

KNGF

Beroepsprofiel Fysiotherapeut

Januari 2014

Cor de Vries
Leo Hagenaars
Henri Kiers
Maarten Schmitt



Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Het domein fysiotherapie.....	7
1.1 Fundamentele uitgangspunten	7
1.1.1 Visie op gezondheid	7
1.1.2 Visie op bewegen.....	8
1.1.3 Visie op hulpverlening.....	8
1.2 Theoretische rationale	9
1.2.1 Wetenschappelijk fundament	9
1.2.2 Evidence Based Practice	9
1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health	10
1.3 De fysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg	10
1.3.1 Werkterreinen	10
1.4 Werkwijze fysiotherapeutisch handelen.....	12
1.4.1 Methodisch handelen	12
1.4.2 Fasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen.....	12
1.4.3 Verrichtingen	13
1.5 Beroepsethiek	13
1.6 Wet- en regelgeving.....	14
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod	16
2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag	16
2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	17
2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	19
2.4 Technologische ontwikkelingen.....	20
2.5 Opleiding en deskundigheid van de fysiotherapeut	21
Hoofdstuk 3 De competente fysiotherapeut.....	22
3.1 Context en niveau	22
3.1.1 De fysiotherapeut EQF niveau 6	22
3.1.2 De fysiotherapeut EQF niveau 7	23
3.2 Competentieprofiel van de fysiotherapeut.....	23
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel.....	23
3.2.2 De competentiegebieden.....	24
3.2.3 Fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving	25
3.3 Body of knowledge and skills	26

Literatuurlijst.....	27
Deel 2 Competentieprofiel fysiotherapeut.....	30
Nawoord	38
Colofon Projectleden Beroepsprofielen KNGF en CSV	39

Voorwoord

Met veel genoegen presenteer ik u het nieuwe beroepsprofiel van de fysiotherapie. Hiermee wordt een intensief project met inhoudelijke discussies afgerond. Het document zal een belangrijke rol vervullen in het verstevigen en verhelderen van het domein dat de fysiotherapie als haar werkgebied ziet. Aanleiding voor het schrijven van dit profiel was de noodzaak tot actualisatie van het bestaande beroepsprofiel uit 2005, en de wens van de beroepsinhoudelijke verenigingen om hun beroepscompetentieprofielen te herzien. Die wens van de beroepsinhoudelijke verenigingen kwam voort uit de behoefte om deze profielen concreter te maken. De bijzondere bijdrage aan het palet aan fysiotherapeutische behandelingen, en de afgrenzing met andere in verenigingen georganiseerde vormen van fysiotherapeutisch handelen, moest voor belanghebbende partijen duidelijker worden geformuleerd. Omdat het beroepsprofiel van de algemene fysiotherapie de basis vormt voor de beroepsprofielen van de specialismen, is besloten om dit algemene profiel als eerste te herschrijven. Het KNGF en de beroepsinhoudelijke verenigingen hebben voor de ontwikkeling van de nieuwe beroepsprofielen gekozen voor het Canadese CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directives for Specialists).¹

In december 2011 is het project Beroepsprofielen formeel van start gegaan. De projectstructuur bestond uit een stuurgroep, een projectgroep en werkgroepen per te ontwikkelen beroepsprofiel. Het project werd aangestuurd door een projectleider en een coördinator. De projectgroep heeft basisformats ontwikkeld op basis waarvan alle beroepsprofielen zijn ontwikkeld en heeft gedurende het project een adviesrol voor de werkgroepen vervuld. De projectgroep was samengesteld uit afgevaardigden van de beroepsgroep, van de samenwerkende bacheloropleidingen en masteropleidingen.

Het beroepsprofiel dat ik u aanbied is door de werkgroep Fysiotherapie ontwikkeld. Voor sommige onderwerpen zijn experts uitgenodigd. Er hebben twee klankbordrondes plaatsgevonden. In de eerste bijeenkomst waren beroepsgenoten en vertegenwoordigers van het onderwijs uitgenodigd om de indeling van het beroepsprofiel, de ontwikkelrichting en de voorlopige resultaten van kritisch commentaar te voorzien. In een latere, schriftelijke enquête is een door de stuurgroep vastgesteld concept breed uitgezet. Naast een grote groep hoogleraren en lectoren is de mening gevraagd van onder meer de aanpalende (medische) beroepsgroepen, het onderwijsveld, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en het Kwaliteitsinstituut van het College voor Zorgverzekeringen. De omvangrijke en inhoudelijke goede feedback van deze belanghebbenden is in de tekst verwerkt.

De stuurgroep heeft naast haar primaire, toetsende rol ook belangrijke inhoudelijke input gegeven. De werkgroep Fysiotherapie en de stuurgroep hebben hun bijdrage met veel betrokkenheid en inzet geleverd, waarvoor bijzonder hartelijk dank. Bijzonder op prijs stel ik ook de bijdrage van drie hoogleraren Fysiotherapie, die de conceptteksten een aantal malen grondig van commentaar hebben voorzien. In het colofon, opgenomen achterin dit Beroepsprofiel, zijn de mensen genoemd die een bijdrage aan het Beroepsprofiel hebben geleverd. Ik wil ook de mensen uit de klankbordrondes die geen deel uitmaakten van de projectstructuur, van harte dankzeggen voor hun bijdrage. Het is met recht een Beroepsprofiel van de Fysiotherapie geworden, want er zijn vanuit diverse hoeken binnen en buiten het KNGF bouwstenen voor dit document aangeleverd. Ik hoop en verwacht dan ook dat het beroepsprofiel een belangrijke rol gaat spelen in het profileren van de fysiotherapie in de komende jaren.

Henri Kiers, bestuurslid Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Kwaliteit, Onderwijs, Wetenschap en Beroepsinhoud

december 2013

Inleiding

Waarom een nieuw beroepsprofiel?

Het beroepsprofiel is een tijdgebonden beschrijving van het domein van de fysiotherapie. Opleidingen vertalen de competenties uit het beroepsprofiel in hun opleidingsplannen. Instanties zoals de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg baseren zich voor hun taken op het gebied van kwaliteitsbewaking op de beschreven competenties en indicatoren uit het competentieprofiel. Andere belanghebbenden zijn de overheid, de (potentiële) consumenten, de zorgverzekeraars etc. De gezondheidszorg verandert razendsnel en daarmee ook de rol van de fysiotherapie. Niemand kan echter voorspellen hoe de zorg er over 5 tot 10 jaar daadwerkelijk uitziet. Het is dan ook belangrijk om in te spelen op de maatschappelijke ontwikkelingen en op de veranderingen in de zorg. Een actuele domeinbeschrijving is een belangrijk document waarmee de fysiotherapie gepositioneerd kan worden.

Een maatschappelijk fenomeen als individualisering heeft invloed op de heersende opvattingen over de zorg. Informatietechnologie is in de zorg niet meer weg te denken en heeft een groeiende invloed op de organisatie van de zorg. Hulpvraag, rol en positie van de betrokken partijen binnen de fysiotherapeutische zorg zijn drastisch veranderd en zijn voortdurend in ontwikkeling. Kwaliteit van leven en de keuzes die mensen daarin maken, staan meer dan vroeger centraal. Dit past bij de genoemde trend van individualisering. In het zorgproces bepalen cliënt en fysiotherapeut gezamenlijk de aard en frequentie van de gekozen interventies. Gezondheid wordt tegenwoordig anders gedefinieerd. De focus verschuift van aandacht voor ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.² Deelname aan het maatschappelijk leven, de gewenste participatie, is de maat waaraan het succes van de behandeling wordt afgemeten. De aard van de zorg ontwikkelt zich van aanbod- naar vraaggericht, waarbij het belang van preventie steeds meer wordt onderkend. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden vertaald in evidence-based handelen, wat grote maatschappelijke en economische betekenis heeft. In reactie op deze ontwikkelingen formuleert de fysiotherapie haar beleid. Een nieuw beroepsprofiel draagt bij aan de uitvoering van dat beleid en daarmee aan de profilering van de professie.

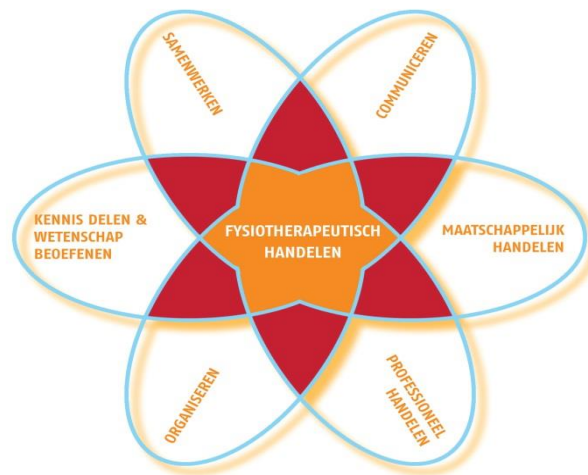
Hoe ziet het nieuwe beroepsprofiel er uit?

Het nieuwe beroepsprofiel heeft twee delen. Het eerste deel, dat uit drie hoofdstukken bestaat, beschrijft de rol en positie van de fysiotherapeut in de gezondheidszorg. Deze domeinbeschrijving vormt de basis voor alle (gespecialiseerde) fysiotherapeuten. In hoofdstuk 1 wordt het fysiotherapeutisch domein beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen beïnvloeden elkaar en bepalen mede de ontwikkeling van de fysiotherapie en de fysiotherapeut. Hoofdstuk 3 vormt de overgang naar het tweede deel van het beroepsprofiel. Hierin wordt het competentieprofiel van de fysiotherapeut beschreven. In dit tweede deel zijn de competenties gedetailleerd beschreven op niveau 6 van het European Qualifications Framework (EQF).³

Voor de leesbaarheid is de 'hij'-vorm gehanteerd.

Deel 1

Fysiotherapie en de fysiotherapeut



Hoofdstuk 1 Het domein fysiotherapie

Clënten^a wenden zich tot een fysiotherapeut omdat zij problemen ervaren met het bewegen of omdat zij gezondheidsproblemen ervaren, waarbij mogelijk beweeginterventies geïndiceerd zijn. Bij wilsonbekwame volwassenen^b en bij kinderen wordt het probleem met bewegen door verzorgers, mantelzorgers en ouders geformuleerd. De behoefte aan hulp kan, bij ogenschijnlijk vergelijkbare problemen, per individu sterk uiteenlopen, omdat deze afhankelijk is van leeftijd en levensfase, en omdat ook sociale verbanden en leefomstandigheden bepalende factoren zijn.

Fysiotherapie biedt behandeling bij het herstel en het ontwikkelen van het optimale bewegen, bij behoud en bij achteruitgang. Fysiotherapeuten komen via een proces van klinisch redeneren tot een specifiek fysiotherapeutische diagnose^c, op basis waarvan therapeutische en/of preventieve interventies worden bepaald en uitgevoerd.

De fysiotherapeut onderbouwt zijn handelen mede met kennis uit de (bio)medische wetenschap, de bewegings- en de gedragswetenschappen. Fysiotherapie toetst zich voor wat betreft haar theoretische rationale, doelmatigheid en doeltreffendheid, veiligheid en ethiek steeds aan de meest actuele wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken. Voor een optimale samenwerking met andere gezondheidszorgprofessionals maakt het vakgebied gebruik van de door de World Health Organization (WHO) ontwikkelde ICF: de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'.^d

Therapieën waarvoor geen evidentie bestaat of die niet zijn gebaseerd op een westerse rationale vallen buiten het domein van de fysiotherapie.^d

1.1 Fundamentele uitgangspunten

1.1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid is een abstract, meerduidig begrip dat wordt gekleurd door opvattingen vanuit sociaal, cultureel en historisch perspectief. In dit beroepsprofiel wordt de omschrijving van Huber *et al.* gehanteerd, namelijk: *'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges'*.^e Hiermee benaderen Huber *et al.* gezondheid als een dynamisch, persoonlijk en positief concept. Deze gezondheidsdefinitie komt voort uit de kritiek^e op de meer statische definitie van gezondheid van de WHO uit 1948, die luidt: *'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.'*

Het concept zoals omschreven door Hubert *et al.* gaat ervan uit dat de mens beperkingen, aandoeningen of ziekten het hoofd kan bieden en een zinvol en waardig leven kan leiden, onder voorwaarde dat iemand beschikt over gezondheidsvaardigheden^f, dan wel in staat gesteld wordt deze vaardigheden te verwerven. In geval van wilsonbekwaamheid geven anderen naar eer en geweten invulling aan wat zinvol en waardig is, met respect voor degene die zij vertegenwoordigen.

Fysiotherapeutisch handelen is geïndiceerd indien, als gevolg van problemen met bewegen, het

^a Er is gekozen voor de term cliënt in plaats van patiënt om de actieve rol van de zorgvrager te benadrukken.

^b In de gehele tekst dient bij cliëntgebonden termen als 'hulpbehoefte', 'leefwereld', 'persoonlijk ervaren' en 'hulpvrager/cliënt' gelezen te worden dat bij wilsonbekwamen anderen optreden, in plaats van de persoon zelf.

^c In het vervolg wordt de term 'diagnose' gebruikt, aangezien het profiel het domein van de fysiotherapeut betreft.

^d Zie het standpunt van het KNGF inzake therapieën, www.fysionet.nl.

^e Door de absoluteheid van de term 'volledig' in relatie tot welbevinden dreigt de WHO-definitie van gezondheid onbedoeld bij te dragen aan een medicalisering van de maatschappij (Huber *et al.*, 2011⁵). Het niet ervaren van een toestand van volledig welbevinden kan gevoeld en uitgelegd worden als ongezond-zijn en de vraag naar (medische) interventie oproepen.

^f Vaardigheden om informatie over gezondheid te lezen, te begrijpen en toe te passen.

vermogen tot aanpassen ontoereikend is (of dreigt te worden) en/of als ontoereikend ervaren wordt door de cliënt. Het behoort tot de doelstellingen van de fysiotherapeut de cliënt met een ziekte of aandoening te begeleiden en te ondersteunen bij het voeren van deze op participatie gerichte regie.

De fysiotherapeut dient in alle gevallen rekening te houden met de kaders die gevormd worden door wetenschap, beroepsnormen, (wettelijke) voorschriften, ethische principes en financiële kaders.

1.1.2 Visie op bewegen

‘Bewegen’ wordt gedefinieerd in de meest ruime zin van het woord. Bewegen is een vorm van intentioneel gedrag, handelen. Het is een relationeel begrip met onder meer een sociale dimensie. In deze benadering is bewegen meer dan het verplaatsen van het lichaam of van lichaamsdelen volgens een vaststaande anatomische beschrijving en (arthro)kinematica, of als bewegingsgedrag in termen van (in)stabiliteit, controleparameters^g en ordeparameters.^h Bewegingsgedrag vertoont vaak een zekere stabiliteit. Het is echter voldoende flexibel om adequaat te reageren op een veranderende omgeving. Optimaal bewegen kenmerkt zich door functionele variabiliteit zoals voor het eerst beschreven door Bernstein⁶ en later door anderen, zoals Todorov, Latash en Levin. Hiermee wordt bedoeld dat een doel met verschillende bewegingen bereikt kan worden. De beweging die de cliënt inzet, wordt bepaald door de situationele, de bewegings- en de sociale context plus de aanwezige stoornissen. Deze lichaamsbewegingen kunnen telkens met verschillende structuren en/of lichaamsfuncties gerealiseerd worden.⁷ Dit is de context waarin de fysiotherapie het door de cliënt gepresenteerde probleem met bewegen benadert.

Gezondheid en beweging zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Mensen die voldoende bewegen zijn minder vaak ziek, hebben minder last van psychische klachten, blijven makkelijker op een gezond gewicht en hebben minder kans op hart- en vaatziekten, diabetes en verschillende vormen van kanker.^{8,9}

1.1.3 Visie op hulpverlening

De geschiedenis, identiteit, gezondheidsvaardigheden, sociale omgeving, levensdoelen en toekomstperspectief zijn cliëntgebonden. De fysiotherapeut is zich hiervan bewust in het contact met de patiënt, met betrekking tot de diagnostiek en tijdens de fysiotherapeutische behandeling.

Iedere cliënt heeft recht op een persoonlijke en menswaardige benadering. Binnen de fysiotherapie wordt de cliënt naar diens eigen wil en kunnen als autonoom beschouwd. Huber *et al.* benadrukken dat regievoeren over het eigen leven cruciaal is voor het ervaren van gezondheid.⁵ De cliënt krijgt, naast de regie over zijn leven, ook een centrale rol bij de behandeling. De cliënt beslist mee over behandeldoelen en kiest uit het behandelaanbod.

In geval van chronische ziekte ondersteunt de fysiotherapeut de cliënt bij diens zelfmanagement. Zelfmanagement betekent ‘het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan leven met een chronische aandoening’.¹⁰ Ondersteuning van het zelfmanagement betekent dat de fysiotherapeut de cliënt stimuleert een actieve rol te nemen, zijn ervaringskennis in te zetten en zijn wensen en doelen duidelijk te formuleren. Belangrijk hierbij is dat de cliënt leert zijn gezondheidstoestand te monitoren en keuzes te maken ten aanzien van de fysiotherapeutische behandeling. Het is essentieel dat de cliënt en de fysiotherapeut gezamenlijk besluiten nemen. Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) stimuleert het proces waarin de cliënt wordt

^g Voor controleparameters kan onder andere geput worden uit lichamelijke structuren en fysiologische processen (stoornissen van het bewegingsapparaat).

^h De ordeparameters geven de coördinatie en techniek van het bewegen weer. Door wijzigingen in controleparameters kan een, soms plotselinge, verandering optreden in de ordeparameters waardoor de coördinatie van bewegen verandert.

geholpen met het zorgvuldig kiezen van de interventie. De wens van de cliënt is bepalend voor de uiteindelijke beslissing. De fysiotherapeut kan echter niet gedwongen worden een behandeling uit te voeren als hij van mening is dat daar geen indicatie voor is.

De fysiotherapeut richt zich bij de behandeling niet primair op ziekte en zorg. Hij stimuleert beweggedrag dat de gezondheid positief beïnvloedt en ondersteunt de cliënt in het uitvoeren van activiteiten. Het doel van deze benadering is de participatie van de cliënt te vergroten of te behouden, dan wel de achteruitgang in participatie zoveel mogelijk te beperken. Preventie is een essentieel onderdeel van de fysiotherapeutische visie op hulpverlening. De fysiotherapeut verleent zorggerelateerde en geïndiceerde preventie. Beide gaan uit van het functioneren en participeren van de cliënt en diens (dreigende) problemen met bewegen (zie verder paragraaf 1.3).

De fysiotherapeut werkt nauw samen met opvoeders, naasten, mantelzorgers, verzorgers en andere professionals in de gezondheidszorg. Als de fysiotherapeut een wilsonbekwame cliënt in behandeling krijgt, zijn dit de betrokkenen aan wie de fysiotherapeut vraagt in te schatten hoe de cliënt zelf het handelen, bewegen en eventuele problemen met bewegen ervaart. Ook vraagt de fysiotherapeut aan hen te omschrijven hoe de problemen van de cliënt zich manifesteren.

De fysiotherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie voor fysiotherapie is en of hij competent is om aan de cliënt de gewenste hulp te bieden. Indien de cliënt naast fysiotherapie (ook) andere hulp nodig heeft, verwijst de fysiotherapeut de cliënt terug naar de verwijzer of, indien de cliënt zonder verwijzing is gekomen, adviseert de fysiotherapeut de cliënt een andere zorgverlener of een gespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren.

1.2 Theoretische rationale

1.2.1 Wetenschappelijk fundament

De beroepspraktijk en het onderliggende wetenschappelijk onderzoek van de fysiotherapie zijn voornamelijk gebaseerd op de bèta- en gammawetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn kinesiologie, (patho)fysiologie, psychologie en sociologie, maar ook wetenschapsdomeinen, zoals de bewegings- en gezondheidswetenschappen, geneeskunde en psychoneuro-immunologie. Deze kennisdomeinen ondersteunen de fysiotherapeut bij het formuleren van diagnose, behandelstrategie en onderzoeksvragen. Door deze kennis kan de fysiotherapie het concept 'bewegen' nauwkeurig beschrijven en de complexiteit en variatie in het menselijk bewegen verklaren.

Onderzoek met betrekking tot de fysiotherapie richt zich enerzijds op (mechanismen van) schade en herstel aan het bewegingsapparaat, aansturing van het bewegingsapparaat, het bewegend functioneren en participeren en op comorbiditeiten die het bewegen beïnvloeden. Anderzijds richt het onderzoek zich op het ontwikkelen, implementeren en toetsen van interventies en het valoriserenⁱ van kennis en innovaties. Ook benut en participeert de fysiotherapie in het in opkomst zijnde translationeel^j onderzoek vanuit onder andere de universitaire medische centra, het toegepaste onderzoek en het praktijkonderzoek vanuit de lectoraten en aanpalende kenniskringen aan de hogescholen.

1.2.2 Evidence Based Practice

De fysiotherapeut handelt conform de kenmerken van Evidence Based Practice (EBP). EBP is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het aanwezige beste bewijsmateriaal om

ⁱ Valoriseren is het proces waarin wetenschappelijke en technologische kennis tot maatschappelijke waarde worden gebracht.

^j Translationeel onderzoek is het onderzoek dat de kloof tussen fundamenteel onderzoek en de klinische praktijk moet overbruggen. Het is gericht op toepassing van resultaten in diagnostiek, therapie of preventie.¹¹

behandelingsbeslissingen te nemen in samenspraak met de cliënt. De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De beweegproblemen van de cliënt, zijn wensen, verwachtingen en leefomstandigheden zijn medebepalend voor de besluitvorming. De cliënt neemt de uiteindelijke beslissing waarbij hij door de fysiotherapeut geïnformeerd wordt vanuit een mix van onbewuste kennis (*tacit knowledge*) en expliciete kennis (*explicit knowledge*), aan de hand van de beschikbare kennisbronnen.¹²

Voor het begrijpen, herkennen en toepassen van EBP is klinisch redeneren noodzakelijk.¹² Klinisch redeneren omvat de mentale processen van verzamelen, wegen, prioriteren, interpreteren en structureren van de informatie door de fysiotherapeut, waarmee deze een probleem met bewegen kritisch kan verhelderen, helpen oplossen en de resultaten evalueren. De informatie die gebruikt wordt voor het klinisch redeneren bestaat uit bronnen van biomedische, gedragswetenschappelijke of bewegingswetenschappelijke aard. Naast deze vakinhoudelijke informatie betreft de fysiotherapeut ook maatschappelijke en financieel-economische aspecten bij zijn afweging. Op grond van de door de cliënt genomen besluiten en diens toestemming, gaat de fysiotherapeut al dan niet over tot klinisch handelen, waarbij hij dit handelen voortdurend afstemt met de cliënt en handelt in overeenstemming met de cliënt.

1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health

Met de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is door de WHO een conceptueel raamwerk gecreëerd dat de communicatie en de samenwerking tussen de diverse disciplines bevordert.⁴ De fysiotherapeut als deskundige in het bewegend functioneren, is primair gepositioneerd in het domein 'activiteiten'. De fysiotherapeut gebruikt de ordening van de ICF bij het klinisch redeneren, bij het formuleren van beleid, bij de documentatie en verslaglegging, bij mono- en interdisciplinaire communicatie, bij de ontwikkeling van richtlijnen en bij onderzoek en onderwijs.

1.3 De fysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg

1.3.1 Werkerreinen

Care en cure

Fysiotherapeuten zijn werkzaam in diverse settings van de gezondheidszorg. Er is een variëteit aan samenwerkingsvormen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals samenwerkingsvormen op wijkniveau, in gezondheidscentra en bij vormen van samenwerking die zich richten op het management van cliëntengroepen en ketens van fysiotherapiepraktijken. Een fysiotherapeut werkt samen met collega-fysiotherapeuten, gespecialiseerde fysiotherapeuten en andere beroepsbeoefenaars, die zowel binnen als buiten de zorg (gemeente, welzijnsorganisaties) werkzaam zijn. Bij cliënten behorend tot bepaalde diagnosegroepen werkt een fysiotherapeut samen in transmurale ketens en netwerken.

In de intramurale zorg werken fysiotherapeuten in multidisciplinaire teams of op afdelingen Fysiotherapie, voornamelijk in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeg- en verzorgingshuizen. Fysiotherapeuten in de transmurale setting verlenen zorg bij cliënten aan huis. Zij werken in ambulante teams en binnen bestaande netwerken.

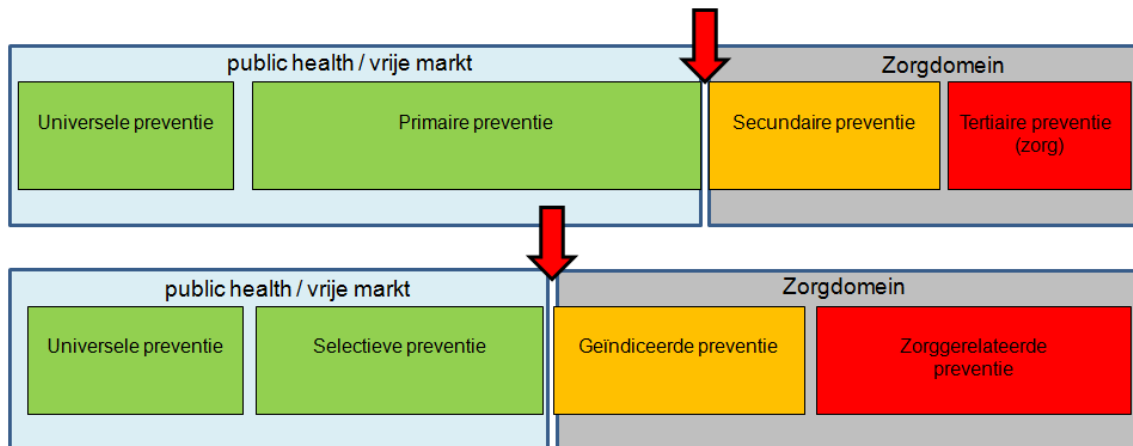
Door het KNGF erkende, gespecialiseerde fysiotherapeuten werken primair in een deelgebied binnen de fysiotherapie. Een erkend specialisme in de fysiotherapie kenmerkt zich door de toepassing van extra en bijzondere klinische expertise, kennis én kunde, door een fysiotherapeut die gekwalificeerd is in een duidelijk gedefinieerd domein dat als fysiotherapie is erkend door de beroepsgroep.

Preventie

In de beroepsuitoefening van de fysiotherapeut neemt preventie een belangrijke plaats in. Recentelijk

heeft het klassieke model – dat preventieve maatregelen indeelde in primaire, secundaire en tertiaire preventie – plaatsgemaakt voor een nieuw model waarin sprake is van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is op het individu gericht en valt binnen het zorgdomein, *in casu* de fysiotherapie. De selectieve en universele preventie valt binnen de publieke gezondheidszorg (Prevent-model).¹³ Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft deze nieuwe indeling – die uitgaat van risicodenken in plaats van symptoom-/ziekten denken – aangenomen en daarmee meer ruimte gecreëerd voor preventieve interventies in het zorgdomein (figuur 1.1).

Indeling van Preventie



Figuur 1.1 Klassieke en nieuwe indeling van preventie

Binnen de individuele behandeling verricht de fysiotherapeut handelingen die gericht zijn op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie bij een individu met een gedefinieerd verhoogd risico op die ziekte. Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen om de ziektelast te reduceren, complicaties tegen te gaan en zelfredzaamheid te ondersteunen.

Naast deze typen preventie is de fysiotherapeut ook actief in activiteiten binnen de universele en selectieve preventie in de publieke gezondheidszorg (vrije markt). Universele preventie richt zich op de gehele bevolking en heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen en gezondheid te bevorderen. Selectieve preventie beoogt de identificatie van specifieke (hoog)risicogroepen en voert preventieprogramma's uit die gericht zijn op gezondheidsbevordering.

Op de scheidslijn tussen geïndiceerde preventie en selectieve preventie kan frictie ontstaan waarbij de fysiotherapeut een ethische afweging moet maken.

Cliënten kunnen fysiotherapeuten consulteren als expert op het gebied van bewegen tijdens bijeenkomsten die zijn belegd voor specifieke cliëntengroepen of bij allerlei bewegingsactiviteiten.

Hoewel (beweeg)programma's ter bevordering van gezondheid en selectieve preventie *sec* gezien niet tot het fysiotherapeutisch domein behoren, is de ontwikkeling dat de fysiotherapeut zich hier in toenemende mate in begeeft, vanwege zijn specifieke competenties op het gebied van gezond bewegen.

Beleid, onderwijs en onderzoek

Er zijn vele andere settings waar fysiotherapeuten werkzaam zijn, bijvoorbeeld als docent of lector in het fysiotherapieonderwijs, als wetenschappelijk of praktijkgericht onderzoeker en als

beleidsmedewerker binnen organisaties op het gebied van de gezondheidszorg.

1.4 Werkwijze fysiotherapeutisch handelen

1.4.1 Methodisch handelen

De fysiotherapeut werkt planmatig, doelgericht en procesmatig.^k Planmatig houdt in dat het handelen gekenmerkt is door een voorbedachte, herkenbare, logische samenhang, planning, uitvoering en verslaglegging. Doelgericht houdt in dat het handelen is gericht op het bereiken van een tevoren vastgesteld helder en concreet doel, samen met de cliënt. Procesmatig houdt in dat alle aspecten van het handelen met elkaar samenhangen en elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. Dit laatste betekent dat er altijd sprake is van beargumenteerd en gecombineerd monitoren en bijsturen van het handelen.¹⁴ Kenmerkend voor een fysiotherapeutische werkwijze is *shared decision making*. Hierbij maakt de fysiotherapeut onderscheid tussen het door de cliënt getoonde bewegen ('*actual performance*' en '*abilities*'), het ingeschatte vermogen tot bewegen ('*capacity*' en '*capabilities*'), de praktische externe mogelijkheden, bewegingsomstandigheden en beweegcontext van de cliënt ('*opportunity*' en '*attractors*') en de motieven en motivatie tot bewegen van de cliënt ('*drivers*' en '*vitality*'). Door deze methodische werkwijze kan de fysiotherapeut transparante en toetsbare zorg op maat leveren.

1.4.2 Fasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen

Het fysiotherapeutisch handelen kent drie processen zoals beschreven in Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011. Deze processen hebben een cyclisch karakter.

1. Screeningsproces: waarin door middel van een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, besloten wordt of het gepresenteerde gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de fysiotherapie valt.
2. Diagnostisch proces: waarin de fysiotherapeut op methodische wijze het probleem met bewegen van de cliënt inventariseert en analyseert en relateert aan de hulpvraag van de cliënt. Dit proces leidt tot het formuleren van een voor de cliënt gewenst en haalbaar behandelplan met expliciete doelen, of tot een door- of terugverwijzing van de cliënt.
3. Therapeutisch proces: waarin de fysiotherapeut in samenspraak met de cliënt het opgestelde behandelplan toepast en op methodische wijze de geïndiceerde behandeling uitvoert. Ook de evaluatie en afsluiting vinden tijdens dit proces plaats. In de evaluatie^l evalueert de fysiotherapeut met de cliënt, zijn naasten en andere betrokkenen in het behandelproces, de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van beide in relatie tot elkaar. Na evaluatie van de behandeling besluit de cliënt in samenspraak met de fysiotherapeut, aan de hand van het behaalde resultaat en de informatie van de fysiotherapeut, of de behandelperiode wordt afgesloten.

In het fysiotherapeutisch methodisch handelen vervult de interactie tussen cliënt en fysiotherapeut een belangrijke rol. Mede dankzij het methodisch handelen kunnen de resultaten van de behandeling zowel intern als extern worden getoetst.

^k Gegeven het procesmatige karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is er hierbij sprake van een permanente monitoring.

^l Gegeven het procesmatig karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is er hierbij geen sprake van een enkele, maar van een voortdurende evaluatie. Gepaster is dan ook de term 'monitoren'. Het doel van monitoren is, aan de hand van de reactie op de behandeling, vaststellen of de behandeling bijgesteld moet worden, en nadelige gevolgen van de behandeling detecteren. Door middel van monitoren wordt met hoge frequentie de *plan-do-check-act*-cyclus doorlopen.

1.4.3 Verrichtingen

Gedurende de fasen van het methodisch handelen voert de fysiotherapeut een combinatie van diagnostische en therapeutische verrichtingen uit bij cliënten met (dreigende) problemen met bewegen.¹⁵ Begeleiden maakt altijd een integraal onderdeel uit van het behandelen door een fysiotherapeut. Kenmerkende *direct cliëntgebonden verrichtingen* in de fysiotherapie zijn:

- het gesprek aangaan (anamnese);
- testen, meten en analyseren;
- formuleren van de fysiotherapeutische diagnose;
- begeleiden;
- oefenen;
- toepassen fysieke therapie in engere zin (i.e.z.);
- toepassen van manuele verrichtingen.

Kenmerkende indirect cliëntgebonden verrichtingen zijn:

- vastleggen en raadplegen van gegevens in het dossier conform de geldende praktijkrichtlijn verslaglegging van het KNGF;
- communiceren met anderen ten behoeve van de cliënt;
- bieden van steun aan naasten van de cliënt;

Naast voornoemde verrichtingen zijn er *ondersteunende verrichtingen*. Hieronder vallen het ontwikkelen van het eigen beroep en verrichtingen ten behoeve van de vakkennis en de beroepsgebonden competenties.

1.5 Beroepsethiek

De beroepsethiek van de fysiotherapie heeft bijzondere aandacht voor ‘zorg’ in de breedste zin van het woord. Deze beroepsethiek is een normatieve ethiek^m, met als kern dat deze langdurig geldig, ofwel, duurzaam is. De fysiotherapeut is zich van deze ethiek bewust en heeft, naast kennis van de beroepsethiek, ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep. De fysiotherapeut is zich ervan bewust dat binnen de beroepsgroep de Ethiekcommissie KNGF de randvoorwaarden schept voor het ethisch fysiotherapeutisch denken en handelen. Met deze randvoorwaarden borgt de Ethiekcommissie KNGF het proces van ethische reflectie op mesoniveau, waarbinnen ‘zorgen’ wordt gedefinieerd als *‘een specifieke activiteit die alles omvat wat de mens kan helpen om “zijn of haar wereld” zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat hij of zij daarin zo goed mogelijk kan leven.’*¹⁷ Dat betekent voor de fysiotherapeut dat gewetensvol handelen als basisgrondhouding vraagt om de morele kwaliteiten aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid. Deze kwaliteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De fysiotherapeut kent ook de ethische grondbeginselen zoals vastgelegd in Beroepsethiek en gedragsregels,¹⁸ de leidraad op ethisch gebied voor de gehele beroepsgroep. De fysiotherapeut is vanuit deze beroepsethiek in staat tot permanente kritische reflectie op bestaande normen en waarden van de Nederlandse samenleving die gekenschetst wordt door etnische, religieuze en spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties (publieke moraal). De fysiotherapeut is ook in staat tot kritische reflectie op de normen en waarden van de cliënt. Op grond

^m Normatieve ethiek is een analyse maken van de concrete alledaagse praktijk vanuit abstracte, rationele en verantwoorde uitgangspunten. Die uitgangspunten dienen als richtsnoer en om het eigen handelen te kunnen beoordelen, denk aan: ‘Wat moet ik doen als fysiotherapeut?’ (Naar: Have *et al.*, p. 9 en p. 19.¹⁶)

van deze kritische reflectie is de fysiotherapeut in staat gestalte te geven aan de zorgrelatie. De fysiotherapeut heeft hierbij oog voor de invloed van zijn persoonlijke normen en waarden.¹⁹

Het contextuele kader waarbinnen de beroepsgroep haar maatschappelijke verantwoordelijkheid gestalte moet geven, is het publieke zorgstelsel dat de zorg ordent om deze betaalbaar en toegankelijk te houden. De fysiotherapeut kan zich hierdoor, als professional in de zorg én als mens, gesteld zien voor morele dilemma's die zich kunnen afspelen op verschillende niveaus (macro-, meso- en microniveau). Hierbij past een gewetensvol, bewust, verantwoord handelen van de fysiotherapeut, vanuit de herkenning van morele dilemma's en het tegen elkaar afwegen van morele principesⁿ om te achterhalen wat 'goed doen' is. Vervolgens kan de fysiotherapeut vanuit deze overweging handelend optreden. Binnen bedoelde overwegingen is de fysiotherapeut zich er steeds van bewust dat persoonlijke ideeën, intuïties en gevoelens, bewust dan wel onbewust, een rol spelen bij de afweging van wat goed is om te doen. Maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en persoonlijke ontwikkelingen roepen de fysiotherapeut op tot voortdurende alertheid op dit vlak. De fysiotherapeut is beroepsinhoudelijk geschoold in het klinisch redeneren, en geeft zich rekenschap van zijn handelen vanuit een wetenschappelijk en juridisch kader. Daarnaast is de fysiotherapeut een normatief professional die beschikt over zelfreflecterend vermogen, dat zich afspeelt binnen de zorgrelatie met de cliënt. Dit krijgt gestalte doordat de fysiotherapeut oog heeft voor de wensen, verwachtingen en doelstellingen van de cliënt (*patient values*). Het is vanuit dit klinisch en normatief redeneren én het zelfreflecterend vermogen dat de fysiotherapeut op *patient values* aansluitende doelgerichte, efficiënte en passende zorg verleent.

1.6 Wet- en regelgeving

Deze paragraaf geeft kort enkele relevante wetten en regelingen weer van de overheid en van de beroepsgroep zelf, die van toepassing zijn op cliënten en fysiotherapeuten, en van belang zijn voor de cliënt en het werken als fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk (tabel 1.1).

Tabel 1.1 Wet- en regelgeving

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. Voor de fysiotherapeut betekent dit dat hij in het BIG-register opgenomen moet zijn om de titel te kunnen voeren.
Tuchtrecht	Binnen de Wet BIG artikel 3 is ook het tuchtrecht van de geregistreerde beroepsbeoefenaren geregeld. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle) met als beroepsinstantie het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
Kwaliteitswet zorginstellingen	Dit is een kaderwet, evenals de Wet BIG, die is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling. In deze wet is onder andere de meldplicht van calamiteiten bij de Inspectie opgenomen evenals het hanteren van een melding huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt ook voor de fysiotherapiepraktijk.
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Deze wet regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder.
Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	In deze wet zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. In de WBP Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op naleving van deze wet.
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	Deze wet regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de cliënt, dan wel zijn juridische vertegenwoordiger.
Modelregeling Fysiotherapeut - Cliënt	– In deze regeling zijn de rechten en plichten zoals opgenomen in de WGBO voor de fysiotherapeut nader uitgewerkt en toegelicht. De regeling is tot stand gekomen in samenspraak met de Nederlandse Patiënten Consumenten

ⁿ Zoals: weldoen, niet schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid.

	Federatie, de NPCF. – Naast deze regelgeving zijn leden van het KNGF en fysiotherapeuten die ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie gehouden zich te gedragen overeenkomstig de Beroepsethiek en gedragsregels van de Ethiekcommissie van het KNGF.
Wet klachtrecht cliënten zorgsector	Deze wet verplicht iedere zorgaanbieder een onafhankelijke klachtenregeling te treffen die de cliënt de mogelijkheid geeft laagdrempelig een klacht in te dienen over een gedraging van de zorgaanbieder dan wel een medewerker van de zorgaanbieder.
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen (Wet Bopz)	In deze wet staat onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen en onvrijwillig mag worden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Belangrijk doel van de wet is burgers die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden.
Reglement Tuchtrechtspraak KNGF	Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.
Zorgverzekeringswet (Zvw)	De Zvw is een Nederlandse wet die op 1 januari 2006 in werking is getreden. De Zvw maakt, naast de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de AWBZ. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen, maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.
Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)	Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te kunnen bieden.
Good clinical practice	Dit is een internationale ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaard voor het opzetten, uitvoeren en rapporteren van klinisch onderzoek waarbij sprake is van deelname van proefpersonen. Door aan deze standaard te voldoen, wordt publiekelijk gewaarborgd dat de rechten, de veiligheid en het welzijn van de proefpersonen zijn beschermd in overeenstemming met de beginselen die hun oorsprong vinden in de Verklaring van Helsinki, en dat de gegevens uit het klinisch onderzoek betrouwbaar zijn.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen die mede het profiel bepalen van de fysiotherapeut van de toekomst.

2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

Demografische ontwikkelingen

De Nederlandse bevolking groeit naar verwachting tot bijna 18 miljoen mensen in 2014. Naast deze absolute groei verandert ook de samenstelling van de bevolking. In de totale bevolkingsopbouw stijgt het aantal 65-plussers en stijgt de gemiddelde levensverwachting van zowel mannen als vrouwen (die van mannen respectievelijk vrouwen van 79, 2 en 82, 9 jaar in 2011 naar 87, 1 en 89, 9 jaar in 2060). Door de vergrijzing neemt niet alleen het aandeel ouderen in de bevolking toe, maar ook (mede als gevolg van de succesvolle gezondheidszorg in ons land) het aandeel oude ouderen.²⁰ De bevolkingsgroei- en opbouw wordt ook beïnvloed door emigratie en immigratie. Sinds 2005 steeg de immigratie naar Nederland sterk uit zowel de EU-landen als uit Azië en Afrika. Door de economische crisis is de immigratie gedaald, echter, de verwachting is dat het aantal niet-Nederlandse inwoners op den duur weer zal stijgen. Ook wordt in de toekomst een wat hoger aantal asielmigranten verwacht, omdat de toestroom naar Nederland momenteel relatief laag is ten opzichte van die naar vergelijkbare EU-landen. De naar verwachting toenemende culturele diversiteit zal tot een nog breder palet aan hulpvragen leiden: andere culturen importeren immers andere waarden en opvattingen (en dus vragen) ten aanzien van de gezondheidszorg.

De bestaande culturele diversiteit in Nederland vereist dat de fysiotherapeut bekend is met de internationale gezondheidszorg, met specifieke genetisch bepaalde niet-Nederlandse aandoeningen en de cultuurafhankelijke beleving van die aandoeningen, en van aandoeningen en ziekte in het algemeen. De communicatieve en sociale vaardigheden van de fysiotherapeut moeten ook kunnen aansluiten bij internationaal georiënteerde omgangsvormen.

Epidemiologische ontwikkelingen

Een meerderheid van de bevolking van 19 jaar of ouder heeft één of meer aandoeningen. Dit aandeel is de laatste decennia toegenomen. Deels is deze toename toe te schrijven aan de gestegen levensverwachting en de daarmee gepaard gaande vergrijzing van de bevolking.²¹ Niet alleen de opsporing en screening van ziekten en aandoeningen is verbeterd, met de daar uit voortvloeiende betere overlevingskansen, ook de overlevingskans bij sommige aandoeningen is toegenomen. Daardoor blijven mensen langer met zo'n aandoening in leven. De helft van de zelfstandig wonende ouderen leeft met één of meer chronische ziekten.²² Kinderen die voorheen vroegtijdig zouden zijn gestorven, blijven nu in leven met een blijvende beperking. Daarnaast treden sommige aandoeningen daadwerkelijk vaker op onder de Nederlandse bevolking, zoals diabetes en obesitas.²⁰

Voor de fysiotherapeutische zorg leidt dit een groot en toenemend aantal cliënten met één of meerdere chronische aandoeningen of ziekten, en complexere vragen gericht op gezondheid, in relatie tot activiteiten, participatie en pijn.

Maatschappelijke ontwikkelingen

De samenleving is de afgelopen decennia sterk geïndividualiseerd. In de gezondheidszorg vindt dat onder meer zijn vertaling in een toegenomen cliëntgerichtheid. Tegenwoordig wordt ook wel over een cliëntgecentreerde benadering gesproken, een benadering waarbij wordt geïmpliceerd dat de mening van de cliënt bij de besluitvorming en behandeling meer gewicht in de schaal legt. Door de individualisering krijgen persoonlijke voorkeuren meer ruimte. Deze voorkeuren spelen ook een rol in de contacten tussen hulpverlener en cliënt. Cliënten met eenzelfde aandoening beschikken over diverse, uiteenlopende zorgbehoeften, afhankelijk van wat zij nastreven of nodig (denken) te hebben.

Er bestaat een toenemende waardering voor (het behoud van) gezond leven, preventie en de behandeling van meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit).^o De verwachting is dat er een verschuiving in de zorgvraag zal optreden, doordat mensen, ondanks ziekte of ouderdom, zullen willen blijven participeren in maatschappelijk verband en werkverband. Mensen blijven langer thuis wonen, op vrijwillige basis, of verplicht, op grond van wet- en regelgeving. Mensen willen de regie over hun eigen leven behouden en zullen zich vanuit hun zorgbehoeften kritisch opstellen.

Via de moderne media kan de burger veel informatie vinden over wat er (technisch) in de gezondheidszorg mogelijk is. Cliënten informeren zich voor het bezoeken van zorgprofessionals via internet en hebben soms al een aantal mogelijke antwoorden paraat. Niet zelden heeft een cliënt ideeën over de geëigende therapie. Desondanks betekent toegang tot relevante gezondheidsinformatie op zich niet dat mensen een ongezonde levensstijl daadwerkelijk kunnen veranderen: obstakels op diverse terreinen (op sociaal of fysiek terrein en iemands impliciete opvattingen over gezondheid en ziekte) vormen daartoe soms te grote belemmeringen.²³

Deze ontwikkelingen vragen van de fysiotherapeut een andere benadering van de cliënt en de zorgvraag.

2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

De overheid is tegenover haar burgers verplicht om de kwaliteit van zorgvoorzieningen te stimuleren en te bewaken. Zorgverleners dienen verantwoorde zorg van goede kwaliteit te leveren. Wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan, is verder uitgewerkt in een centrale wet, namelijk de *Kwaliteitswet Zorginstellingen*, waarin termen als 'doeltreffend', 'doelmatig' en 'cliëntgericht' centraal staan.

Naast haar taak op het gebied van goede voorzieningen ziet de overheid zich gesteld voor de taak oplossingen te vinden voor de groeiende kosten van de zorg. Zij kwijt zich van deze tweede taak in samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars.

Diverse beleidsmaatregelen zijn erop gericht kosten te beheersen en efficiënte zorg te bieden. Kostenbeheersing leidt ertoe dat er minder intramurale zorg geïndiceerd wordt, wat een verschuiving van intra- naar extramurale capaciteit met zich meebrengt. Verpleeg- en verzorgingshuizen zetten vanuit financiële overwegingen in toenemende mate diensten van derden in bij diverse onderdelen van zorg en op afdelingen. De lichtere hulpvragen zijn overgeheveld naar de gemeentelijke overheid via de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning* (Wmo).

Voor fysiotherapeuten is als uitvloeisel van de Wmo van belang dat gemeenten zich gaan richten op een aantal taken. Dat geldt voor spelen, bewegen en sporten. De fysiotherapeut kan een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt'. Bij deze Wmo-activiteiten ligt de focus op selectieve en universele preventie. De fysiotherapeut is competent in de begeleiding op het gebied van bewegen van de (risico)groepen.

Door de trend zorg dicht bij huis te geven, kan de fysiotherapeut zich positioneren in samenwerking met huisarts, ergotherapeut, oefentherapeut en anderen, als de 'kwartiermaker van de beweegzorg'. Vanuit zijn expertise is de fysiotherapeut op de hoogte van de mogelijkheden op het gebied van bewegen en draagt hij er zorg voor dat de bestaande mogelijkheden op een juiste wijze ingezet worden bij cliënten thuis, of door de cliënt te wijzen op mogelijkheden in de wijk.

De toegenomen eisen die worden gesteld aan de praktijkvoering, de verantwoording van de

^o Deze neemt toe en daarmee de kosten ten gevolge van de vergrijzing en vanwege het toenemende aantal chronische ziekten door de steeds adequatere acute zorg. Ook zijn door technologische innovaties medische ingrepen minder ingrijpend, en kent de burger minder aarzeling. En dit alles terwijl de voor zorg beschikbare beroepsbevolking afneemt.

behandeling en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de fysiotherapiepraktijk door cliënten vraagt van de fysiotherapeut in toenemende mate om ondernemerschap. De geschetste ontwikkelingen bieden de fysiotherapeut echter ook mogelijkheden en kansen. Zo kan de fysiotherapeut een samenwerking aangaan met andere partners in en buiten de zorg en op zoek te gaan naar andere maatschappelijke contacten met bijbehorende financieringsbronnen. De ondernemer in de fysiotherapeut is in staat deze kansen optimaal te benutten.

De fysiotherapeut van de toekomst zal de op ondernemerschap gerichte competenties sterker moeten ontwikkelen.

Er zal een steeds groter beroep gedaan worden op informele zorg. Dit lijkt onontkoombaar, gezien de grote problemen om de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden. De burger zal in toenemende mate een beroep op andere burgers doen voor diensten die voorheen door professionals werden geleverd (mantelzorg). Een fysiotherapeut kan hierin een belangrijke rol spelen door bijvoorbeeld mantelzorgers te instrueren en te adviseren op het gebied van tillen van cliënten, het doen van transfers en het helpen bewegen, zodat de zorg zowel voor de cliënt als voor de mantelzorgers vol te houden is.

Integrale zorg en samenwerking

Om beter in te kunnen spelen op de zorg voor mensen met complexe problematiek die samengaat met de toenemende chroniciteit en vragen rond multimorbiditeit, moet de zorg integraal of als één samenhangend pakket worden aangeboden. Hiervoor is het nodig dat zorgverleners goed met elkaar samenwerken en de zorg op elkaar afstemmen, terwijl mensen met chronische ziekten de regie over hun eigen leven voeren, zodat de ziekte goed wordt ingepast in hun bestaan. Op het gebied van dit geïntegreerde aanbod is al een aantal organisatorische veranderingen in gang gezet. De programmatische aanpak van ketenzorg in de eerste lijn wordt toegepast bij een aantal veel voorkomende chronische aandoeningen. Het is een inter- en transdisciplinaire aanpak, waarbij versnippering en vertraagde voortgang worden vermeden.

Een andere vorm van geïntegreerde aanpak zijn de zorgprojecten die vormgegeven worden conform het Chronic Care Model (CCM).²⁴ Binnen dit model ligt de focus op functionaliteit. Daarom wordt er in eerste instantie, bij het constateren van specifieke pathologie, minder snel tot behandeling overgegaan. Van alle zorgverleners wordt verwacht dat zij het zelfmanagement van de cliënt ondersteunen. Interdisciplinair werken is essentieel. De afstand tussen cliënt en zorgverlener wordt verkleind doordat er per cliënt een vaste zorgcoördinator is met wie de zorgverlener regelmatig contact heeft, *face to face*, per telefoon, via e-mail of door middel van andere (ICT-)toepassingen. Een derde vorm van geïntegreerde zorg is de zorgbehoefte die bestaat in woon- en zorgcomplexen waar wonen, zorg, bewegen (sport) en recreatie naast elkaar en naar behoefte beschikbaar zijn. Een meer geïntegreerde zorgorganisatie vereist effectieve samenwerking. Extreme taakdifferentiatie met strak afgegrensde bevoegdheden wordt in steeds grotere mate als ongewenst gezien. Taakdelegatie zal steeds vaker plaatsvinden. De fysiotherapeut zal daarbij wellicht gebruik gaan maken van de diensten van een fysiotherapeut-assistent. Deze zal, mits bekwaam, niet alleen fysiotherapeutische verrichtingen en metingen gaan uitvoeren, maar ook verrichtingen en metingen van andere, aanpalende disciplines.

Het werken in deze integrale zorg vraagt van de fysiotherapeut goede organisatie- en samenwerkingsvaardigheden, kennis van de eigen competenties en de competenties van andere professionals in en buiten de beweegzorg. In projecten waar het accent ligt op beweegzorg, functionaliteit en participatie, is de fysiotherapeut de aangewezen professional om deze coördinerende functie op zich te nemen.

De toenemende vraag vanuit de overheid en vanuit cliënten- en patiëntenorganisaties naar transparantie en verantwoording van zorg, maakt het noodzakelijk de daadwerkelijke effecten van de verleende zorg te meten. De effectiviteit en transparantie van het totale zorgverleningstraject is een

belangrijk kwaliteitskenmerk. Deze items zijn meetbaar gemaakt door bijvoorbeeld *patient reported outcome measures* (PROMs). Bij een PROM gaat het om het meten van het cliëntperspectief over de einduitkomsten van het gehele traject dat de cliënt heeft doorlopen en niet enkel om effecten van deelprocessen.²⁵ Deze benadering doet een groot beroep op samenwerking tussen de diverse zorgaanbieders onderling en op de samenwerking tussen zorgaanbieders en cliënten, met in veel gevallen de cliënt zelf als gouden standaard. Ook ten aanzien van de geleverde kwaliteit van de zorg is het mogelijk om lering te trekken uit de PROM. Daarbij is uiteraard wel gezamenlijke evaluatie, onderlinge afstemming en transparantie vereist.

Cliëntenorganisaties zijn belangrijke partners in de zorg. De fysiotherapeut kan cliëntenorganisaties ondersteunen bij het maken van goede en wetenschappelijk verantwoorde voorlichting aan cliënten.

Preventie

Om kosten van de gezondheidszorg te beperken, zet de overheid in op gespecialiseerde kennis op het vlak van preventie.^p De fysiotherapeut is in het persoonlijke contact met de cliënt steeds meer gericht op preventie en verricht activiteiten op het gebied van de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie, gekoppeld aan individuele cliënten. Tijdens de behandeling is de fysiotherapeut alert op risicofactoren, ziekten en aandoeningen waarvan de cliënt zich nog niet bewust is. Maar de fysiotherapeut doet alleen onderzoek als de verdenking op een aandoening of een probleem met bewegen gegrond is (*case-finding*). Tevens is er steeds meer wetenschappelijke evidentie dat voldoende bewegen een gunstig effect heeft op het voorkomen van (meerdere) ziekten en het verbeteren van de gezondheidstoestand bij chronische ziekten. Het bevorderen van fysieke fitheid lijkt dan ook een alternatief voor medicatie te zijn, of in ieder geval voorgeschreven te worden naast de medicatie.²⁶

Als uitvloeisel van de preventieve invalshoek is het van belang dat de fysiotherapeut meer dan voorheen samenwerking zoekt met partners buiten de zorg. Dat zijn vooral de gemeenten die in kader van de Wmo een belangrijke gezondheidstaak toebedeeld hebben gekregen. Verder zijn er sportorganisaties en bedrijven die wellness-activiteiten aanbieden. Alle betrokkenen, de cliënten voorop, hebben voordeel bij logische, naadloze, maar wel duidelijke overgangen tussen beweegactiviteiten, reguliere sportactiviteiten en zorgactiviteiten zoals bedoeld in de individuele gezondheidszorg (*Wet BIG*). Een fysiotherapeut in een dergelijke setting zal zich daarom, behalve als beweegprofessional, moeten positioneren als innovatieve ondernemer die netwerken opbouwt in de wijk waar hij werkzaam is en dat ook doet bij cliëntenorganisaties.

2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Het vak fysiotherapie ontwikkelt zich onder invloed van politiek-maatschappelijke factoren, maar ook door de interne dynamiek die een kennisdomein eigen is. Inhoudelijke ontwikkelingen binnen de fysiotherapie sluiten aan op de veranderende hulpvraag van de cliënt.

Participatie

De fysiotherapie is ook gericht op het optimaliseren van het bewegend functioneren in relatie tot participatie; het ziektemodel is vervangen door een partnerschap tussen behandelaar en cliënt. Fysiotherapeutische behandeldoelen worden daarom geformuleerd in termen van activiteiten en participatie. De verwachtingen over wat de zorg vermag om het gewenste participatieperspectief mogelijk te maken, zijn vaak hooggespannen. Dit kan dilemma's in de zorg opleveren, bijvoorbeeld

^p Huisartsenposten, inloopcentra en andere kleinschalige gezondheidscentra spelen een belangrijke rol aan de poort van het zorgsysteem. Ook de gecreëerde mogelijkheden tot bewegen, zoals het recreëren in de buurt, spelen een belangrijke preventieve rol, evenals het via moderne media beschikbaar stellen van begrijpelijke en direct toepasbare informatie over gezondheid en ziekte.

doordat de cliënt de fysiotherapeut overvraagt of doordat bepaalde zorg voor cliënten niet toegankelijk blijkt. Sommige cliënten hebben geen wensen, anderen houden star vast aan hun initiële wensenpakket.²⁷ Dergelijke situaties vragen om een open communicatie, waarbij eerdere ervaringen met therapie en de actuele omstandigheden van de cliënt expliciet worden besproken en meegewogen.

Communicatie

Moderne communicatie geeft nieuwe mogelijkheden. Er ontstaan steeds meer webbased gepersonaliseerde informatiebronnen. Een adequate, op functionaliteit en participatie gerichte communicatie is gewenst, niet alleen tussen hulpverleners onderling, maar ook tussen hulpverleners en cliënten. De fysiotherapeut kan zijn cliënt van dienst zijn door zijn specifieke kennis op het terrein van bewegen en alle daarmee samenhangende kennis te koppelen aan het beweegprobleem. Sociale media kunnen worden ingezet voor onderlinge communicatie, waardoor de fysiotherapeut beter kan aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt, met respect voor de regiefunctie van de cliënt.

Wetenschap

De afgelopen 25 jaar heeft de fysiotherapie nationaal en internationaal haar wetenschappelijke basis verbreed. Het wetenschappelijk rendement van de fysiotherapie is sterk verhoogd. Een forse toename van hoogleraren, stafmedewerkers aan universiteiten, lectoraten aan hogescholen en de vele academische promoties door fysiotherapeuten getuigen hiervan. Het KNGF beschikt over een groot aantal mono- en multidisciplinaire, wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen die ter beschikking van de fysiotherapeut staan. Translationeel wetenschappelijk onderzoek is nodig om de toepasbaarheid van fundamentele kennis te vergroten en de kloof tussen theorie en werkelijkheid te dichten. Binnen bestaande onderzoeklijnen wordt er samengewerkt met gerelateerde (medische) specialismen.

Het groeiende aantal wetenschappelijke studies van hoge kwaliteit heeft geleid tot een toenemend inzicht in de sturende mechanismen die bepalend zijn voor het beloop en het succes van fysiotherapie. Dit vraagt specialisatie van de beroepsgroep als geheel en specialisatie van de fysiotherapeut in het veld.

Het wordt uit onderzoek steeds duidelijker dat voldoende bewegen een positief effectief heeft op de algehele gezondheid en met name op die van (chronisch) zieken. Dat heeft de deur geopend voor beweeginterventies. De fysiotherapeut heeft een taak ten aanzien van ziektepreventie en de bestrijding van 'inactiviteitsziekten'.

2.4 Technologische ontwikkelingen

In de gezondheidszorg worden in toenemende mate internettechnologie en andere technologische hulpmiddelen ingezet. eHealth is een ruim begrip en wordt gedefinieerd als 'de technologische ondersteuning van de zorg die leidt tot een verbetering van de gezondheidstoestand' van cliënten. Gebrek aan geld en menskracht in de gezondheidszorg zal er toe leiden dat de invoering van eHealth sneller zal verlopen dan gedacht. Er zijn ook intrinsieke voordelen verbonden aan eHealth. De ondersteuning sluit goed aan bij het zelfmanagement van de huidige cliënt. eHealth omvat het monitoren van de eigen medische toestand of een aantal lichaamsfuncties en de communicatie hierover met de behandelaar. Ook telemonitoring valt onder eHealth. Met telemonitoring kan een cliënt in de thuissituatie oefeningen doen, die de behandelaar op afstand kan volgen op een beeldscherm, wat bijsturing van de cliënt mogelijk maakt. Domotica en robotica worden vaak ook tot eHealth gerekend. Domotica stelt mensen in staat om langer thuis te blijven door de toepassing van moderne technologie in de thuissituatie, bijvoorbeeld apparatuur die vanzelf uitgaat of een persoonsalarmering. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de relatie tussen zorgverlener en cliënt.

2.5 Opleiding en deskundigheid van de fysiotherapeut

De opleidingskolom fysiotherapie bestaat uit een bachelor- en mastercompartiment met daarboven het PhD-niveau. De bacheloropleiding leidt op tot fysiotherapeut EQF niveau 6 en levert een BIG-geregistreerde allround fysiotherapeut in de individuele gezondheidszorg. Dit niveau geeft toegang tot verschillende hbo-masteropleidingen. De masteropgeleide fysiotherapeut bezit specifieke competenties in een van de deelgebieden van de fysiotherapie (specialismen). De master fysiotherapeut is in staat om adequate en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren in de complexe cliëntenzorg binnen het eigen deelgebied en een onderzoekbijdrage te leveren aan praktijkgericht onderzoek. De fysiotherapie kent ook een wetenschappelijke master die aan de universiteit gevolgd kan worden, de Fysiotherapiewetenschap (titel MSc) en een PhD-traject. Nieuwe universitaire masters fysiotherapie zijn op dit moment in ontwikkeling, evenals initiatieven om te komen tot een universitaire bachelor fysiotherapie.

Er zijn samenwerkingsverbanden ontstaan tussen universiteiten en academische ziekenhuizen en tussen universiteiten en hogescholen die de behoefte aan een fysiotherapeut op EQF niveau 7 onderstrepen.

Het KNGF stimuleert het ontstaan van leerstoelen aan universiteiten en lectoraten op hogescholen vanwege de gewenste verwetenschappelijking van het vak. In het afgelopen decennium is er een aantal lectoren en hoogleraren geïnstalleerd. Het KNGF financiert leerstoelen. Daarbij wordt rekening gehouden met een spreiding over de belangrijkste aandachtsgebieden van de fysiotherapie. De toename van het aantal wetenschappers op PhD-niveau die zijn verbonden aan de universiteiten en de hogescholen, heeft geleid tot een sterke toename van PhD-promotietrajecten. Lectoren en hoogleraren worden intensiever ingezet in het onderwijs en zorgen door hun surplus aan (wetenschappelijke) kennis voor een hogere kwaliteit van het evidence based onderwijs.

Per 2025 beschikt elke nieuwe fysiotherapeut die zich inschrijft in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), conform het beleid van het KNGF, over een masterdiploma EQF niveau 7. De specialistenverenigingen stellen de eventuele overige normen voor opname in het specialistenregister vast. Het KNGF, de opleidingen en de specialistenverenigingen werken nauw samen in deze transitie.

De fysiotherapeut van de toekomst kan complexere problematiek aan, werkt meer dan nu in interdisciplinaire verband en heeft meer bevoegdheden, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied.

Hoofdstuk 3 De competente fysiotherapeut

Deskundigheidsontwikkeling in de fysiotherapie speelt zich af op twee niveaus: op het niveau van het beroep en op het niveau van de individuele professional. Op het niveau van het beroep verwijst deskundigheidsontwikkeling naar een proces van beroepsontwikkeling met specifieke kenmerken als de ontsluiting en vorming van een 'Body of Knowledge and Skills'. Daarnaast verwijst deskundigheidsontwikkeling naar de bewustwording en erkenning van het eigen deskundigheidsdomein. Op het niveau van de individuele professional verwijst deskundigheidsontwikkeling naar het proces waarin de individuele fysiotherapeut zijn kennis, kunde en professioneel oordeel verder ontwikkelt en nieuwe inzichten integreert in zijn professioneel handelen. Beide processen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar richten zich op verschillende doelen. De processen komen samen in het beroepsprofiel dat voor iedere fysiotherapeut van kracht is. Deskundigheid wordt daarbij niet meer opgevat als de optelsom van kennis, vaardigheden en attitudes, maar als geïntegreerde gehelen, die worden aangeduid met de term 'competentie'. Een competentie wordt hierbij opgevat als het vermogen om op basis van aanwezige kennis, vaardigheden, houdingen, normen en waarden en rolopvattingen, adequaat te handelen in complexe beroepssituaties, en om keuzes en beslissingen die tijdens dat handelen gemaakt worden te kunnen verantwoorden en er op te kunnen reflecteren.

3.1 Context en niveau

Bij het beschrijven van de competentieprofielen in deel 2 van dit beroepsprofiel is uitgegaan van de omschrijving van het European Qualifications Framework (EQF). Het doel van het EQF is het vergroten van de internationale studenten- en arbeidsmobiliteit en het faciliteren van een leven lang leren. Door het EQF kunnen opleidingsniveaus internationaal met elkaar vergeleken worden. Het EQF levert door deze vergelijkingsmogelijkheid een bijdrage aan de transparantie van de verschillende onderwijssystemen in Europa.

Competenties zijn in belangrijke mate inhoud- en contextspecifiek. Of iemand competent is in een bepaalde situatie, is afhankelijk van de mate waarin hij over de deskundigheid en ervaring beschikt die relevant is om problemen op te lossen in de context waarbinnen die problemen zich voordoen.

De sleutelbegrippen die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving zijn:²⁸

- contextbeschrijving is samen met kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden;
- zelfstandigheid en verantwoordelijkheid vormen het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen;
- kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het fysiotherapeutisch beroep;
- vaardigheden:
 - toepassen van kennis reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
 - probleemoplossende vaardigheden;
 - leer- en ontwikkelingsvaardigheden;
 - informatievaardigheden;
 - communicatieve vaardigheden.

3.1.1 De fysiotherapeut EQF niveau 6

De context voor de fysiotherapeut op EQF niveau 6 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving, ook internationaal'. Voor fysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op EQF niveau 6 gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De fysiotherapeut:

- bezit gevorderde kennis van het fysiotherapeutische vakgebied en van voor de fysiotherapie relevante randgebieden;
- toont een kritisch inzicht in theorieën en beginselen;
- heeft gevorderde vaardigheden, waarbij blijkt wordt gegeven van vakmanschap en innovatief vermogen om complexe en onvoorspelbare problemen op te lossen. Deze vergevorderde vaardigheden worden ingezet om complexe situaties te managen, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen, in zowel voorspelbare als onvoorspelbare beroepssituaties en contexten;
- neemt de verantwoordelijkheid om de professionele ontwikkeling van zichzelf en de mensen die bij hem in dienst zijn of hiërarchisch onder hem vallen te bevorderen.

3.1.2 De fysiotherapeut EQF niveau 7

De context voor de fysiotherapeut op EQF niveau 7 is omschreven als ‘een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving met een hoge mate van onzekerheid, ook internationaal’. Voor fysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF niveau 7), gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De fysiotherapeut:

- bezit bijzondere gespecialiseerde kennis, die geavanceerd is op fysiotherapeutisch vakgebied en voor de fysiotherapie relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën en/of onderzoek.
- heeft een kritisch bewustzijn van problemen op fysiotherapeutisch vakgebied, voor de fysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- managet en transformeert complexe en onvoorspelbare werkcontexten die nieuwe strategische benaderingen vereisen. Het betreft hier zowel complexe situaties in het kader van de diagnostiek, prognostiek en/of therapie van één cliënt als complexe situaties in het kader van de beroepsuitoefening op micro-, meso- of macroniveau. Het probleem wordt multifactorieel en multidimensionaal geanalyseerd, waarna de fysiotherapeut een gerichte oplossingsstrategie formuleert, met de cliënt bespreekt en waar mogelijk uitvoert.
- neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan het ontwikkelen van professionele kennis en werkwijzen en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

3.2 Competentieprofiel van de fysiotherapeut

3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel

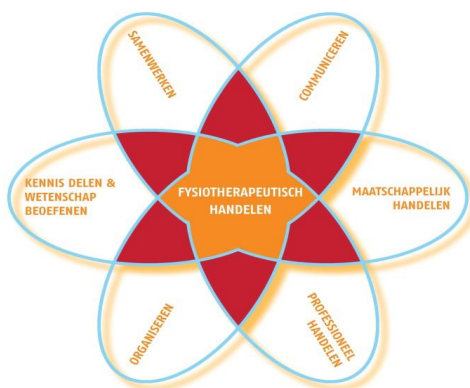
De competenties van de fysiotherapeut zijn geordend volgens het CanMEDS-model waarin zeven competentiegebieden centraal staan.¹ Er is gekozen voor het beschrijven van de competenties in *gebieden*, conform de systematiek in de medische specialistische beroepen (KNMG) en niet in *rollen* zoals bij de oorspronkelijke CanMEDS. De beschrijving in competentiegebieden doet naar onze mening meer recht aan het geïntegreerd inzetten van competenties bij het centrale handelingsgebied ‘Fysiotherapeutisch handelen’.

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd:

- zeven competentiegebieden;
- per competentiegebied een omschrijving;
- per competentiegebied zijn vier zogeheten sleutelcompetenties (*key competencies*) beschreven;

- de sleutelcompetenties zijn vervolgens geoperationaliseerd in indicatoren.

De competenties zijn geformuleerd in werkwoorden als termen van gedrag. Bij de (omschrijving van) competenties gaat het om feitelijk gedrag in beroepssituaties.



Figuur 3.1 Het CanMEDS-model vertaald naar de fysiotherapie

3.2.2 De competentiegebieden

Er worden zeven competentiegebieden onderscheiden:

1. **Fysiotherapeutisch handelen:** De fysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met een probleem met bewegen. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens, zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van EBP beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, curatieve en preventieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.
2. **Communiceren:** Teneinde een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de fysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen. De fysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het fysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie.
3. **Samenwerken:** De fysiotherapeut werkt, indien nodig, samen met betrokken professionals, zorgverzekeraars, maatschappelijke en overheidsinstanties, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertise om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.
4. **Kennis delen en wetenschap beoefenen:** De fysiotherapeut handelt volgens de principes van Evidence Based Practice, levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise van zichzelf en anderen en levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.
5. **Maatschappelijk handelen:** De fysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
6. **Organiseren:** Teneinde als fysiotherapeut efficiënt en effectief te functioneren, spant de fysiotherapeut zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de fysiotherapeut als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook in relatie tot werkzaamheden van andere

zorgverleners treedt hij als manager op. De fysiotherapeut neemt besluiten met betrekking tot het gebruik of de inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid. Hij organiseert zijn eigen werk, waarbij hij balans houdt tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en indien relevant, de zorgorganisatie waarin hij werkt.

7. **Professioneel handelen:** De fysiotherapeut levert hoogstaande cliëntenzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen, of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar en transparant op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.

3.2.3 Fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving

De fysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met een probleem met bewegen. De competentie 'fysiotherapeutisch handelen' vormt het centrale competentiegebied dat gebruikmaakt van alle overige competenties. Fysiotherapeutisch handelen in enge zin is gericht op vakmatige expertise.

De fysiotherapeut overziet het, voor het eigen denken en handelen, relevante kennisdomein en kan snel en doelmatig medisch-wetenschappelijke informatie vinden. De fysiotherapeut voert op een methodische wijze een (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek uit en komt op basis hiervan tot rationele hypothesen over mogelijke oorzaken en gevolgen van gedane bevindingen, waarbij logische verbanden worden gelegd tussen de bevindingen op de drie niveaus van de ICF en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn. De perceptie van de ervaren bewegingsproblemen in sociaal-culturele context, het bewegen in zijn specifieke bewegingsomgeving en het bewegingsapparaat met eventuele stoornissen worden in samenhang gezien. De fysiotherapeut beheerst de voor fysiotherapeutisch onderzoek en behandeling noodzakelijke handvaardigheden. Hij stelt in relatie met geformuleerde hypothesen een verantwoord beleid vast voor aanvullende diagnostiek, behandeling, cliëntenzorg en preventie, met respect voor de wensen van cliënt en de familie van de cliënt, zich rekenschap gevend van de gebruikelijke wijze van aanpak, én gebaseerd op een rationele en wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde. De fysiotherapeut maakt op gepaste wijze gebruik van technologie en is zich daarbij bewust van de voor- en nadelen die zijn verbonden aan specifieke interventies.

In het competentiegebied 'fysiotherapeutisch handelen' zijn vier competenties geformuleerd die gerelateerd zijn aan de drie procesfasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen (paragraaf 1.4.2). In de matrix is de relatie aangegeven tussen de processen van het fysiotherapeutisch handelen, de acht processtappen uit Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011 en de vier competenties in het competentiegebied fysiotherapeutisch handelen.

Fysiotherapeutisch proces	Acht stappen	Competentiegebied 1
Screeningsproces	1a. Aanmelding 1b. Inventariseren hulpvraag 1c. Screening niet-pluis en pluis 1d. Informeren adviseren	1.1 Screening <i>De fysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de fysiotherapie valt.</i>
Diagnostisch proces	2. Aanvullende (hetero)anamnese 3. Aanvullend onderzoek 4. Analyse	1.2 Diagnostiek <i>De fysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van de cliënt.</i>
Therapeutisch proces	5. Behandelplan 6. Behandeling	1.3 Behandelen <i>De fysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met de cliënt</i>

		<i>geïndiceerde behandeling uit.</i>
	7. Evaluatie 8. Afsluiting	1.4 Afsluiten van de behandeling <i>De fysiotherapeut sluit in samenspraak met de cliënt de behandeling af.</i>

3.3 Body of knowledge and skills

Voor het bepalen van de juiste interventie bij de cliënt, op het juiste moment juist toegepast, is het onontbeerlijk om over vaardigheden en kennis te beschikken van de kerngebieden: functionele anatomie, biomechanica, (neuro)fysiologie, pathologie en psychologie, maar ook van kennisdomeinen zoals van gezondheidskunde, gezondheidseconomie en organisatiekunde. Het *National diploma supplement and National Transcript Fysiotherapie* uit 2008 fungeert als *body of knowledge and skills* en is geschreven op EQF niveau 6.²⁹

Gespecialiseerde fysiotherapeuten hebben van de genoemde kerngebieden de aan hun specialisatie gerelateerde *body of knowledge and skills* vastgelegd op EQF niveau 7, in een beroepsprofiel per specialisatie.

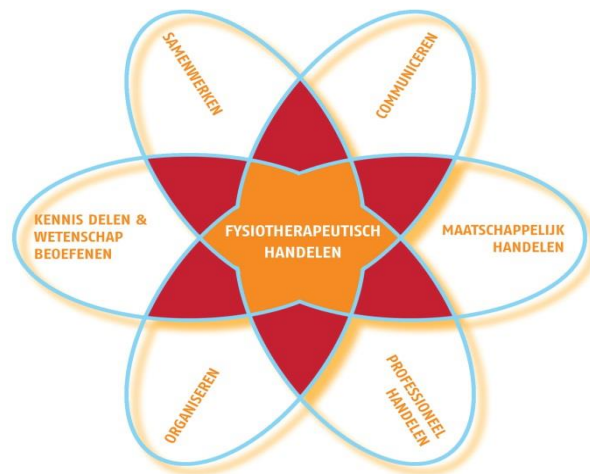
Literatuurlijst

1. Frank JR, Jabbour M, Fr  chette D, Marks M, Valk N, Bourgeois G. Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
2. Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Zorg; 2010.
3. European Qualification Framework. Luxemburg: European Communities; 2008.
4. ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM; 2007.
5. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst van der, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:4163.
6. Bernstein NA. The co-ordination and regulation of movements. Oxford: Pergamon Press; 1967.
7. Turvey MT, Fitch HJ, Tuller B. The Bernstein perspective: 1 The problems of degrees of freedom and context-conditioned variability. In: Kelso J, Erlbaum L, editors. Human Motor Behavior: An introduction. Hillsdale: 1982. p. 239-52.
8. O'Donovan G, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. J Sports Sci. 2010;28(6):573-91.
9. Haskell WL, Lee EM, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007;39(6):1423-34.
10. Huijben MEM. Het Chronic Care Model in Nederland. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg; 2011.
11. Translationeel onderzoek in Nederland - Van kennis naar kliniek. Publicatie nr. 55. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2007.
12. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ. 2005 Jan 5;5(1):1.
13. Platform Personalized Prevention. Het Prevent-model. Beschikbaar via <http://www.preventweb.nl/>. Geraadpleegd 16 november 2013.
14. Glasziou P, Irwig L, Mant D. Monitoring in chronic disease: a rational approach. BMJ. 2005 Mar 19;330(7492):644-8.
15. Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2012.
16. Have HAMJ ten, ter Meulen RHJ, Leeuwen E van. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2003.

17. Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York [etc.]: Routledge; 1993.
18. Ethiekcommissie KNGF. Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2006.
19. Baudien D. Leergang ethiek, handvatten met ethiek op het werk. Utrecht: CNV Publieke Zaak; 2008.
20. Duin C van, Stoeldraijer L. Bevolkingsprognose 2012-2060: Langer leven, langer werken. Beschikbaar via www.cbs.nl. Geraadpleegd op 13 december 2012.
21. Gezondheid en zorg in cijfers 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2013. Beschikbaar via www.cbs.nl. Geraadpleegd op 12 september 2013.
22. Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM; 2011.
23. Balm MFK. Gezond bewegen kun je leren. Utrecht: Lemma BV; 2000.
24. Wagner EH, Austin BT, Korff M von. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quart. 1996;74(4):511-44.
25. Berg M, Beersen N, Ikkersheim D, Groenewoud S. Meten van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik. KPMG Advisory N.V.; 2012.
26. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. BMJ 2013;349:f5575.
27. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. ACP J Club. 2002 Mar;136(2):A11-A14.
28. Nederlands Kwalificatiekader (NLQF). 2013. Nationaal Coördinatiepunt. Beschikbaar via: <http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>. Geraadpleegd op 3 oktober 2013
29. European Committee Council of Europe and UNESCO/CEPES. National Diploma supplement and National Transcript Fysiotherapie. Amersfoort: KNGF/SROF; 2008.

Deel 2

Competentieprofiel van de fysiotherapeut



Deel 2 Competentieprofiel fysiotherapeut

1	Fysiotherapeutisch handelen
	De fysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met problemen met bewegen. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van Evidence Based Practice beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, curatieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.
1.1	Screening De fysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de fysiotherapie valt.
	De fysiotherapeut: - o legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het screenen uit; - o inventariseert via open en gesloten vragen het gezondheidsprobleem van de cliënt, evenals diens verwachtingen over de oplossing; - o past de werkwijze van het afnemen van de anamnese toe (inventariseren van de aard, de lokalisatie, het beloop, de intensiteit en de samenhang van symptomen en tekens); - o voert zo nodig lichamelijk onderzoek uit en gebruikt relevante meetinstrumenten; - o past bij het analyseren van het gezondheidsprobleem van de cliënt patroonherkenning toe; - o beoordeelt of hij bekwaam en/of bevoegd is om een besluit te nemen over de indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners; - o neemt, op basis van kennis uit het fysiotherapeutisch domein, een besluit over indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners; - o registreert en documenteert het besluit over de indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners volgens de geldende richtlijn(en) en geldende wet- en regelgeving; - o deelt de cliënt het besluit ter overweging mee, benoemt de argumenten die tot dit besluit hebben geleid, beantwoordt eventuele vragen hierover en adviseert de cliënt wat betreft het vervolg; - o informeert de cliënt over eventuele rapportage aan de huisarts; - o doet zo nodig schriftelijk verslag aan de huisarts van de cliënt.
1.2	Fysiotherapeutische diagnostiek De fysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van de cliënt.
	De fysiotherapeut: - o legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het fysiotherapeutisch diagnostische proces uit; - o inventariseert het gezondheidsprobleem, de beweegomgeving en de sociaal-culturele leefwereld van de cliënt in relatie tot diens bewegen; - o identificeert belemmerende en faciliterende factoren voor gezond gedrag/gedragsverandering - o beschrijft het gezondheidsprobleem van de cliënt binnen het construct van de ICF; - o analyseert het gezondheidsprobleem van de cliënt en legt logische verbanden tussen de dimensies van de ICF (klinisch redeneren) volgens de principes van Evidence Based Practice; - o zet klinische onzekerheid met betrekking tot de fysiotherapeutische diagnostiek om in beantwoordbare vraagstellingen naar algemeen geaccepteerde kennis en kennis die nog in ontwikkeling is, zoekt met een bewust gekozen strategie, interpreteert de antwoorden en past de resultaten van de zoekstrategie toe; - o kiest en legitimeert meetinstrumenten voor het inventariseren en het analyseren van het (potentiële) gezondheidsprobleem van de cliënt; - o voert metingen uit in het kader van het inventariseren en analyseren van het gezondheidsprobleem van de cliënt en interpreteert de uitkomsten van vragenlijsten, anamnese en lichamelijk onderzoek in relatie tot het gezondheidsprobleem van de cliënt; - o formuleert, legitimeert en fundeert de fysiotherapeutische diagnose voor het gezondheidsprobleem van de cliënt en bespreekt met de cliënt de geformuleerde fysiotherapeutische diagnose; - o maakt een inschatting van het verwachte beloop van het gezondheidsprobleem en de factoren die daarop van invloed zijn; - o hanteert de voor het gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn en legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn; - o registreert en documenteert het fysiotherapeutisch diagnostische proces volgens de daarvoor geldende richtlijn en volgens geldende wet- en regelgeving.

1.3	Fysiotherapeutisch behandelen De fysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met de cliënt geïndiceerde behandeling uit.
	De fysiotherapeut: - o zet klinische onzekerheid ten aanzien van het fysiotherapeutisch behandelen van een cliënt om in beantwoorbare vraagstellingen; - o stelt in overleg met de cliënt een behandelplan op volgens de principes van Evidence Based Practice en bespreekt dit behandelplan met de cliënt; - o stimuleert zelfmanagement; - o formuleert een behandelplan met daarin een SMART^a-geformuleerde einddoelstelling en SMART-geformuleerde subdoelstellingen, alsook de aard, de combinatie, de sequentie en de frequentie van de geplande fysiotherapeutische verrichtingen, legt de einddoelstelling en de subdoelstellingen aan de cliënt voor en hanteert de voor het gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn en legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn; - o adviseert de cliënt over de te kiezen fysiotherapeut, het te kiezen fysiotherapeutisch specialisme of andere (para)medische hulpverleners; - o registreert en documenteert het fysiotherapeutische behandelplan volgens de daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving; - o voert het behandelplan uit volgens de principes van Evidence Based Practice en maakt zo nodig veilig en zorgvuldig gebruik van technische hulpmiddelen; - o meet, evalueert, analyseert en registreert de verrichtingen en het beloop van het behandelproces aan de hand van de effecten van de behandeling met behulp van meetinstrumenten en past indien nodig het behandelplan aan; - o doet verslag aan derden over het beloop van het fysiotherapeutisch behandelen volgens daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving; - o ondersteunt de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten met behulp van technologische innovaties; - o verwijst indien nodig naar anderen buiten het fysiotherapeutisch domein indien er evidentie is voor andere behandeling dan fysiotherapie.
1.4	Afsluiten van het fysiotherapeutisch behandelen De fysiotherapeut sluit in samenspraak met de cliënt de behandeling af.
	De fysiotherapeut: - o evalueert samen met de cliënt, zijn naasten en andere betrokkenen de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van beide in relatie tot elkaar; - o doet verslag over de resultaten van het fysiotherapeutisch behandelen aan de verwijzer en andere betrokken professionals.

^a SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

^r Met betrokkenen worden zowel emotioneel betrokkenen bedoeld als betrokkenen op basis van maatschappelijke relaties.

2	Communiceren
	Om een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de fysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen. De fysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het fysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie. De fysiotherapeut houdt hierbij rekening met de culturele achtergrond van de cliënt.
2.1	De fysiotherapeut bouwt een effectieve behandelrelatie met de cliënt op.
	De fysiotherapeut: - o heeft gedurende het hele hulpverleningsproces een verstandhouding met de cliënt die gekenmerkt wordt door respect, empathie, ontvankelijkheid, vertrouwelijkheid en gevoel van veiligheid; - o inventariseert wensen en behoeften van de cliënt en zijn naasten in relatie tot de oplossing van het probleem; - o informeert, stimuleert, corrigeert en toont grensstellend gedrag met inachtneming van de culturele diversiteit, zonder dat dit afbreuk doet aan de professionele relatie tussen de therapeut en de cliënt - o stimuleert de verantwoordelijkheid van de cliënt voor de oplossing van het probleem in een goede afweging van de draagkracht van de cliënt.
2.2	De fysiotherapeut luistert en verkrijgt doelmatig en doeltreffend cliëntinformatie en respecteert hierbij de privacy.
	De fysiotherapeut: - o kiest en legitimeert gesprekstechnieken en voert deze uit met cliënt, naasten en andere betrokkenen; - o kiest en legitimeert een vorm van communicatie met cliënt, naasten en andere betrokkenen.
2.3	De fysiotherapeut bespreekt de informatie over doelen en behandeling met cliënt, zijn naasten en/of andere betrokkenen.
	De fysiotherapeut: - o voert, indien nodig, op methodische wijze ook gesprekken met naasten en/of andere betrokkenen van de cliënt, afgestemd op de taalvaardigheid en de belevingswereld van de gesprekspartner; - o begeleidt de cliënt, naasten en andere betrokkenen in de vaststelling van de doelen en de behandelkeuze; - o komt een behandelovereenkomst (informed consent) overeen met cliënt, naasten en/of andere betrokkenen.
2.4	De fysiotherapeut doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over de cliënt
	De fysiotherapeut: - o verzorgt de verslaglegging volgens geldende wet- en regelgeving voor medebehandelaars, zorgverzekeraar en andere betrokkenen; - o draagt, indien van toepassing, zorg voor schriftelijke verslaglegging aan de verwijzer; - o doet verslag aan anderen binnen en buiten de fysiotherapie indien de cliënt hiertoe toestemming heeft gegeven; - o verzorgt op geëigende wijze de verslaglegging over de voortgang en resultaten van de behandeling aan andere betrokken behandelaren.

3	Samenwerken
	De fysiotherapeut werkt samen met betrokken professionals, zorgverzekeraars, maatschappelijke en overheidsinstanties, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt gebruik van beschikbare expertises om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.
3.1	De fysiotherapeut werkt samen met binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners.
	De fysiotherapeut: - o neemt op effectieve en doelmatige wijze deel aan cliëntbesprekingen; - o betreft andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers doeltreffend en doelmatig bij het hulpverleningsproces; - o werkt op effectieve en doelmatige wijze in teamverband samen en is zich hierbij bewust van de gevolgen van eigen handelen voor andere betrokken hulpverleners; - o verwijst doeltreffend en doelmatig naar anderen indien de diagnose dan wel de behandeling daarom vraagt; - o betreft de argumenten van andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers bij zijn afwegingen en neemt op doeltreffende en doelmatige wijze beredeneerde beslissingen; - o corrigeert zichzelf en anderen op de geëigende wijze binnen de geldende wet- en regelgeving.
3.2	De fysiotherapeut verricht intercollegiale consulten.
	De fysiotherapeut: - o zet zijn expertise in om collega's te adviseren; - o realiseert zich mogelijke belangenverstrengeling van verschillende partijen, weegt belangen van de betrokken partijen af en handelt daarnaar volgens de geldende wet- en regelgeving.
3.3	De fysiotherapeut werkt samen met zorgverzekeraars.
	De fysiotherapeut: - o werkt doelmatig en effectief samen en respecteert competenties en bevoegdheden van anderen - o betreft de argumenten van zorgverzekeraars in het hulpverleningsproces, weegt deze argumenten en neemt op doelmatige en effectieve wijze beredeneerde beslissingen; - o verzamelt voor het hulpverleningsproces benodigde informatie bij zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; - o rapporteert zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; - o declareert bij zorgverzekeraars of bij de cliënt op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; - o wisselt van gedachte en discussieert met zorgverzekeraars over de kwaliteit van fysiotherapeutische hulpverlening en over aspecten van samenwerking.
3.4	De fysiotherapeut werkt samen met maatschappelijke, overheidsinstanties en/of beroepsverenigingen.
	De fysiotherapeut: - o onderhoudt effectieve relaties met voor het hulpverleningsproces benodigde maatschappelijke instanties (waaronder cliëntbelangenverenigingen) en overheidsinstanties; - o wisselt van gedachte en discussieert met maatschappelijke instanties (waaronder cliëntbelangenverenigingen), overheidsinstanties en beroepsverenigingen over rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpverlening; - o werkt samen met instanties ten behoeve van innovatieve processen binnen het vakgebied en de overige gezondheidszorg; - o gaat samenwerking aan met partners in en buiten de zorg om nieuwe mogelijkheden op de markt op het gebied van bewegen te vinden.

4	Kennis delen en wetenschap beoefenen
	De fysiotherapeut levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise van zichzelf en anderen, levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek en handelt daarbij volgens de daaraan gekoppelde wet- en regelgeving en draagt bij aan de innovatie om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis te verspreiden.
4.1	De fysiotherapeut bevordert de kennis van de cliënt, zijn naasten en/of andere betrokkenen, collegae en andere betrokken professionals en mantelzorgers.
	De fysiotherapeut: - o ontwerpt strategieën ter bevordering van kennis; - o verzamelt, selecteert en ontwerpt voorlichtings- en instructiemateriaal; - o voert leergesprekken; - o houdt voordrachten voor cliënten, vakgenoten en/of anderen; - o publiceert voor cliënten, vakgenoten en anderen; - o levert bijdragen aan vakinhoudelijke congressen.
4.2	De fysiotherapeut draagt bij aan wetenschappelijk onderzoek.
	De fysiotherapeut: - o signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en onderneemt actie; - o kan praktijkproblemen vertalen in termen van wetenschappelijke onderzoeksvragen; - o participeert onder begeleiding in wetenschappelijk onderzoek; - o verzamelt data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving; - o levert data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving; - o draagt bij aan innovatieprojecten.
4.3	De fysiotherapeut past wetenschappelijke informatie kritisch toe.
	De fysiotherapeut: - o verzamelt gegevens uit (internationale) wetenschappelijk literatuur; - o interpreteert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur; - o past gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur toe in het fysiotherapeutisch hulpverleningsproces volgens principes van Evidence Based Practice; - o hanteert richtlijnen op kritische wijze.
4.4	De fysiotherapeut ontwikkelt en voert een persoonlijk ontwikkelplan uit.
	De fysiotherapeut: - o reflecteert en evalueert aan de hand van eigen verwachtingen kritisch op het eigen handelen binnen het fysiotherapeutische hulpverleningsproces; - o vraagt aan anderen om feedback op het eigen reflectieproces; - o stelt kritische vragen over zijn professioneel handelen, gerelateerd aan door anderen eerder uitgesproken verwachtingen; - o stelt persoonlijke leerdoelen en kiest geschikte leerstrategieën.

5	Maatschappelijk handelen
	De fysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
5.1	De fysiotherapeut herkent determinanten van ziekte en gezondheid.
	De fysiotherapeut: ○ herkent en interpreteert factoren die de gezondheid van cliënten beïnvloeden en betreft deze in zijn fysiotherapeutisch handelen; ○ is alert op risico's op ziekte of aandoeningen bij cliënten die zich hiervan niet bewust zijn (case-finding).
5.2	De fysiotherapeut bevordert de gezondheid van cliënten alsmede de volksgezondheid.
	De fysiotherapeut: ○ neemt deel aan het maatschappelijk debat over gezondheid, hulpbehoefte, gezondheidszorg en fysiotherapeutische hulpverlening vanuit meerdere perspectieven; ○ draagt zorg voor een goede toegankelijkheid van de zorg en heeft daarbij oog voor het kosteneffect; ○ draagt bij aan innovaties binnen de gezondheidszorg.
5.3	De fysiotherapeut handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode.
	De fysiotherapeut: ○ handelt met inachtneming van waarden en normen voortkomend uit beroepsregels, het publieke domein en de geldende wet- en regelgeving; ○ handelt vanuit zijn juridische positie en vanuit de juridische positie van cliënten, waarin het beroepsgeheim ligt besloten.
5.4	De fysiotherapeut treedt op bij negatieve effecten van hulpverlening en incidenten in de gezondheidszorg.
	De fysiotherapeut: ○ onderkent eigen fouten, corrigeert en voorkomt herhaling; ○ is alert, registreert en reageert adequaat op klachten; ○ informeert de cliënt over klachtenprocedures en daarvoor geldende instanties; ○ is alert op, herkent en meldt incidenten, fouten en misstanden in de gezondheidszorg op de juiste wijze volgens het geldende wettelijke kader (Inspectie voor de gezondheidszorg); ○ is alert op en herkent aanwijzingen voor mishandeling en doet op de juiste wijze een melding volgens het geldende wettelijke kader.

6	Organiseren
	Om als fysiotherapeut doeltreffend en doelmatig te functioneren, spant hij zich in voor een goede organisatie. Als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook als die van anderen. Hij organiseert het werk zodanig dat er een balans is tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de organisatie.
6.1	De fysiotherapeut plant en organiseert zijn eigen werkzaamheden, in overleg met de collega's binnen dezelfde organisatie.
	De fysiotherapeut: ○ plant, organiseert en regisseert zijn hulpverleningsproces in termen van: • aanwezigheid en beschikbaarheid; • uitvoerbaarheid en geschiktheid; • doeltreffendheid en doelmatigheid; • geheimhouding en vertrouwelijkheid; • kostenbeheersing; • legitimiteit en legaliteit; • bedrijfsvoering; ○ zet middelen en medewerkers op efficiënte en doelmatige wijze in; ○ formuleert realistische verwachtingen voor zichzelf om te komen tot een evenwichtige levensstijl; ○ onderhoudt en verbetert zijn eigen deskundigheid.
6.2	De fysiotherapeut werkt doeltreffend en doelmatig samen in interprofessionele netwerken.
	De fysiotherapeut: ○ plant, organiseert en regisseert zijn eigen werk binnen een interprofessioneel netwerk in termen van: • aanwezigheid en beschikbaarheid; • uitvoerbaarheid en geschiktheid; • effectiviteit en doelmatigheid; • geheimhouding en vertrouwelijkheid; • kostenbeheersing; • legitimiteit en legaliteit; • bedrijfsvoering en praktijkmanagement; ○ bewaakt en innoveert deskundigheid binnen het interprofessioneel netwerk.
6.3	De fysiotherapeut werkt doeltreffend en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie
	De fysiotherapeut: ○ neemt actief deel of geeft leiding aan een (multidisciplinair) team en past daarbij organisatie- en managementprincipes doelgericht toe; ○ houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg; ○ past principes van efficiënt vergaderen toe; ○ draagt bij aan het kwaliteitsbeleid van de organisatie; ○ geeft gevraagd of ongevraagd advies aan het managementteam; ○ is actief betrokken bij het ontwikkelen van het inhoudelijke beleid.

7	Professioneel handelen
	De fysiotherapeut levert hoogstaande cliëntzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.
7.1	De fysiotherapeut toont zich in de relatie met de cliënt een professionele hulpverlener.
	De fysiotherapeut: - o toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol; - o handelt methodisch, expliciet en doelmatig; - o registreert en verzorgt verslaglegging; - o respecteert de grenzen van zijn beroepsdomein, - o draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar.
7.2	De fysiotherapeut toont zich binnen interprofessionele relaties een professionele hulpverlener.
	De fysiotherapeut: - o toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol; - o handelt methodisch, expliciet en doelmatig; - o registreert en verzorgt verslaglegging; - o draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar.
7.3	De fysiotherapeut toont adequaat professioneel gedrag.
	De fysiotherapeut: - o toont morele gevoeligheid; - o fundeert en legitimeert zijn morele afwegingen; - o vraagt anderen om kritische toetsing van zijn morele afwegingen; - o stelt zich bij het gepresenteerde gezondheidsprobleem de vraag wat hier 'goed doen' is en relateert zijn antwoord aan belangen van de cliënt, zijn eigen belangen, de belangen van bij de cliënt betrokken anderen en maatschappelijke belangen; - o draagt en toont verantwoordelijkheid voor morele afwegingen.
7.4	De fysiotherapeut oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.
	De fysiotherapeut: - o houdt zich aan de juridische, ethische en medische gedragsregels; - o herkent ethische dilemma's; - o herkent en reageert op onprofessioneel gedrag.

Nawoord

Met dit beroepsprofiel is het domein voor het vakmatig handelen voldoende afgegrensd. De consequenties voor het formuleren van het curriculum van de onderwijsinstituten zijn uit de beschrijving van de competenties en de specificaties in indicatoren goed af te leiden. De gezondheidszorg is echter een afspiegeling van de maatschappelijke status quo. De behoefte aan fysiotherapie fluctueert en wordt mede bepaald door de gevolgen die het maatschappelijk debat heeft voor de gezondheidszorg. Het beroepsprofiel kan in de vertaling van de uitkomsten van dat debat een rol spelen. Om die reden moet het beroepsprofiel een levend document zijn. Dit vraagt om een kortere doorlooptijd. Alleen dan kan er adequaat op de relevante veranderingen in de zorg worden gereageerd. Er zal, in overleg met de beroepsinhoudelijke verenigingen en het onderwijsveld, gezocht worden naar een werkwijze om het beroepsprofiel structureel te toetsen aan de ontwikkelingen.

Als beroepsorganisatie heeft het KNGF een maatschappelijke verantwoordelijkheid. We willen transparant zijn over de zorg die onze leden te bieden hebben en we willen als consequentie daarvan ook verantwoording dragen voor de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen. Daarbij is het beroepsprofiel een belangrijk hulpmiddel, zodat zowel fysiotherapeuten als cliënten weten waar zij aan toe zijn.

Henri Kiers

Bestuurslid Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Kwaliteit, Onderwijs, Wetenschap en Beroepsinhoud

december 2013

Colofon Projectleden Beroepsprofielen KNGF en CSV

Opdrachtgevers

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

College Specialisten Verenigingen (CSV)

Projectleiding

drs. J. Hoekstra, extern projectleider HO-Extra

drs. R. K. Vaartjes, coördinator project, KNGF

Stuurgroep beroepsprofiel

M.A.I. Lubbers, voorzitter College Specialisten Verenigingen(CSV), voorzitter Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)

dr. J. van der Net, bestuurslid CSV, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVKF)

drs. H. Kiers, bestuur Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

C.W.L. van den Bos, MSPT, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pre- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB)

dr. A.L. Pool- Goudzwaard, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT)

drs. L.A. Tissink, voorzitter Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL)

Werkgroep fysiotherapie

Auteurs beroepsprofiel

dr. M.A. Schmitt, persoonlijke titel, auteur

L.H.A. Hagens, persoonlijke titel, auteur

drs. C.D.L. de Vries, persoonlijke titel, auteur

drs. H. Kiers, bestuur KNGF

H.J. Kleinveld, MA Zorgethiek en beleid, auteur paragraaf 1.5, lid commissie Ethiek van het KNGF

Mr. A. Kroes, auteur van de paragraaf 1.6, KNGF

overige (adviserende) werkgroepleden

drs. P.Z.R. den Heijer, persoonlijke titel

C.J.N.M. de Jong, namens de commissie Ethiek van het KNGF tot 01-04-2012

R.M. van Eck, Studie Richting Overleg Fysiotherapie (SROF)

B. Smit, persoonlijke titel

Projectgroep

dr. M.A. Schmitt, persoonlijke titel

L.H.A. Hagens, persoonlijke titel

drs. J.H. Berndt, Studie Richting Overleg Fysiotherapie (SROF)

R.A.H.M. Maas, MBA, Dutch Educational Masters Physiotherapy (DEMP) tot 01-10-2012

B. Stegwee, Dutch Educational Masters Physiotherapy (DEMP)

dr. J.S.V. Hobbelen, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)

H.J.H. Gijsbers, MPT, Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL)

W.J.M. Stevens, MRes, Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVKF), tot 01-09-2012

dr. J.A.A.M. Overvelde, Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVKF), vanaf 01-09-2012

dr. A. van der Salm, Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT)

H.F.A. Moosdorff-Steinhausser, MSc, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pre- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB)

Hoogleraren advies

prof. dr. N.L.U. van Meeteren, persoonlijke titel

prof. dr. G. Kwakkel, persoonlijke titel

prof. dr. R.H.H. Engelbert, persoonlijke titel

Redactie

drs. J. Hoekstra, HO-Extra

drs. R.K. Vaartjes, KNGF

M.R. Kruyswijk, PT (niet praktiserend), Tertius - Redactie en organisatie



Postadres

Postbus 248
3800 AE Amersfoort

Bezoekadres

Stadsring 159 b
3817 BA Amersfoort

T 033 4672900
E info@kngf.nl

W www.fysionet.nl
W www.fysionetwerken.nl
W www.defysiotherapeut.com

©2014 KNGF de Fysiotherapeut

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk of kopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie te Amersfoort (NL).