep (rol van innovator). In dit kader is onderzoek naar het effect van oefentherapie van belang.

Stelling:

- Het profiel (specialisme) 'onderzoeker oefentherapie' moet worden toegevoegd aan het beroepsprofiel.

Onderzoek is belangrijk om 'evidence based' te kunnen werken. Niet alle oefentherapeuten hoeven onderzoeker te zijn, maar het is belangrijk dat er oefentherapeuten zijn 'die het vak omhoog trekken'. Dit komt de beroepsgroep ten goede en dus ook de reguliere oefentherapeut. Vanuit beide hogescholen wordt aangegeven dat er een masteropleiding nodig is om dergelijke 'trekkers' op te leiden. Het is belangrijk dat er doorstroommogelijkheden zijn om oefentherapeuten die zich verder willen ontwikkelen voor het vak te behouden.

De beroepsvereniging deelt de mening dat er wetenschappelijke onderbouwing nodig is voor het vak oefentherapie en ook dat daarvoor een mastertraject moet zijn. Maar een dergelijke opleiding is geen vereiste om het vak van oefentherapeut te kunnen uitoefenen. Wetenschappelijke onderbouwing is één van de pijlers van de beroepsvereniging, maar op dit gebied is nog wel een implementatieslag te maken.

Geconstateerd wordt dat beide hogescholen en de beroepsvereniging hetzelfde doel nastreven (wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie), dat beide dat op hun eigen manier invullen, maar elkaar nodig hebben om dat doel te bereiken.

## **De oefentherapeut als bewegingsdeskundige, innovator van zorg en samenwerker**

Gezien de ontwikkelingen in de zorg in het algemeen en de oefentherapie in het bijzonder, heeft de oefentherapeut drie centrale rollen: bewegingsdeskundige, innovator van zorg en samenwerker. De belangrijkste rol is die van deskundige (specialist) op het gebied van bewegen; daar begint het mee. Vanuit die rol werkt de oefentherapeut samen met anderen aan een betere en goedkopere zorg.

Stelling:

- In het beroepscompetentieprofiel dienen de rollen van de oefentherapeut als bewegingsdeskundige, innovator van zorg en samenwerker, centraal te staan.

Volgens de deelnemers aan het rondetafelgesprek zijn er een drietal centrale rollen, die ook als zodanig terugkomen in het beroepsprofiel: inhoudelijk zorgverlener, ondernemer, beroepsontwikkelaar. Deze sluiten goed aan bij de beroepspraktijk en kunnen gehandhaafd worden. De wetenschappelijke onderbouwing, zoals hiervoor reeds besproken, sluit aan bij de rol van ontwikkelaar.

In de opleidingen wordt aandacht besteed aan de rollen inhoudelijk zorgverlener (70 procent), ontwikkelaar (20 procent), en ondernemer (10 procent). In de beroepspraktijk zijn deze rollen niet altijd voor elke oefentherapeut van belang. Een aantal oefentherapeuten werkt bijvoorbeeld

samen in een gezondheidscentrum en daarbij neemt één van hen de rol van ondernemer op zich.

### **3.3 Conclusie**

In het rondetafelgesprek wordt bevestigd dat de oefentherapeut als eerstelijnszorgverlener vaak een ondergeschikte positie heeft ten opzichte van de fysiotherapeut. Het is dan ook een kernopgave voor oefentherapeuten om zich sterker te profileren dan nu het geval is. Dat is niet alleen nodig om te laten zien waar ze goed in zijn, maar ook om de kansen te kunnen pakken die er voor de oefentherapie zijn en om een waardevolle samenwerkingspartner te zijn van andere zorgverleners. Daar past geen naar binnen gerichte houding bij, maar juist een ondernemende opstelling. Het is van cruciaal belang dat oefentherapeuten zich stevig laten gelden en de verworvenheden (meerwaarde) van de oefentherapie beter zichtbaar maken, zowel voor verwijzers als patiënten. Op dit gebied zullen oefentherapeuten nog een slag moeten maken. Een van de manieren om dat (als beroepsgroep) te doen is het bevorderen van de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied.



## 4 De arbeidsmarkt van oefentherapeuten

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de huidige en toekomstige arbeidsmarkt van oefentherapeuten. Voor de huidige arbeidsmarkt gebeurt dat in termen van werkzame personen, samenstelling arbeidsaanbod, organisaties en arbeidsvraag. Wat de toekomstige arbeidsmarkt betreft, zijn we nagegaan hoe de vraag naar oefentherapeuten zich kan ontwikkelen en wat de implicaties daarvan zijn voor de opleidingen oefentherapie.

### 4.2 Studenten en pas afgestudeerden

#### In en uitstroom

In hoofdstuk 1 kwam reeds aan de orde dat de belangstelling voor de opleidingen Oefentherapie Cesar en Oefentherapie Mensendieck jaarlijks toeneemt. Bij Oefentherapie Mensendieck neemt de instroom geleidelijk toe, maar bij Oefentherapie Cesar is sprake van een plotselinge en zeer sterke stijging van de instroom.

Tabel 4.1 – Instroom in de opleidingen oefentherapie (aantallen)

	2006	2007	2008	2009	2010
Oefentherapie Cesar	44	65	98	180	232
Opleiding Oefentherapeut Mensendieck	22	28	31	57	83
Totaal	66	93	129	237	315

Bron: HBO-raad. Cijfers voor 2009 en 2010 aangeleverd door de Hogeschool Utrecht (Oefentherapie Cesar) en de Hogeschool van Amsterdam (Oefentherapeut Mensendieck).

In tabel 4.2 staat een overzicht van het aantal afgestudeerde oefentherapeuten in de afgelopen jaren. De sterke, tijdelijke daling in 2005 heeft te maken met de overgang van de opleidingen van drie naar vier jaar. Het aantal afgestudeerde oefentherapeuten Cesar is sinds 2005 jaarlijks iets toegenomen tot 65 in 2009. Het aantal afgestudeerde oefentherapeuten Mensendieck is, na een stijging in 2006, redelijk stabiel en schommelt iets boven de dertig.

Tabel 4.2 – Aantal afgestudeerde oefentherapeuten naar afstudeerjaar

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Oefentherapie Cesar	58	22	43	44	47	65
Opleiding Oefentherapeut Mensendieck	32	22	34	32	34	31
Totaal	90	44	77	76	81	96

Bron: HBO-raad.

## Bestemming

Het merendeel van de gediplomeerde studenten gaat direct na de opleiding aan de slag als oefentherapeut (zie tabel 4.3). Van de oefentherapeuten die in 2008 of 2009 zijn afgestudeerd en aan het onderzoek ten behoeve van de beroepenregistratie van NIVEL hebben meegedaan, is 91 procent op 1 januari 2010 als oefentherapeut werkzaam. Iets meer dan de helft heeft een baan in een instelling, terwijl ongeveer een kwart in een zelfstandige praktijk terecht komt. Bij de cijfers van de totale groep oefentherapeuten, zullen we zien dat meer dan 90 procent van de oefentherapeuten in een zelfstandig gevestigde praktijk werkzaam is. Wellicht wordt dit verschil veroorzaakt doordat banen in zorginstellingen zoals ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen geschikt zijn voor beginnende beroepskrachten om ervaring op te doen, maar dat op termijn een zelfstandige praktijk een aantrekkelijkere werkplek is.

Tabel 4.3 – Afgestudeerde oefentherapeuten naar werkzame status (percentages)

	2002	2004	2006	2008	2010
Werkzaam	86	70	71	79	91
Praktijk	26	46	36	29	24
Instelling	10	9	13	30	55
Waarnemer	28	12	13	13	12
Combinatie	22	3	9	-	-
Onbekend	-	-	-	8	-
Niet werkzaam	14	30	29	21	10
Op zoek naar functie	6	15	9	6	2
Niet op zoek naar functie	9	15	21	9	7
Onbekend	-	-	-	6	-
Totaal	69	149	151	80	42

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari. De tabel heeft alleen betrekking op gegevens van de responsgroep.

## 4.3 Omvang en samenstelling arbeidsaanbod

### Aantal oefentherapeuten

Momenteel staan er bijna 2.500 oefentherapeuten geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (zie tabel 4.4). Iets meer dan de helft is kwaliteitsgeregistreerd en voldoet daarmee aan de opleidingseisen en de kwaliteitseisen die door de beroepsgroep worden gesteld.

Tabel 4.4 – Geregistreerde oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

	Stand van zaken 11-11-2010		Stand van zaken 9-8-2011	
	Cesar	Mensendieck	Cesar	Mensendieck
Status geregistreerd <sup>1</sup>	51 %	56 %	44 %	48 %
Status kwaliteitsgeregistreerd <sup>2</sup>	49 %	44 %	56 %	52 %
Totaal	1.332	1.093	1.346	1.104
Totaal aantal geregistreerde therapeuten	2.425		2.450	

Bron: [www.kwaliteitsregisterparamedici.nl](http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl).

1. Geregistreerd: als diploma langer dan vijf jaar geleden is behaald of als periodieke registratie langer dan vijf jaar geleden heeft plaatsgevonden.
2. Kwaliteitsgeregistreerd: als voldaan is aan de opleidingseisen en aan de door de beroepsgroep gestelde kwaliteitseisen.

Uit tabel 4.5 blijkt dat het totaal aantal oefentherapeuten de laatste jaren is teruggelopen. In de NIVEL-peiling van 2010 zijn 14 procent minder oefentherapeuten geteld dan in 2002. Die afname komt vooral voor rekening van de oefentherapeuten Mensendieck: dat aantal (dat in 2002 nog groter was dan het aantal oefentherapeuten Cesar) liep tussen 2002 en 2010 met bijna een kwart terug, het aantal oefentherapeuten Cesar met 5 procent.

*Tabel 4.5 – Aantal werkzame oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (aantallen)*

	2002	2004	2006	2008	2010	Afname (2010 t.o.v. 2002)
Oefentherapeuten Cesar	920*	940	922	876	877	5 %
Oefentherapeuten Mensendieck	945*	905	792	769	719	24 %
Totaal	1.865	1.845	1.714	1.645	1.596	14 %
Geïndexeerd (basisjaar = 2002)	100	99	92	88	86	-

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari.

\* Dit aantal is gecorrigeerd voor de non-respons en het deel dat geen lid is van de beroepsvereniging (VBC/NVOM).

Het aantal therapeuten dat als zodanig werkzaam is, is lager dan het aantal geregistreerde oefentherapeuten. Dat kan verschillende redenen hebben, zoals:

- afgestudeerde oefentherapeuten die na hun opleiding oefentherapie een andere opleiding gaan volgen maar vooralsnog geregistreerd blijven;
- het kan gaan om (pas afgestudeerde) oefentherapeuten die op zoek zijn naar werk;
- er zijn oefentherapeuten die een andere baan hebben (en bijvoorbeeld verbonden zijn aan een van de opleidingen oefentherapie), maar geregistreerd blijven staan.

### **Werkweek**

Uit de NIVEL-peiling van 2010 blijkt dat 84 procent van de oefentherapeuten parttime werkt (zie tabel 4.6). Uit verdere gegevens uit de peiling blijkt dat dit vooral geldt voor oefentherapeuten in instellingen (95 procent) en in mindere mate voor oefentherapeuten met een eigen praktijk (85 procent).

*Tabel 4.6 – Omvang werkweek*

	2002		2004		2006	2008	2010
	Cesar	Mens.	Cesar	Mens.	Totaal	Totaal	Totaal
Parttime	73%	82%	88%	90%	88%	86%	84%
Fulltime	27%	18%	12%	10%	12%	14%	16%
Gemiddelde omvang werkweek (fte)	0,66	0,65	0,60	0,59	0,66	0,70	0,73*
- mannen	0,76	0,81	0,67	0,70	0,72	0,79	0,85
- vrouwen	0,65	0,64	0,59	0,58	0,66	0,69	0,72

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari.

\* Uitgaande van 1 fte is 40 uur (gemiddeld 29,2 uur per week; vrouwen 28,9 uur per week, mannen 33,8 uur per week).

Tabel 4.6 laat zien dat het aantal oefentherapeuten dat fulltime werkt, de afgelopen jaren licht is toegenomen. Ook bij de gemiddelde omvang van de werkweek (fte) is een toename zichtbaar.

Voor vrouwelijke oefentherapeuten is de omvang van de werkweek gemiddeld genomen kleiner dan voor hun mannelijke collega's, maar beide groepen zijn de afgelopen jaren meer gaan werken.

### Geslacht en leeftijdsopbouw

Van de oefentherapeuten is 7 procent man en 93 vrouw. Sinds 2002 is deze verhouding niet gewijzigd (zie tabel 4.7).

Tabel 4.7 – Geslacht werkzame oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (percentages)

	2002	2004	2006	2008	2010
Man	7	7	7	7	7
Vrouw	93 <sup>1</sup>	93	93	93	93
Totaal (N)	1.865	1.845	1.714	1.645	1.596

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari.

\* Uitgaande van de veronderstelling dat voor de totale beroepsgroep dezelfde man-vrouw verhouding geldt als voor de responsgroep.

De gemiddelde leeftijd van oefentherapeuten (peiling 1 januari 2010) bedraagt 41,6 jaar. De oefentherapeuten Cesar zijn gemiddeld genomen jonger (40,9 jaar) dan de oefentherapeuten Mensendieck (42,3 jaar). Tabel 4.8 laat zien dat circa 16 procent van de oefentherapeuten jonger is dan 30 jaar. Bijna een kwart van de oefentherapeuten is 50 jaar of ouder. Deze groep oefentherapeuten is de afgelopen jaren groter geworden. In 2002 was 14 procent van de oefentherapeuten 50 jaar of ouder, in 2010 gaat het om 23 procent.

Tabel 4.8 – Leeftijdsopbouw werkzame oefentherapeuten (percentages)

	2002	2004	2006	2008	2010
< 25 jaar	4	7	5	4	4
25 - 29 jaar	13	14	12	13	12
30 - 34 jaar	16	17	14	13	12
35 - 39 jaar	21	17	17	15	14
40 - 44 jaar	18	19	21	17	17
45 - 49 jaar	13	13	16	18	19
50 - 54 jaar	7	7	9	11	13
55 - 59 jaar	4	3	4	6	7
≥ 60 jaar	3	3	2	3	3
Totaal (N)	1.476 <sup>1</sup>	1.845	1.714	1.645	1.592 <sup>2</sup>

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari

1. Van 10 oefentherapeuten Cesar en 16 oefentherapeuten Mensendieck ontbreken gegevens over de leeftijd.

2. Van 4 oefentherapeuten ontbreekt de leeftijd.

Uit de NIVEL-peiling van 2010 blijkt dat circa 14 procent van de leeftijdsgroep ouder dan 54 jaar concrete plannen heeft om binnen twee jaar definitief te stoppen met werken. Voor de groep 40 tot 55 jaar geldt dat voor slechts 3 procent.

## 4.4 Werkveld

### Werkveld

Het overgrote deel van de oefentherapeuten is uitsluitend werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk. Sinds 2002 gaat het om een percentage van circa 90 procent (zie tabel 4.9). De overige oefentherapeuten werken in een instelling of zowel in een instelling als in een praktijk.

Tabel 4.9 – Werkzame oefentherapeuten naar werkveld (percentages)

	2002	2004	2006	2008	2010
Praktijk	89	91	90	91	92
Instelling	5	6	7	7	7
Beide	6	3	3	2	2
Totaal (N)	1.481 <sup>1</sup>	1.845	1.714	1.645	1.561 <sup>2</sup>

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari.

1. Van 9 oefentherapeuten Cesar en 12 oefentherapeuten Mensendieck ontbreken gegevens over het werkveld.
2. Naast bovengenoemde groepen zijn er ook nog 35 waarnemers werkzaam.

### Organisaties

Uit tabel 4.9 blijkt dat circa 7 procent van alle werkzame oefentherapeuten uitsluitend in loondienst van een instelling werkt en 2 procent zowel in een instelling als in een eigen praktijk (peiling 1 januari 2010). In tabel 4.10 staat een overzicht van het type instelling waarbij oefentherapeuten in loondienst zijn.

Tabel 4.10 – Verdeling aantal werkplekken van oefentherapeuten in loondienst van een instelling (percentages)<sup>1</sup>

	2002 (N=134)	2004 (N=145)	2006 (N=138)	2008 (N=129)	2010 (N=104)
Verpleeghuis/verzorgingshuis	26	30	31	33	41
Thuiszorg/kruiswerk	18	15	13	11	3
Ziekenhuis (algemeen/academisch)	9	12	14	15	13
School (behandeling)	7	8	6	7	7
Bedrijf (preventief, voorlichting, trainingen, arbeidsre-integratie)	11	6	9	5	4
Revalidatiecentrum	1	3	3	5	4
Instelling verstandelijk gehandicapten	5	6	7	5	6
School (onderwijs)	6	4	7	5	8
Psychiatrische instelling	3	3	4	3	4
Instelling visueel gehandicapten <sup>2</sup>	-	-	-	3	4
Overig	13	11	8	7	7

Bron: NIVEL, peildatum 1 januari.

1. Tabel heeft alleen betrekking op gegevens van responsgroep.
2. In 2002, 2004 en 2006 is hier niet specifiek naar gevraagd/gekeken (zitten mogelijk binnen de categorie 'Overig').

De meeste werkplekken zijn te vinden in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het aantal oefentherapeuten dat in een verpleeg-/verzorgingshuis werkt, is toegenomen van 26 procent in 2002 naar 41 procent in 2010. Het aantal oefentherapeuten dat in de thuiszorg werkt, is sinds 2002

fors afgenomen (van 18 procent in 2002 naar 3 procent in 2010). In mindere mate geldt dit ook voor de bedrijven.

#### 4.5 Een blik in de toekomst

Hoe ontwikkelt zich de vraag naar oefentherapie en oefentherapeuten? Daarbij moeten we onderscheid maken tussen de vraag naar uitbreiding van het aantal oefentherapeuten door de groei van de vraag naar oefentherapie (de uitbreidingsvraag) en de vervanging van oefentherapeuten die iets anders gaan doen of met werken stoppen omdat ze met pensioen gaan (de vervangingsvraag).

##### *Uitbreidingsvraag*

Gezien de ontwikkelingen in de zorg (met name de stijging van het aantal oudere zorgvragers en het aantal mensen met chronische aandoeningen en de toenemende aandacht voor preventie) nemen we aan dat de vraag naar oefentherapeuten 'die naast behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat ook kunnen sturen op bewegen'<sup>7</sup> de komende jaren zal stijgen<sup>8</sup>. In tabel 4.11 staat een overzicht van het aantal patiënten dat wordt behandeld door oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. In de periode 2003 - 2006 liep het totaal aantal patiënten terug van 6.808 naar 5.454. Dat is een afname van circa 20 procent voor zowel oefentherapeuten Cesar als oefentherapeuten Mensendieck. Vanaf 2006 stijgt het aantal patiënten weer, maar in 2009 ligt het aantal patiënten nog steeds onder het niveau van 2003.

Tabel 4.11 – Aantal patiënten oefentherapie (in LiPZ)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Oefentherapie Cesar	3.689	3.670	3.333	2.982	3.066	3.043	3.175
Oefentherapie Mensendieck	3.119	3.106	2.736	2.472	2.764	2.898	3.069
Totaal	6.808	6.776	6.069	5.454	5.830	5.941	6.244

Bron: NIVEL, Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ).

Om de vraag naar oefentherapeuten voor de komende jaren te kunnen schatten, brengen we eerst de vraag naar dergelijke beroepskrachten in kaart. Omdat de ontwikkeling van het aantal patiënten tamelijk onregelmatig verloopt, beperken we ons tot de groei van het totaal aantal patiënten vanaf 2006. Vanaf dat jaar steeg het totaal aantal patiënten met gemiddeld 4,6 procent per jaar. In tabel 4.12 is die gemiddelde jaarlijkse groei doorgetrokken tot en met 2015.

7 Bron: Swinkles, e.a. (2010).

8 Wat het aantal ouderen betreft is hiervan al sprake. Uit cijfers van het NIVEL blijkt dat het aantal patiënten van 65 jaar en ouder in de praktijk voor oefentherapie Cesar tussen 2003 en 2009 is verdubbeld. Overigens blijkt uit die cijfers dat ook het aandeel jonge patiënten in die periode is toegenomen van 13,5 tot 20,6 procent. Bron: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).

Tabel 4.12 – Schatting van de toename van het aantal patiënten oefentherapie 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal patiënten Cesar en Mensendieck	6.836	7.153	7.484	7.831	8.193

Op basis van tabel 4.11 en 4.5 bepalen we de verhouding tussen het aantal patiënten en het aantal oefentherapeuten. Die was in 2008 (het meest recente jaar waarvoor we dat kunnen vaststellen) voor beide groepen oefentherapeuten samen 0,28. Hiermee kunnen we schatten hoe het aantal oefentherapeuten zich mee zou moeten ontwikkelen met de groei van het aantal patiënten (zie tabel 4.13).

Tabel 4.13 – Schatting van het benodigde aantal oefentherapeuten 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	1.893	1.980	2.072	2.168	2.269

Tabel 4.13 leert dat om de groeiende vraag naar oefentherapie te beantwoorden, er de komende jaren (gerekend vanaf 2010) 460 extra oefentherapeuten nodig zijn.

#### *Vervangingsvraag*

Voor de vervangingsvraag kunnen we ons uitsluitend baseren op de gegevens over de leeftijdsopbouw van de werkzame oefentherapeuten (tabel 4.8). Als we ervan uitgaan dat oefentherapeuten blijven doorwerken tot het moment waarop ze 65 jaar worden, zal de komende jaren (tot en met 2015) 3 procent van de werkzame oefentherapeuten Cesar en Mensendieck samen, moeten worden vervangen. Dat zijn in totaal 48 oefentherapeuten.

De totale extra vraag naar oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (dus bovenop degenen die momenteel al werkzaam zijn), bedraagt dus naar schatting 500 oefentherapeuten tot 2015, 100 therapeuten per jaar.

## **4.6 Conclusie**

Gelet op de cijfers over de opleiding, het arbeidsaanbod en de vraag naar oefentherapeuten, valt vooral de sterke stijging op van de instroom in beide opleidingen, het teruglopende aantal werkzame oefentherapeuten en het toenemend aantal patiënten. De vraag is hoe deze ontwikkelingen zich tot elkaar verhouden. Geschat is dat er de komende jaren jaarlijks 100 extra oefentherapeuten nodig zijn om aan de vraag naar oefentherapie te voldoen. Bij een studierendement van 65 procent<sup>9</sup> en er rekening mee houdend dat zo'n 20 procent van de gediplomeer-

<sup>9</sup> Dit is het gemiddelde rendement na 5 jaar voor het HGZO voor de lichte 2005. Voor Oefentherapie Cesar is dat 63 procent en voor de Opleiding Oefentherapie Mensendieck 79 procent.

den niet (direct) gaat werken maar met een vervolgopleiding start of iets anders gaat doen<sup>10</sup>, is in beide opleidingen samen een instroom nodig van zo'n 200 studenten. Dat is beduidend minder dan de instroom in 2009 en 2010 die respectievelijk 237 en 315 bedroeg.

---

10 In 2010 was dat voor het HGZO totaal 20 procent. Voor de opleiding Oefentherapie bedroeg dat 27 procent en voor de Opleiding Oefentherapie Mensendieck is dat onbekend.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Conclusies

*Welke ontwikkelingen vinden er plaats in de zorg en wat zijn de gevolgen daarvan voor de oefentherapie?*

De zorgsector is het afgelopen decennium sterk veranderd en ook de komende jaren zullen in het teken staan van veranderingen. Enkele ontwikkelingen die nu spelen, zijn de groei van het aantal zorgvragers, de groeiende aandacht voor preventie, de veranderende relatie met de patiënt, en een toenemend gebruik van technologie. Deze ontwikkelingen leiden tot kansen voor oefentherapeuten. Zo zal door de stijging van het aantal oudere zorgvragers en van cliënten met chronische aandoeningen, de vraag naar oefentherapie stijgen. Een ander voorbeeld is de groeiende aandacht voor preventie; een gebied waarop oefentherapeuten van oudsher goed zijn ingevoerd. Uit de interviews en het rondetafelgesprek dringt zich echter het beeld op dat oefentherapeuten onvoldoende inspelen op dergelijke ontwikkelingen. Dat heeft meer te maken met de oefentherapeut zelf, die zich te weinig ondernemend kan of wil opstellen, dan met andere factoren zoals financiële belemmeringen om nieuwe dingen te gaan doen. Die ondernemende opstelling is ook van belang in de samenwerking met andere zorgverleners, die naar verwachting zal gaan toenemen. Voorwaarde daarvoor is dat oefentherapeuten aan verwijzers, patiënten en zorgverleners met wie ze samenwerken, beter zichtbaar kunnen maken wat hun deskundigheid en meerwaarde is.

*Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt van oefentherapeuten zich de komende jaren en wat is de vraag naar oefentherapeuten?*

De verwachting is dat de vraag naar oefentherapeuten zal groeien. Tot en met 2015 zijn er naar schatting 500 extra oefentherapeuten nodig, gemiddeld 100 per jaar. Er zullen dus naar schatting jaarlijks 100 afgestudeerde oefentherapeuten een baan als oefentherapeut moeten kiezen. Onder de aanname dat het gemiddeld rendement van de oefentherapieopleidingen 65 procent bedraagt en 20 procent van de afgestudeerden niet naar de arbeidsmarkt uitstroomt, zullen er jaarlijks zo'n 200 studenten moeten instromen in beide opleidingen samen.

*Wat zijn de gevolgen van de antwoorden op vragen 1 en 2 voor het beroepsprofiel van oefentherapeuten?*

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut is recent (februari 2010) vastgesteld. Gelet op de ontwikkelingen in de beroepspraktijk en op de arbeidsmarkt, zou in een volgende versie van het profiel de volgende wijzigingen kunnen worden aangebracht:

- Meer nadruk op een ondernemende opstelling. Oefentherapeuten moeten zich sterker profileren en de verworvenheden (meerwaarde) van de oefentherapie beter zichtbaar maken. Meer aandacht voor de rol van oefentherapeut als ambassadeur/ promotor van zijn of haar deskundigheid is van belang.
- Niet alleen aandacht voor primaire preventie, maar ook voor secundaire preventie ofwel het voorkomen van verergering van ziekte (chronische aandoeningen);
- Het gebruik van technologie en de gevolgen daarvan toevoegen aan het profiel. Omdat technologie niet meer weg te denken is uit de zorg en het gebruik van technologie alleen maar zal toenemen, moeten oefentherapeuten hierop inspelen.

- Multidisciplinaire samenwerking nadrukkelijker opnemen in het beroepsprofiel.
- Aandacht voor de 'onderzoeker oefentherapie', gericht op het bevorderen van de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied.

*Wat is het arbeidsmarktperspectief voor oefentherapeuten op masterniveau?*

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we de vraag naar oefentherapeuten op master-niveau niet kwantificeren. Wel is in het onderzoek duidelijk geworden dat ingezet moet worden op de wetenschappelijke onderbouwing van het vak oefentherapie. Verdere ontwikkeling van het vak is van belang. Daar zijn zowel de hogescholen als de beroepsvereniging het over eens. Er zijn binnen de beroepsgroep dan ook 'masters' nodig om die verdere ontwikkeling vorm te geven.

## **5.2 Aanbevelingen**

Gelet op de behoefte aan het aantal oefentherapeuten op de arbeidsmarkt bevelen we aan om de instroom in beide opleidingen samen, te beperken tot maximaal 200 studenten per jaar. Daarbij moeten we wel opmerken dat de omvang van deze instroom uitsluitend is gebaseerd op de verwachte groei van het aantal patiënten. Eerder is aangegeven dat er op dit gebied wel degelijk kansen liggen voor de oefentherapie, maar dat ongewis is in welke mate oefentherapeuten deze weten te realiseren. Dat zal pas op termijn duidelijk worden.

Een tweede aanbeveling is om de onderzoeksgegevens niet uitsluitend te relateren aan de opleiding van toekomstige oefentherapeuten maar ook aan de deskundigheidsbevordering van zittende oefentherapeuten. Zaken als bevordering van ondernemerschap, meer samenwerking zoeken met andere zorgverleners en werken aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vak, zouden ook zijn weerslag moeten hebben op de zittende beroepsgroep. De beroepsvereniging van oefentherapeuten is daar al mee bezig en we hopen dat de uitkomsten van het onderzoek daarbij kunnen dienen als een steun in de rug.

## Bronnen

- Bosma, M. & Ober, C. (2010). In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen? Een drieluik. Deel I: Visie op het vakgebied Oefentherapie. *Beweegreden. Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck*, 6(3), 6-7.
- Bosma, M. & Ober, C. (2011). In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen? Een drieluik. Deel II: Ontwikkelingen in de zorg en de visie van zorgverzekeraars. *Beweegreden. Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck*, 7(1).
- Hingstman, J. & Kenens, R. (2009). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2008*. Utrecht: NIVEL.
- Hingstman, J. & Kenens, R. (2011). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2010*. Utrecht: NIVEL.
- Kenens, R. & Hingstman, J. (2005). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar. Peiling 2004*. Utrecht: NIVEL.
- Kenens, R. & Hingstman, J. (2005). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Mensendieck. Peiling 2004*. Utrecht: NIVEL.
- Kind, I. (2009). E-Vitality. Zorginnovatie voor oefentherapeuten. *Beweegreden. Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck*, 5(2), 28-29.
- Muysken, J., Kenens, R. & Hingstman (2007). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2006*. Utrecht: NIVEL.
- Nijkrake, M., Keus, S., Bloem, B. & Munneke, M. (2010). Betere organisatie van oefentherapeutische zorg bij Parkinson bespaart miljoenen. *Beweegreden. Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck*, 6(2), 8-11.
- Swinkels, I.C.S., M.K. Kooiman. J. Tol en C. Veenhof (2010). *Beschouwing Jaarcijfers LiPZ 2009*. Utrecht: NIVEL.
- Potter, T. (2009). Focus op gezond beleid met Preventie Management Systeem. *VvOCM Nieuwsbrief, maart 2009*, 4.
- Vugts, C. & Hingstman, J. (2003). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar. Peiling 2002*. Utrecht: NIVEL.
- Vugts, C. & Hingstman, J. (2003). *Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Mensendieck. Peiling 2002*. Utrecht: NIVEL.

VvOCM (2007). Oefentherapie en diabetes. *Nieuwsbrief van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, maart 2007, 2-3*

VvOCM (2010). *Beroepsprofiel Oefentherapeut*. Den Haag: Lemma.

[www.hbo-raad.nl](http://www.hbo-raad.nl) (HBO-Monitor) (geraadpleegd juni 2011)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl) (geraadpleegd juni 2011)

[www.kwaliteitsregisterparamedici.nl](http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl) (geraadpleegd november 2010 en juni 2011)

## Bijlagen



## Bijlage 1 – Respondenten interviews

Mw. Margriet van Dijk	Hogeschool Utrecht, MSc
Mw. Ymke Fokma	Zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea - senior manager zorgontwikkeling
Mw. Wilma Hooijman	Werkveldcommissie Oefentherapie Cesar - voorzitter
Dhr. Maarten Nijkrake	Parkison Centrum en UMC St. Radboud Revalidatie, Paramedische Disciplines - bewegingswetenschapper
Mw. Else Scheffer	Praktijk Oefentherapie Cesar Zwolle en Dronten - eigenaar
Dhr. Micha van Veggel	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck - bestuursvoorzitter
Dhr. Bart Visser	Hogeschool van Amsterdam - opleidingsmanager Oefentherapie Mensendieck en lector Oefentherapie Mensendieck
Mw. Monique van Voornveld	Zorggroep Charim - oefentherapeut Mensendieck
Mw. Famke de Wilde	Lage Land - directeur
Mw. Netty Winters	Hogeschool van Amsterdam - programmamanager Oefentherapie Mensendieck
Mw. Viola Zegers	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck - bureaudirecteur





## Bijlage 2 – Deelnemers rondetafelgesprek

Morgan Bosma	Bedrijfsoefentherapeut en docent aan de opleiding Oefentherapie Cesar
Sjoukje Kruisselbrink	Oefentherapeut, werkzaam als adviseur bij ROS (ProGez), lid opleidingsadviesraad HvA (tevens oud voorzitter VvOCM)
Mieke Klootwijk	Directeur Instituut voor Bewegingsstudies van de Hogeschool Utrecht
Els Mulder	Opleidingsmanager Oefentherapie Cesar van de Hogeschool Utrecht
Yvonne Stadhouders	Oefentherapeut en lid van de kwaliteitscommissie Buitenschools leren
Micha van Veggel	Bestuursvoorzitter Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
Bart Visser	Opleidingsmanager Oefentherapie Mensendieck en lector Oefentherapie van de Hogeschool van Amsterdam
Netty Winters	Programmamanager Oefentherapie Mensendieck van de Hogeschool van Amsterdam
Harriet Wittink	Lector Leefstijl en Gezondheid HU