

Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland



Deskundig
Dienstverlenend
Verbindend

3

Everything you always wanted to know about Fysiotherapy, but were afraid to ask...

6

FysioFacts

Over de rol van fysiotherapie in het zorglandschap en de rol van de fysiotherapeut als behandelaar

12

Position Paper Fysiotherapie

16

Kwaliteitsstandaarden in de Fysiotherapie

18

Vertrouwen in Beweging

Een visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut

36

Bewegen naar de toekomst

Uitvoeringsplan visie 2025

45

Juiste Zorg op de Juiste Plek

Zorgverplaatsing naar de paramedische sector; lokale kansen verzilveren op nationaal niveau

49

De Landelijke Database Fysiotherapie

Dé bron voor kwaliteitsinformatie over fysiotherapie en voor fysiotherapeuten

51

Landkaart Kennisinstituten Fysiotherapie

52

Factsheets

Bevorderen van fitheid bij kanker / Claudicatio intermittens / COPD / Heup- en knieartrose / Osteoporose / Reumatoïde artritis / (subacromiale) Schouderpijn



Everything you always wanted to know about Fysiotherapy, but were afraid to ask...

In het landelijk Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) staan ruim 27.000 actieve fysiotherapeuten geregistreerd. Zij zijn HBO + en steeds vaker academisch opgeleid en scholen zich regelmatig bij. Samen zien zij 3,3 miljoen patiënten die per klacht of aandoening gemiddeld 10 op wetenschappelijke richtlijnen gebaseerde behandelingen krijgen. Zij waarderen hun behandelaar met een 8,2. Geen wonder. In meer dan 90% van de gevallen wordt het behandeldoel gehaald.

De fysiotherapie is een erkende en niet weg te denken zorgdiscipline, die met gerichte en bewezen effectieve behandelingen patiënten (weer) optimaal laten functioneren. Na een klacht, na een operatie, of bij specifieke en soms complexe combinaties van aandoeningen. Daarmee dragen ze steeds meer bij aan het voorkomen van dure tweedelijns zorg en arbeidsuitval. Ondanks dat hebben fysiotherapeuten een uitzonderlijke positie in het zorgstelsel. Slechts 1/3 van hun werk wordt gedekt vanuit de Basisverzekering. Het overige wordt gefinancierd vanuit de Aanvullende verzekering en het feit dat deze steeds duurder wordt, maakt dat fysiotherapie voor een groeiend deel van de bevolking minder bereikbaar wordt. Dat, terwijl fysiotherapie beslag legt op slechts 1,5% van de totale zorguitgaven in Nederland. Een patiënt die bijvoorbeeld een behandeling krijgt om een meniscusoperatie te voorkomen, kost de samenleving gemiddeld slechts 390 euro...

In deze map hebben we de meest relevante informatie over fysiotherapie verzameld voor eenieder die functioneel of vakmatig bij de zorg betrokken is. Het is veel, reden waarom we de documenten in deze map hieronder kort samenvatten.

Feiten en cijfers

Een bondig overzicht van gegevens over de beroepsgroep, hun patiënten en hun positie in vogelvlucht. De loutere feiten, verzameld uit erkende en officiële bronnen en eigen onderzoek.

Position paper Fysiotherapie

De definitie van fysiotherapie en wat daaronder valt, het klinisch redeneren, waar fysiotherapie voor staat, het wetenschappelijk fundament en de kwaliteit van deze zorgdiscipline. Dit position paper maakt duidelijk wat de fysiotherapeut doet en op basis waarvan.

De toekomst: 'Vertrouwen in Beweging'

Fysiotherapie en fysiotherapeuten ontwikkelen voortdurend. Ze gaan mee in de veranderingen in de samenleving, zorg en de behoeften van hun patiënten. Om dat proces zodanig richting te geven dat de positie van fysiotherapie ook in de toekomst gewaarborgd is, hebben we samen met de beroepsgroep en externe deskundigen het visiedocument 'Vertrouwen in Beweging' opgesteld. Het laat zien waar we als beroepsgroep in 2025 willen staan en welke bewegingen we daar gezamenlijk voor gaan maken.

Aan deze visie hebben we het uitvoeringsplan 'Bewegen naar de toekomst' gekoppeld. Dit plan laat zien welke stappen in termen van projecten, acties en beleid we zetten om onze visie werkelijkheid te maken.



De Juiste Zorg op de Juiste Plek

De belangrijkste leidraad voor de fysiotherapie van de toekomst. Zo belangrijk dat we er direct mee aan de slag zijn gegaan. Dat betekent onder andere dat we veel energie steken in het initiëren en ondersteunen van (multidisciplinaire) samenwerkingsverbanden in de regio, waarbij we ook gemeenten, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties betrekken. Deze factsheet laat in één oogopslag zien dat fysiotherapeuten bij uitstek de juiste zorg op de juiste plek leveren, kunnen leveren en gaan leveren.

De kwaliteit van fysiotherapie

Voor het programma Kwaliteit en Transparantie dat voortkomt uit de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg hebben partijen afgesproken om een agenda te maken voor de stroomlijning van richtlijnontwikkeling en de implementatie van opgedane kennis. We hebben daarom geïnventariseerd welke wensen en behoeften er bestaan op het gebied van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Met deze inventarisatie gaan we samen met andere betrokken beroepsgroepen een ontwikkel- en implementatie-agenda maken.

Dit lijvige document geeft inzicht in de stand van zaken rond kwaliteit van fysiotherapie en hoe we de ontwikkeling ervan voor ons zien. Dat de beroepsgroep de eigen kwaliteit serieus neemt blijkt uit de investering die er in de afgelopen jaren mee gemoeid was: 80 miljoen. Louter ledengeld, besteed aan wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen, een gedegen kwaliteitssysteem en het landelijk Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL), dat de kwaliteit van fysiotherapeuten borgt.

De Landelijke Database Fysiotherapie

Om de kwaliteit van fysiotherapie voortdurend te kunnen verbeteren heeft het KNGF de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) ingericht. Deze database bevat inmiddels ruim 4 miljoen fysiotherapeutische behandel episodes, ingevoerd door 2334 praktijken en hun bijna 16.000 fysiotherapeuten. Het aantal deelnemende praktijken en dus het aantal behandel episodes neemt dagelijks toe. Hiermee is een robuuste bron van informatie ontstaan die wordt gebruikt door praktijken om hun eigen prestaties met behulp van een overzichtelijk dashboard te kunnen spiegelen aan de resultaten van collega's. Het KNGF zet deze data in ten behoeve van kwaliteitsborging, beleidsontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek. In deze map treft u een korte pitch over de LDF.

Factsheets aandoeningen

Via hun beroepsvereniging KNGF financiert de beroepsgroep zelf de ontwikkeling van talloze richtlijnen voor de behandelingen van klachten en aandoeningen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast werken we mee aan de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen en extern samengestelde richtlijnen voor de behandeling van aandoeningen waarbij fysiotherapie een rol speelt. Om een beeld te geven van deze inspanningen presenteren we in deze map (slechts) een selectie van factsheets over fysiotherapie bij een aantal aandoeningen.

Wetenschappelijk onderzoek

De beroepsgroep financiert zelf het wetenschappelijk onderzoek dat nodig is om de effectiviteit van fysiotherapeutische behandelingen aan te tonen. Het Wetenschappelijk College Fysiotherapie, bestaande uit een voorzitter en acht leden (professoren, lectoren, de beroepsinhoudelijke verenigingen (BI's) en jonge wetenschappers (early career researchers); allen deskundig op het terrein van houding en bewegen. Zij adviseren het KNGF over wetenschappelijk onderzoek en kennen subsidies toe voor onderzoeken die passen in de onderzoeksagenda van het WCF. Daarnaast investeert het KNGF al bijna 25 jaar in leerstoelen op het gebied van fysiotherapie. Op de landkaart in deze map is te zien welke dat zijn en waar ze zijn ingesteld.



Beloning en belasting

Niets daarover in deze map, maar wel het volgende.

Fysiotherapeuten kampen als sinds meer dan 12 jaar met structureel te lage tarieven (die in die periode niet verhoogd of geïndexeerd zijn) en een hoge administratieve belasting die gemiddeld 7,5 onbetaalde uren per week vergt. Het in 2019 gepubliceerde rapport van Gupta Strategists –dat tot stand kwam op basis van de Bestuurlijke Afspraken– laat zien dat de tarieven in 2018 gemiddeld 12% onder kostprijsniveau lagen. Inmiddels (2020) is dat opgelopen tot 20%, gerekend op basis van de loonstijgingen (zie cao Ziekenhuizen).

Fysiotherapeuten hebben een uitzonderlijke plaats in het zorgstelsel omdat ruim twee derde van hun werk vergoed wordt vanuit de Aanvullende Verzekering. Aangezien de Aanvullende Verzekering in verreweg de meeste gevallen juist wordt afgesloten om de kosten van fysiotherapie te dekken, hebben zorgverzekeraars steeds minder ruimte om dit product kostendekkend te houden.

Het gevolg is dat fysiotherapeuten door zorgverzekeraars onder druk worden gezet om steeds minder te behandelen. Deze race tot de bodem betekent tevens dat er geen ruimte is –zo zeggen zorgverzekeraars– om de tarieven voor fysiotherapie op een kostendekkend niveau te brengen. Dit, tezamen met de steeds duurder wordende en minder dekking biedende polissen, zorgt voor een steeds minder toegankelijke fysiotherapie en zorg mijndend gedrag, hetgeen uiteindelijk nadelig is voor de patiënt.

Het KNGF tracht, overigens zonder enig wettelijk toegestaan drukmiddel tot haar beschikking te hebben, dit tijt te keren in voortdurend gesprek met zorgverzekeraars en hun koepel Zorgverzekeraars Nederland, die die wettelijke mogelijkheden wel hebben. Daarnaast tracht het KNGF via het Zorginstituut en ultimo de politiek, in ieder geval fysiotherapie voor chronische aandoeningen weer terug te krijgen in de Basisverzekering.

Testimonials

Bekijk deze filmpjes van getuigenissen van patiënten. Zij vertellen elk hun eigen spontane verhaal over hun ervaringen met fysiotherapie en hun fysiotherapeut.

defysiotherapeut.com/filmpjes/het-verhaal-van-jan

defysiotherapeut.com/filmpjes/hoe-eva-dankzij-fysiotherapie-regie-kreeg-over-haar-lage-rugklachten

defysiotherapeut.com/filmpjes/hoe-karin-11-jaar-op-topniveau-blessurevrij-danste-en-wat-wij-daarvan-kunnen-leren

defysiotherapeut.com/filmpjes/martijn-dacht-even-nooit-meer-te-kunnen-surfen-even

defysiotherapeut.com/filmpjes/peter_van_kempen

defysiotherapeut.com/blog/de-rol-van-fysiotherapie-bij-revalidatie-na-corona-het-lijf-maakt-veel-door-in-een-korte-periode

En, kijk op www.defysiotherapeut.com om te zien hoe de fysiotherapeuten van Nederland patiënten informeren over hun vak en de aandoeningen die zij behandelen

Wij zijn KNGF. De fysiotherapeuten van Nederland

Wij hopen dat deze map bijdraagt aan de kennis en de juiste beeldvorming over een uiterst belangrijke zorgdiscipline die Nederland in beweging houdt.

[FysioFacts]



FYSIOTHERAPIE IN
HET ZORGLANDSCHAP

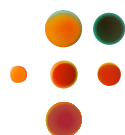


DE FYSIOTHERAPEUT
ALS BEHANDELAAR



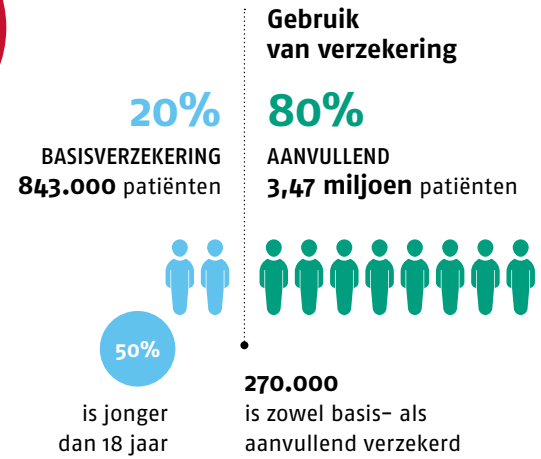
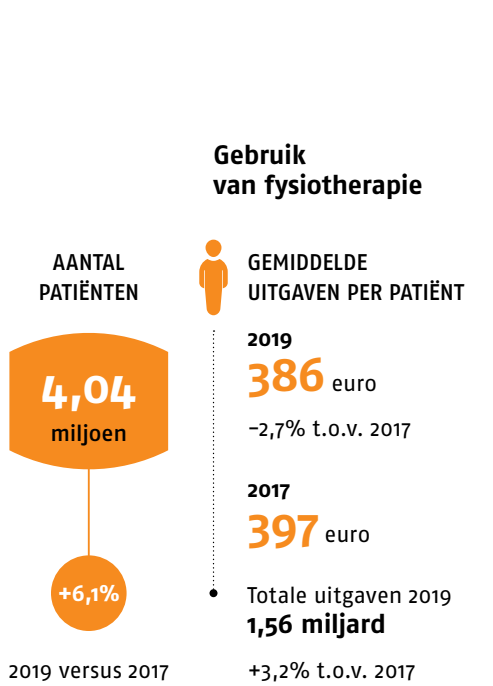
MEER
FYSIOTHERAPIE

FysioFacts is het feitenoverzicht over de fysiotherapie. Met feitelijke informatie over de rol van fysiotherapie in het zorglandschap, de rol van de fysiotherapeut als behandelaar, over praktijken en patiënten. Dit is de tweede editie van FysioFacts. Voor deze editie gebruiken we onder meer data uit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), de data van fysiotherapeuten zelf. In de LDF staan ruim 4,8 miljoen unieke behandel episodes, zo creëren de fysiotherapeuten van Nederland zelf een betrouwbaar beeld van de fysiotherapie. Veel plezier met deze FysioFacts!



**Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie**

De fysiotherapeuten van Nederland



Aandeel fysiotherapie in zorguitgaven Nederland

TOTALE ZORGUITGAVEN

106,2 miljard

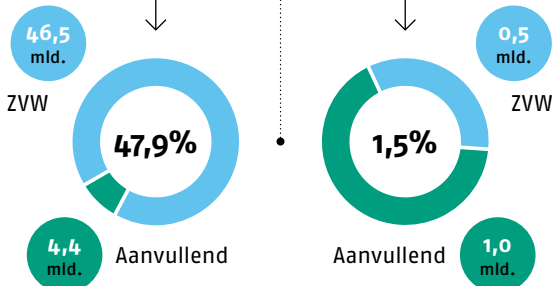
ZORGUITGAVEN ZVW EN AANVULLEND

50,8 miljard

1,6 miljard

TOTAAL

FYSIOTHERAPIE



Aantal gedeclareerde behandelingen fysiotherapie per patiënt*

BASISVERZEKERING

AANVULLEND

18,1 p.p.

15,3 miljoen

9,0 p.p.

31,2 miljoen

TOTAAL

TOTAAL

Totaal aantal behandelingen per patiënt:
-5,3% in 2019 t.o.v. 2017
-15,3% in 2019 t.o.v. 2014

* Het aantal behandelingen per indicatie per patiënt ligt lager

CONCLUSIE

Een klein onderdeel van de uitgaven

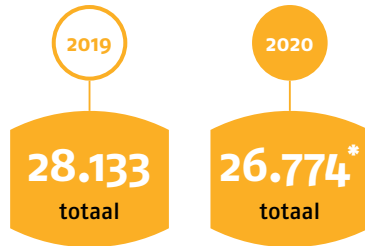
Van de totale Nederlandse zorguitgaven wordt 1,5% besteed aan fysiotherapie, waarvan 0,5% loopt via de basisverzekering en 1% via de aanvullende verzekering. Dit is een laag percentage van de totale zorguitgaven, terwijl het aantal patiënten dat gebruik maakt van fysiotherapie inmiddels boven de 4 miljoen is gestegen. Dit aantal groeit harder dan de uitgaven. Het gemiddeld aantal behandelingen neemt per patiënt af, net als de gemiddelde kosten.

Aantal BIG-registraties per beroepsgroep*

	2019	2020
Tandartsen	11.212	11.564
Fysiotherapeuten	34.424	35.065
Artsen	71.390	72.834
Verpleegkundigen	187.096	194.325
Overige	31.275	32.927
Totaal	335.397	346.715

* Niet alle BIG-geregistreerden zijn daadwerkelijk werkzaam als zodanig

Aantal KRF NL geregistreerde fysiotherapeuten



* 2020 is een herregistratiejaar

Leeftijdsopbouw fysiotherapeuten 2020

Leeftijd	Man	Vrouw	TOTAAL	Nederland
< 30	2.152	3.411	23%	34%
30-39	2.521	4.398	29%	12%
40-49	1.480	2.594	17%	13%
50-59	1.809	2.788	19%	15%
60-69	1.424	1.235	11%	12%
70 >	63	22	0%	14%

Leeftijdsopbouw Nederland



Aantal praktijken

Praktijk met één werkzaam persoon

Praktijk met meerdere werkzame personen

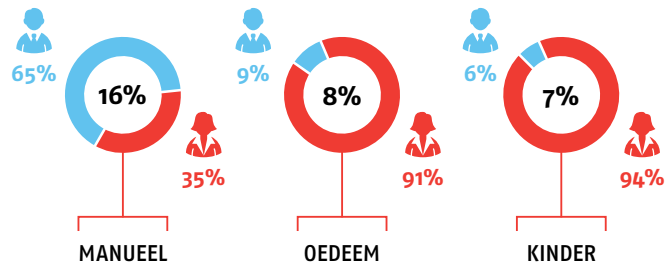


Toename t.o.v. Q3 2019



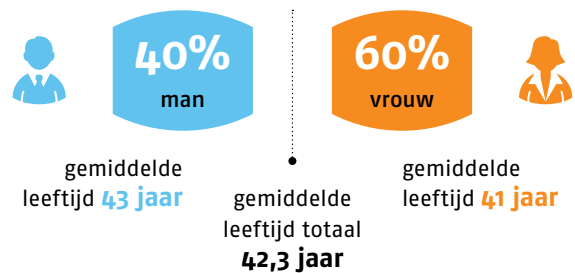
2

Verbijzonderingen met de meeste registraties in KRF NL



4

Geslacht en leeftijd



CONCLUSIE

4

De fysiotherapeuten van Nederland

Fysiotherapeuten vormen een substantiële groep zorgverleners in Nederland. Het aantal praktijken neemt licht toe, in de pas met de toegenomen vraag naar fysiotherapie. Kenmerkend zijn de verbijzonderingen: fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn in een aandoening, behandeling of een specifieke groep patiënten.



Aantal patiëntbezoeken en aandoening

11 patiënten per dag per fysiotherapeut, waarvan:



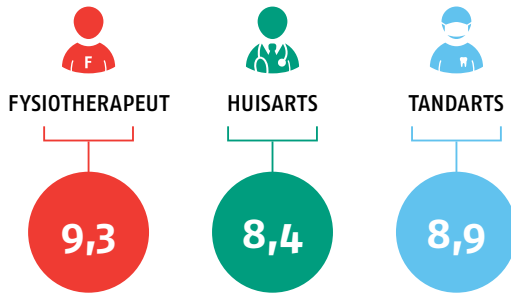
34%
CHRONISCH

66%
NIET-CHRONISCH

33% komt met een verwijzing waarvan **70%** via de huisarts

67% van de mensen komt via Directe Toegankelijkheid bij de fysiotherapeut

Klantwaardering



VERBIJZONDERING

- **9,3** Manueel therapeut
- **9,4** Kinderfysiotherapeut
- **9,2** Oedeemfysiotherapeut



Leeftijd patiënten

Leeftijdsgroep	Man	Vrouw
< 30	19%	35%
30-39	12%	12%
40-49	14%	13%
50-59	18%	15%
60-69	16%	12%
70 >	19%	13%



40%

man



60%

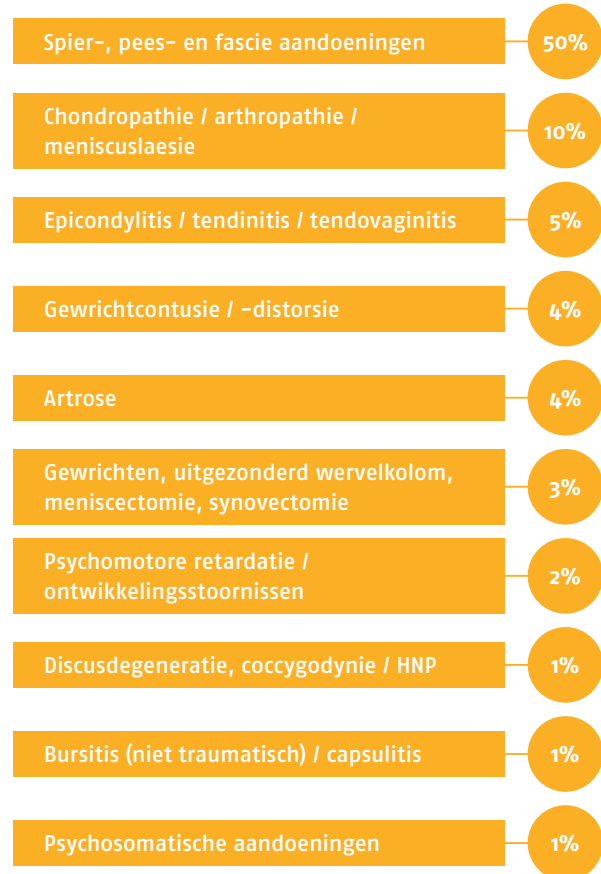
vrouw

gemiddelde leeftijd
50,4 jaar

1 7

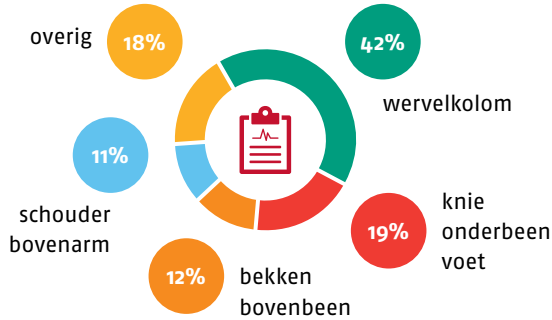
Meest voorkomende aandoeningen

o.b.v. aantal patiënten (alle locaties bij elkaar opgeteld)



7

Meest voorkomende locaties van de aandoening o.b.v. aantal patiënten (alle aandoeningen bij elkaar opgeteld)



Behandelepisodes met recidivering

	2017	2019
Recidivering	15,8%	40,6%
Geen recidivering	84,2%	59,4%

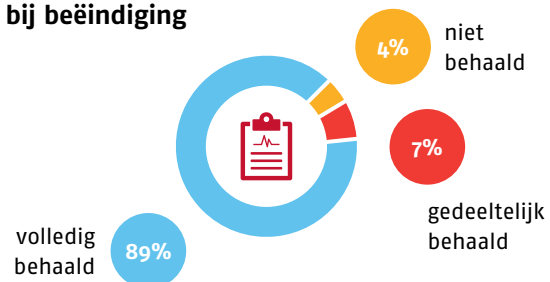
7

Reden behandeling beëindigd

1	Afgerond	80,4%
2	Gestaakt door patiënt	11,4%
3	Gestaakt door paramedicus	2,8%
4	Enmalige zitting	2,7%
5	Maximaal aantal vergoede zittingen bereikt	0,2%
6	Gestaakt door verwijzer	0,2%
7	Overig	2,3%

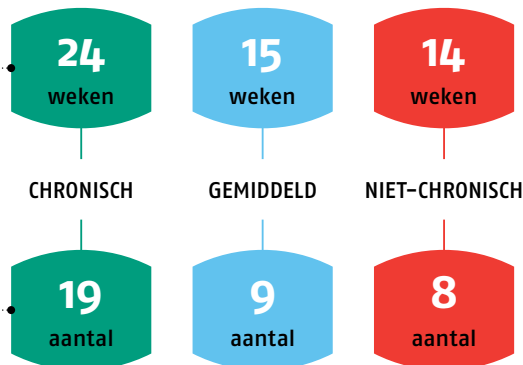
5

Behandeldoelen behaald bij beëindiging



7

Gemiddelde behandelduur in weken

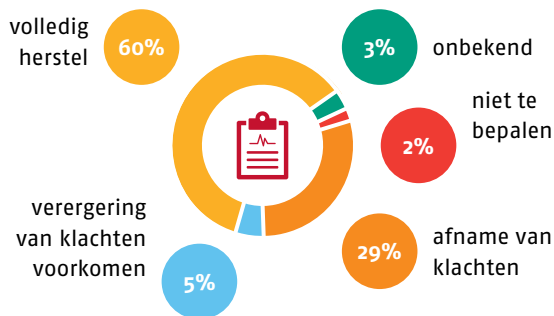


Gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt per jaar*

* Het aantal verrichtingen per indicatie per patiënt ligt lager

7

Prognose herstel



7

CONCLUSIE

Patiënten die gebruik maken van fysiotherapie

34% van de patiënten die een fysiotherapeut bezoekt heeft klachten die te maken hebben met een chronische indicatie of ziekte. Deze groep mensen maakt het langst gebruik van fysiotherapie: gemiddeld 24 weken per jaar.

7

Visie fysiotherapie 2025

De KNGF visie '**Vertrouwen in beweging**' geeft richting aan de fysiotherapie en de rol van de fysiotherapeut, zodat de fysiotherapeut ook in de toekomst zorgvragers zo goed mogelijk kan ondersteunen bij het bewegend functioneren.

Dit betekent voor 2025:

- 1 De fysiotherapie speelt een belangrijke rol in de antwoorden op de ontwikkelingen in de zorgvraag.
- 2 De fysiotherapie werkt actief aan gezondheidsbevordering.
- 3 Clustering van specialisaties zorgt voor een heldere positionering tegenover zorgvragers, zorgveld, onderwijs en onderzoek.
- 4 De bijdrage van fysiotherapie aan bewegend functioneren om te kunnen participeren is zichtbaar en toetsbaar.
- 5 De fysiotherapie is initiërend en verbindend in de optimalisatie van samenwerking.
- 6 De fysiotherapeut is wendbaar binnen het snel veranderend zorglandschap en ontwikkelt en ontplooit zich continu.

Het KNGF werkt op basis van het [uitvoeringsplan](#) gericht op het realiseren van de visie fysiotherapie 2025.



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland

FysioFacts is een uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en heeft als doel zoveel mogelijk kerngegevens van de branche inzichtelijk te maken voor haar achterban en andere stakeholders.



Data en kennis vanuit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF)

In de **Landelijke Database Fysiotherapie (LDF)** worden gegevens verzameld vanuit de elektronische patiëntendossiers van fysiotherapeuten. Praktijken leveren hiervoor maandelijks hun data aan. De LDF is er sinds 2013, op initiatief van het KNGF. Vanuit de wetenschap dat data belangrijk is en steeds belangrijker wordt. Inmiddels bevat de database ruim 4,8 miljoen unieke behandel episodes van 16.700 fysiotherapeuten, aangeleverd door ruim 2.400 fysiotherapiepraktijken.

De informatie uit de LDF:

- 1 Geeft inzicht in behandelresultaten
- 2 Is een basis voor wetenschappelijk onderzoek
- 3 Draagt bij aan belangenbehartiging en de positionering

Via het LDF-dashboard kunnen fysiotherapeuten hun aangeleverde data zelf gebruiken om inzichten op te doen over bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie, dossiervoering en behandelresultaten, én om te vergelijken met verschillende landelijke en regionale benchmarks. Geïnteresseerd? Kijk alvast rond in het [LDF-dashboard](#).



In een volgende versie van de FysioFacts hopen wij ook meer inzicht te geven op basis van de Landelijke Database Kwaliteit (LDK)



Position Paper Fysiotherapie

Fysiotherapeutische zorg is zinnige en zuinige zorg die aantoonbaar bijdraagt aan het optimaal kunnen functioneren van mensen van jong tot oud (conform WHO's ICF*). Daarom dient deze zorg onderdeel te zijn van het basispakket, met vrijstelling van eigen risico, zodat fysiotherapie toegankelijk is voor mensen die deze zorg nodig hebben. Door fysiotherapie beter toegankelijk te maken, kunnen veel hogere kosten in de tweede lijn bespaard worden.

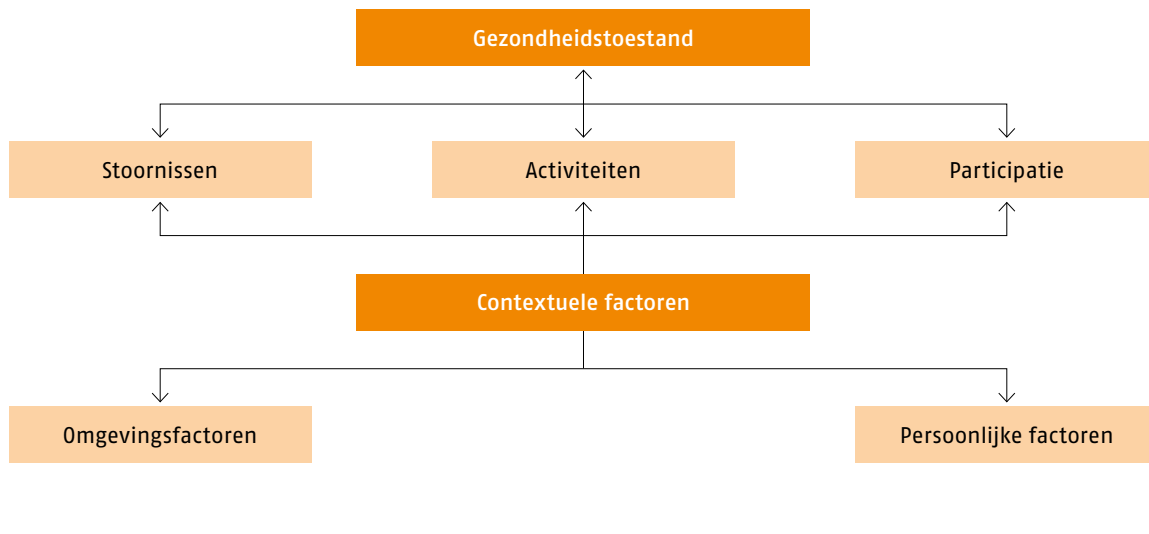
Wat is fysiotherapie?

De kern van het vak fysiotherapie is het optimaliseren van het bewegend functioneren van mensen. De fysiotherapeutische behandeling richt zich doorgaans niet zozeer op de aandoening als wel op de gevolgen van die aandoening voor het functioneren. Fysiotherapeutische interventies worden ingezet als het bewegend functioneren van mensen wordt verstoord of bedreigd. Deze interventies zijn gericht op het verbeteren en stimuleren van het vermogen tot herstel en aanpassing (conform WHO's ICF). De fysiotherapeut analyseert de hulpvraag van de patiënt en diens specifieke context, combineert dit met de overige informatie uit anamnese en onderzoek en komt op basis van evidentie en klinische ervaring tot de conclusie of er voor de betreffende patiënt een indicatie voor fysiotherapie bestaat.

Dit proces van klinisch redeneren en besluitvorming vindt in principe tijdens ieder contact met de patiënt opnieuw plaats. Vanuit een biopsychosociaal gezondheidsmodel analyseert de fysiotherapeut de aanwezige stoornissen, de beperkingen in activiteiten en de belemmeringen in het optimaal kunnen participeren van de patiënt in diens context. Hierbij ligt de nadruk op eigen regie en zelfmanagement van de patiënt.



De praktijk van het klinisch redeneren, het ICF model



Evidence-Based Practice



Zorg op maat, patiëntgericht, integraal en doelmatig

Fysiotherapie staat voor integrale en doelmatige, patiëntgerichte zorg. Zowel een patiënt met een acute aandoening als een patiënt met een chronische aandoening heeft behoefte aan een op zijn/haar specifieke situatie afgestemde behandeling. Zeker als er sprake is van co- of multimorbiditeit is zorg op maat cruciaal. De fysiotherapeut behandelt meestal niet primair de aandoening. Immers: een fysiotherapeut kan een beroerte niet wegnemen en een dwarslaesie niet repareren. Een indicatie voor fysiotherapeutische zorg wordt dan ook niet zozeer (alleen) bepaald door de diagnose, als wel door de gevolgen die de aandoening heeft voor het functioneren van iemand in diens specifieke context en de hulpvraag die daaruit voortvloeit. Om de hulpvraag van de patiënt adequaat te kunnen beantwoorden, zijn er naast de algemene fysiotherapie 13 vormen van verbijzonderde fysiotherapie ontstaan. Deze zijn georganiseerd in Beroepsinhoudelijke verenigingen gelieerd aan het KNGF (zoals Manuele therapie en Kinderfysiotherapie).



Wetenschappelijk fundament

De beroepspraktijk en het onderliggende wetenschappelijk onderzoek is gebaseerd op bèta- en gammawetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn kinesiologie, (patho)fysiologie, psychologie en sociologie, maar ook de bewegings- en gezondheidswetenschappen, geneeskunde en psychoneuro-immunologie. De problemen op het gebied van fysiek functioneren van het individu worden benaderd vanuit het biopsychosociale model. Dit wetenschappelijke model neemt de ontbrekende dimensies in het biomedische model mee. Het vak fysiotherapie heeft een stevige wetenschappelijke basis ontwikkeld, mede door de investering van het KNGF in wetenschapsbeleid. Het Wetenschappelijke College Fysiotherapie (WCF) van het KNGF stimuleert en initieert wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie. Het College heeft in 2017 in opdracht van het KNGF de Onderzoeksagenda Fysiotherapie 'Kennis van Waarde' opgesteld. Naast de investering in onderzoek via het WCF, investeert het KNGF ook al geruime tijd in leerstoelen. Na een start met een profileringsleerstoel in 1991 kent de fysiotherapie inmiddels 22 hoogleraren en 23 lectoren die initieel opgeleid zijn tot fysiotherapeut én die primair onderzoek doen in het fysiotherapeutisch vakgebied. Daarnaast is er binnen het netwerk een schil van hoogleraren uit aanpalende disciplines waar veel onderzoek gedaan wordt binnen het vakgebied fysiotherapie. Binnen dit netwerk zijn ruim 600 wetenschappelijk geschoolde fysiotherapeuten actief.

Kwaliteit van zorg

Zorg moet veilig, tijdig, efficiënt, effectief, toegankelijk en patiëntgericht zijn. Het fysiotherapeutisch handelen is gebaseerd op 175 wetenschappelijk onderbouwde Nederlandse richtlijnen. Het KNGF heeft 16 richtlijnen in eigen beheer. Daarnaast is het KNGF betrokken bij 160 richtlijnen die door andere partijen worden geïnitieerd. Hiervan zijn ruim 80 richtlijnen reeds opgeleverd en zijn bijna 80 richtlijnen in ontwikkeling. De richtlijnen worden ontwikkeld en actief geïmplementeerd in het werkveld middels diverse activiteiten (van onderwijs tot praktische tools). De afgelopen jaren heeft het KNGF extra geïnvesteerd in de implementatie van richtlijnen. Voor nieuwe richtlijnen worden standaard e-learning modules ontwikkeld. In 2020 voerde het KNGF het nieuwe Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) in. Hierbij wordt nog meer de nadruk gelegd op de implementatie van richtlijnen.

Trends

Door een toename van medische kennis en technologische mogelijkheden blijven mensen langer leven, terwijl tegelijkertijd de complexiteit van zorg toeneemt.

- Het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen neemt toe.
- Mensen moeten tot hogere leeftijd kunnen deelnemen aan het arbeidsproces.
- Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.
- Mensen willen zorg dichtbij en op maat.

Voor een toenemend aantal mensen is een goede toegankelijkheid van fysiotherapie belangrijk om optimaal te kunnen functioneren (conform WHO's ICF*).



Feiten

- Patiënten kennen fysiotherapie een hoge tevredenheidsscore toe (top 2 van Nederland).
- De beroepsgroep fysiotherapie is eind jaren negentig gestart met de ontwikkeling van beroepsinhoudelijke Richtlijnen (eerste richtlijnen opgeleverd in 1998) en was daarmee de eerste artikel 3 BIG-geregistreerde beroepsgroep die investeerde in professionele standaarden.
- De beroepsgroep fysiotherapie heeft in 2000 het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie geïntroduceerd. Daarmee werden bij- en nascholingen (i.h.k.v. Continuous Professional Development (CPD)) en toepassing van Richtlijnen verplicht. Ook hier was de beroepsgroep de eerste die aanvullende eisen ten aanzien van de beroepsuitoefening stelde.
- De Nederlandse fysiotherapeuten staan internationaal hoog aangeschreven en wereldwijd wordt gebruik gemaakt van de in Nederland ontwikkelde fysiotherapeutische richtlijnen.
- De beroepsgroep investeert (vanuit ledengeld) in wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van beroepsinhoudelijke richtlijnen.

Belemmeringen

- Patiënten moeten fysiotherapie verzekeren via de aanvullende polis of zelf de kosten dragen. Daarbij komt dat de aanvullende verzekering voor velen te duur wordt.
- Patiënten die naar verwachting meer fysiotherapie nodig hebben, kunnen geen adequate aanvullende polis afsluiten; er vindt risicoselectie plaats voor aanvullende verzekeringen met een ruime dekking
- Patiënten zonder aanvullende verzekering zullen eerder voor duurdere zorg uit de basisverzekering kiezen omdat ze fysiotherapie zelf moeten betalen. Mogelijkheden voor substitutie van zorg blijven zo onbenut.
- Het verlenen van integrale ketenzorg/multidisciplinair werken wordt bemoeilijkt door gebrek aan uniformiteit bij patiënten in aanspraken.
- Het huidige coderingssysteem werkt belemmerend in het streven naar een op functie en participatie gerichte begeleiding en behandeling, waarin sprake is van zorg op maat.

*) conform International Classification of Functioning, Disability and Health van de World Health Organization



Kwaliteitsstandaarden in de Fysiotherapie

Historie

- 1994:** De eerste methodologie voor de ontwikkeling van richtlijnen is opgeleverd door het KNGF. Deze methodologie is in een pilot getest, met de ontwikkeling van drie richtlijnen: verstuipte enkel, stress urine incontinentie en COPD.
- 1998:** Na succesvolle afronding van de pilot is de ontwikkeling van richtlijnen verder opgepakt. Tussen 1994 en 2007 publiceert het KNGF in totaal 18 richtlijnen
- 2007:** Het KNGF past haar methodiek aan op basis van ontwikkelingen in het veld van richtlijnontwikkeling. Deze zijn met name ingegeven door de veranderende internationale standaard vanuit de Guidelines International Network (GIN) en de ontwikkeling van het AGREE-instrument. De focus kwam te liggen op de herziening van bestaande richtlijnen en op de ontwikkeling van andere kwaliteitsstandaarden dan richtlijnen.
- 2015:** Opnieuw wordt de methodiek voor de ontwikkeling aangescherpt, met name op basis van nieuwe nationale standaarden (de AQUA leidraad).

Methodieken

Voor de ontwikkeling van richtlijnen hanteert het KNGF de KNGF-Richtlijnenmethodiek. Deze methodiek is gebaseerd op de AQUA Leidraad (voorheen Richtlijn voor Richtlijnen) en internationale standaarden van onder andere het GIN. Het KNGF ontwikkelt haar richtlijnen altijd in samenwerking met andere beroepsgroepen, patiënten en zorgverzekeraars. Hiermee is het KNGF koploper in de richtlijnontwikkeling binnen de Nederlands Paramedische zorg en tevens binnen de internationale fysiotherapie.



KNGF-richtlijnen richten zich primair op knelpunten die door fysiotherapeuten in de praktijk ervaren worden. In richtlijnen krijgen fysiotherapeuten middels aanbevelingen praktische handvatten om patiëntgericht klinische beslissingen te maken. Deze aanbevelingen zorgen niet alleen voor ondersteuning van fysiotherapeuten, maar tevens voor een afname in ongewenste praktijkvariatie en een toename van kwaliteit van zorg.

Producten:

- Richtlijnen (18)
- Standaard Beweginginterventies (9)
- Evidence statements (6)
- Factsheets (7)

Betrokkenheid bij kwaliteitsstandaarden van externen zoals:

- Federatie voor Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
 - Opgeleverde kwaliteitsstandaarden (82)
 - Kwaliteitsstandaarden in ontwikkeling (78)

Implementatie

Naast ontwikkeling van richtlijnen draagt het KNGF ook zorg voor de implementatie hiervan. De volgende activiteiten worden uitgevoerd na iedere publicatie van een nieuwe KNGF-richtlijn:

- Ontwikkeling van fysieke scholing
- Ontwikkeling van een e-learning
- Ontwikkeling patiëntinformatie
- Publicatie artikelen in fysiotherapie tijdschriften en tijdschriften van relevante beroepsgroepen
- Presentaties op congressen en symposia

Daarnaast richt het KNGF zich op het oplossen van specifieke knelpunten die het gebruik van de richtlijn belemmeren. Zo streeft het KNGF onder andere naar maximale aansluiting met richtlijnen van andere beroepsgroepen. Ook de toepassing van externe richtlijnen onder fysiotherapeuten is een aandachtspunt, waarbij het KNGF implementatie middels communicatie en eventuele productontwikkeling ondersteunt.



Vertrouwen in Beweging

Een visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut

Korte leeswijzer

'Zorgvrager' is in deze visie een overkoepelend woord, waaronder ook 'patiënt', 'cliënt', 'zorggebruiker' of 'burger' verstaan kan worden, met daaromheen zijn naasten en/of familie. Overal waar in dit document 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden en andersom. En als in dit document gesproken wordt over 'de fysiotherapeut' bedoelen wij alle fysiotherapeuten, inclusief verbijzonderingen en beoogde specialisaties, tenzij anders aangegeven. Beschrijvingen van de fysiotherapeut in 2025 zijn niet afhankelijk van op welke plek zij werken (eerste, tweede of derde lijn), tenzij anders aangegeven. Met 'zorgverlener' en 'zorgprofessional' worden alle soorten zorgverleners, zowel informeel als formeel, bedoeld.

Colofon

© November 2018

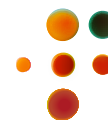
Uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie

Tekst: BeBright, Utrecht

Redactie: Marcia Sanderse KNGF, Amersfoort

Vormgeving en infographics: C10 Ontwerp, Den Haag

Niets uit deze uitgave mag op welke wijze dan ook worden gepubliceerd zonder uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming van de uitgever.



Inhoudsopgave

	Voorwoord	4
	Inleiding	5
1	Fysiotherapie neemt toe in waarde en belang	6
2	De maatschappij verandert, de zorg verandert mee	7
	In 2025...	10
3	De fysiotherapie speelt een belangrijke rol in de antwoorden op de ontwikkelingen in zorgvraag	10
4	De fysiotherapie werkt actief aan gezondheidsbevordering	10
5	Clustering van specialisaties zorgt voor een heldere positionering richting zorgvragers, zorgveld en onderwijs en onderzoek	11
6	De bijdrage van fysiotherapie aan bewegend functioneren om te kunnen participeren is zichtbaar en toetsbaar	12
7	De fysiotherapie is initiërend en verbindend in de optimalisatie van samenwerking	13
8	De fysiotherapie maakt zich sterk voor realisatie en implementatie van innovaties in de praktijk en organisatie	14
9	De fysiotherapie borgt haar kwaliteit door versterking van opleiding en onderzoek	15
10	De fysiotherapie trekt gezamenlijk op in het realiseren van deze ambities	16
	Bronnen en noten	17
	Overige geraadpleegde bronnen	18

Voorwoord

Met groot respect voor de enorme inzet van ruim 200 vakgenoten en andere betrokkenen presenteer ik u de visie 'Toekomst in Beweging'. Het resultaat van een jaar met diepgaande discussies, waarbij pittig op de inhoud en met waardering voor elkaars expertise en ervaring is gewerkt. Met als uitkomst een gedeelde ambitie om verder te bouwen aan het vak fysiotherapie.

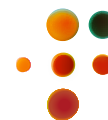
Wanneer bewegen niet meer vanzelfsprekend is, werkt de fysiotherapeut samen met de zorgvrager aan optimaal functioneren. Dit doen zij in een transformerend zorglandschap. Waarbij de (zorg) vraag van burgers verandert, de maatschappelijke opvattingen over gezondheid verschuiven, de wetenschappelijke inzichten zich verder ontwikkelen en de technologische mogelijkheden toenemen. Meer dan ooit is het belangrijk om te zorgen voor een goede (h)erkenning en profilering van het prachtige vak fysiotherapie en de waarde die fysiotherapeuten toevoegen. Voor de individuele zorgvrager in zijn functioneren en voor de maatschappij in de bijdrage die fysiotherapie levert aan het beheersen van de totale zorgkosten.

Fysiotherapeuten werken met hoofd, hart en handen, vanuit een gedegen opleiding. Samen met de zorgvrager en samen met andere spelers in de zorgketen. Dat wat fysiotherapeuten doen is zichtbaar en toetsbaar en gebaseerd op wetenschappelijk kennis en klinische expertise. Fysiotherapeuten zorgen regionaal, lokaal en in de wijk voor de juiste zorg op de juiste plek gebaseerd op nieuwe businessmodellen. Daarbij maken zij in toenemende mate gebruik van data en ondersteuning door technologie.

Deze visie markeert een duidelijk en gedeeld fundament. Een beginpunt van waaruit fysiotherapeuten, samenwerkingspartners en andere betrokkenen verder kunnen praten. De volgende stap is het bepalen van de randvoorwaarden. Gezamenlijk ontwikkelen we een veranderagenda, waarin de concrete stappen staan die nodig zijn om deze visie werkelijkheid te laten worden.

Graag spreek ik grote dank uit naar allen die hebben bijgedragen aan deze visie. Een bewijs van de samenwerkingskracht in deze sector. Het resultaat van een intensief proces, met fysiotherapeuten, patiëntenorganisaties, verwijzers, zorgverzekeraars, opleidings- en onderzoeksinstituten, beleidsmakers en medewerkers en bestuur van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Tenslotte bedank ik ook de medewerkers van BeBright voor de uitstekende wijze waarop zij dit proces begeleid hebben.

Guusje ter Horst, voorzitter KNGF



Inleiding

Aanleiding

Het doel van deze visie is om richting te geven aan de fysiotherapie en de rol van de fysiotherapeut, zodat de fysiotherapeut ook in de toekomst zorgvragers zo goed mogelijk kan ondersteunen bij het bewegend functioneren. Niet alleen de (zorg)vraag van de burgers verandert, maar ook de wetenschappelijke inzichten ten aanzien van de zorg voor gezondheid en in het bijzonder de zorg voor bewegen. Daarnaast is er sprake van snelle veranderingen in het zorglandschap en landelijk en lokaal beleid. Deze veranderingen in de context en de mogelijkheden van de fysiotherapie, fysiotherapeut en fysiotherapiepraktijk vragen om een heldere visie op de toekomst.

Juist binnen een veranderende maatschappij is het van belang verschillende (externe) beelden mee te nemen bij de totstandkoming van een toekomstvisie. Op basis van een collectieve ambitie kunnen we de juiste stappen richting de toekomst zetten. Gezamenlijk met KNGF-leden, patiënten(organisaties), verwijzers, zorgverzekeraars, opleidings- en onderzoeksinstituten, beleidsmakers, bestuur en organisatie heeft het KNGF gewerkt aan dit visie document.

Ambitie en doelstellingen

De ambitie van het KNGF en haar leden is om richting te geven aan de fysiotherapie en de rol van de fysiotherapeut op een manier die leidt tot:

- Optimale positionering van de fysiotherapie en de fysiotherapeut binnen het domein bewegend functioneren, door een toekomstbestendige en verbindende visie op de beroepskolom en beroepsprofielen.
- Actieve betrokkenheid van KNGF-leden, bestuur en organisatie, zorgvragers, verwijzers, verzekeraars, opleidingsinstituten, wetenschappers en beleidsmakers bij het tot stand komen en realiseren van de visie en veranderagenda.
- Versterking van gedeelde waarden en een collectieve ambitie ten behoeve van een gedragen toekomstbeeld.
- Vormgeving van een veranderagenda die de komende jaren leidt tot een waardevolle bijdrage aan gezondheid en welzijn door de kwaliteit, positie, imago en identiteit van de fysiotherapeut in het zorglandschap te versterken.



Wij zijn samenwerkende fysiotherapeuten
met elkaar en met andere zorgverleners en specialisten



De waarde van fysiotherapie
als bewegen niet vanzelfsprekend is

1 Fysiotherapie neemt toe in waarde en belang

Van oudsher is de fysiotherapeut gericht op het bewegend functioneren van zijn zorgvragers. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de georiënteerdheid op de ICF-classificatie in relatie tot de meer medisch georiënteerde ICD-classificatie.¹ De bijdrage van de fysiotherapeut past naadloos bij de huidige ontwikkelingen in het denken over gezondheid. Verwachting is dat het belang van die bijdrage naar de toekomst toe alleen maar groter zal worden. De fysiotherapeut loopt voorop in het centraal stellen van het begrip 'functioneren' in de zorg.

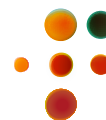
De kern van het vak fysiotherapie blijft vanuit die gedachte:

Het patiëntgericht en waarde gedreven beïnvloeden van het bewegend functioneren:

- In overleg met een zorgvrager en zijn omgeving.
- Waar mogelijk mede door eigen inspanning en rekening houdend met zijn levensfase en levensomstandigheden.
- Zodanig dat een zorgvrager zijn gewenste en noodzakelijke functies behoudt en/of verbetert.
- Om zijn activiteiten en participatie maximaal in stand te houden en te ontwikkelen.

De mens moet kunnen bewegen om te kunnen leven. De fysiotherapeut komt in beeld als bewegen niet (meer) vanzelfsprekend is: bij dreigende, verworven of bestaande gezondheidsproblemen, die het kunnen bewegen negatief beïnvloeden. Als fysiotherapeut ondersteun je iemand om in beweging te komen en te blijven op een manier die past bij de invulling van zijn leven. In directe interactie en samenspraak met degene die ondersteuning vraagt en met oog voor de samenhang met eventuele andere vraagstukken in het leven van een zorgvrager. Fysiotherapie is daarmee een specialistische professie met bewegend functioneren als expertise-gebied. Generalistische vaardigheden zoals communicatie, gedragsbeïnvloeding en samenwerking zijn cruciaal voor de uitoefening ervan.

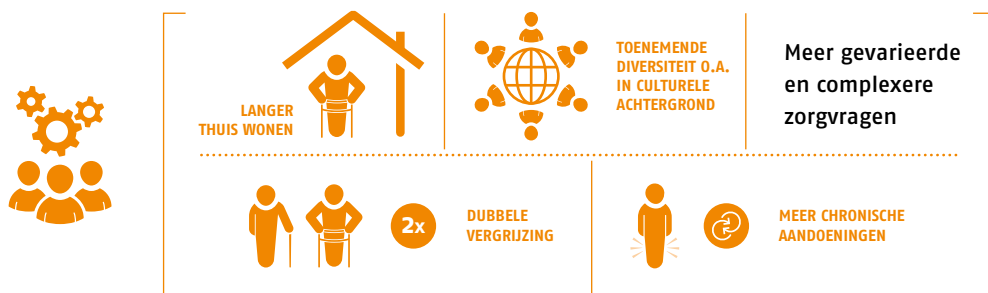
Vanuit deze kern sluit de fysiotherapie aan bij relevante ontwikkelingen en werkt ze actief en voortdurend aan vakinhoudelijke ontwikkeling. Ze streeft daarbij een positionering na in het maatschappelijk veld (materieel en immaterieel) die het blijvend mogelijk maakt deze bijdrage te leveren.



2 De maatschappij verandert, de zorg verandert mee

Het zorglandschap verandert. Dat komt in de eerste plaats door de veranderende demografie. Niet alleen neemt de diversiteit in culturele achtergrond toe, ook de levensverwachting stijgt ieder jaar. Het aantal jongeren daalt en zowel het aantal als het aandeel ouderen neemt toe. We spreken van dubbele vergrijzing omdat er niet alleen meer ouderen maar ook meer oudere ouderen komen. In combinatie met voortschrijdende wetenschap en technologie leidt dat tot een toename van mensen met één of meer chronische aandoeningen tot 52,1% van de bevolking in 2025. Veel ziekten zijn in tegenstelling tot vroeger niet meer (direct) fataal. We zien een toename aan vitale ouderen, die hogere eisen stellen aan hun gezondheid en daarmee aan de gezondheidszorg. De ontwikkeling van de levensverwachting laat ons zien dat mensen er zowel gezonde als ongezonde jaren verkrijgen. Prevalentie van vrijwel alle ziekten neemt toe.²

De fysiotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de top 10 van chronische aandoeningen die de meeste ziektelast met zich meebrengen en het snelst in prevalentie zullen stijgen. Denk hierbij aan artrose, diabetes, CVA en nek- en rugklachten waarbij fysiotherapie preventief, therapeutisch of in revalidatie gunstige effecten heeft.³ Dit betekent een toename in belang van bewegend functioneren voor alle doelgroepen: kinderen, volwassenen en ouderen over de volle breedte van zorgvragen. De vraag naar gespecialiseerde behandeling neemt binnen deze ontwikkelingen toe en de behoefte aan specialisatie zal dan ook toenemen.



Onder druk van blijvend toenemende kosten wordt de behoefte aan transparantie over en onderbouwing van geleverde zorg en ondersteuning steeds groter. Het zichtbaar en toetsbaar maken van de waarde van (paramedische) zorg is een onderwerp dat naar de toekomst toe steeds belangrijker zal worden.⁴ Waarde voor en waardering door de zorgvrager van zorg en ondersteuning vormen een steeds belangrijker facet van hoe die ondersteuning beoordeeld en bekostigd wordt.

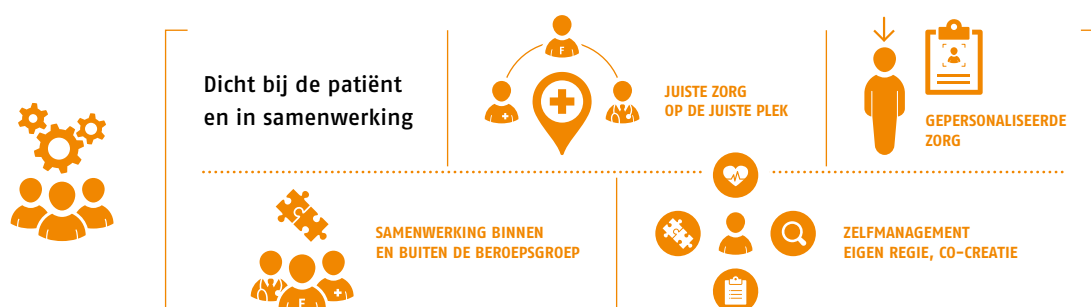


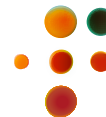
Naast de toenemende behoefte aan het zichtbaar maken van (ervaren) kwaliteit zien we ook een verandering in de wijze waarop 'waarde' van zorg en ondersteuning beoordeeld wordt. Het accent verschuift daarbij richting bijdrage aan kwaliteit van leven. Dit geldt voor de gezondheidszorg in brede zin en dus ook voor fysiotherapie. We zien dat het voor mensen steeds belangrijker wordt om te weten welke waarde fysiotherapie levert voor het duurzaam fysiek functioneren en participeren, in het bereiken van persoonlijke (gezondheids)doelen en in de bredere context van kwaliteit van leven.

In 2010 verwoordde de Raad voor de Volksgezondheid dat al als de omslag van Zorg en Ziekte (ZZ) naar Gedrag en Gezondheid (GG).⁵ Het begrip 'Positieve Gezondheid' (*Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*) geeft hier verder invulling aan.⁶ In deze definitie staan functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Ook in de binnen de fysiotherapie algemeen gebruikte ICF-classificatie speelt 'functioneren' een belangrijke rol. Deze gerichtheid op functioneren wordt verder geoperationaliseerd als de samenhang tussen functies/anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie in alle levensfasen.^{7, 8}

Zorgverlening aan en ondersteuning van zorgvragers ontwikkelt zich steeds meer van een een-op-een relatie naar een samenspel tussen zorgvrager, zijn directe omgeving, informele ondersteuners (mantelzorgers) en verschillende professionele zorgverleners.^{9, 10} De rol van zorgvragers in hun eigen zorgproces verandert en daarmee ook de relatie tussen zorgvragers en hun zorgverleners. Zorgvragers met een zorgvraag hebben vaker inzicht in en regie over eigen medische gegevens en nemen samen met zorgverleners en hun naasten in hun sociale netwerk beslissingen over hun gezondheid en behandeling.

Deze vraag naar een persoonlijke werkwijze wordt versterkt door uitgesproken wensen en hogere verwachtingen van mensen omtrent zorg en kwaliteit van leven. Waarbij de zorgverlener steeds inschat hoe zelfredzaam een zorgvrager kan en wil zijn en daarbij aansluit. De zelfredzame zorgvrager is geïnformeerd, streeft naar een gezonde leefstijl, kiest zelf voor een behandelaar en beslist actief mee over de behandeling. Sommige zorgvragers ontbreekt het aan de juiste informatie, aan de vaardigheden om die informatie te krijgen en/of (deels, tijdelijk of langdurig) aan het vermogen om op basis van informatie de juiste keuzes te maken. Het aantal mensen dat het 'doenvermogen' mist om ook echt in actie te komen, zal naar verwachting eerder toenemen dan afnemen.¹¹ In deze situaties zal de zorgprofessional een andere rol op zich nemen en ook daarvoor toegerust moeten zijn.





De ontwikkelingen op het gebied van technologie en innovatie, tenslotte, gaan razendsnel.^{12, 13} Dit wordt extra gestimuleerd door verdere digitalisering, robotisering en de enorme druk om met de toenemende zorgvraag de zorg betaalbaar te houden. De interesse in innovatie bij zorgprofessionals, zorgvragers en zorgorganisaties groeit snel. Daarbij gaat het niet alleen over technologie. Ook de wijze waarop de zorgprofessional of organisatie zorgprocessen aanpast, bepaalt het succes. Klassieke zorgprocessen zullen door de toepassing van e-health en digitalisering fundamenteel veranderen.

Samenvattend concluderen we dat in 2025:

- Een deel van de vragen rondom gezondheid, zorg en welzijn gevarieerder is en complexer dan nu met meer aandacht voor preventie, bredere gezondheidsvraagstukken en een toename in behoefte aan gespecialiseerde kennis
- Het belang van het zichtbaar en toetsbaar maken van toegevoegde (maatschappelijke) waarde en deze continu verbeteren sterk toegenomen is.
- Gezondheidszorg, welzijn en ondersteuning geïntegreerd, dichtbij de zorgvrager en in samenwerking plaatsvinden.
- Technologische innovatie de huidige zorgprocessen fundamenteel veranderd en vereenvoudigd hebben.

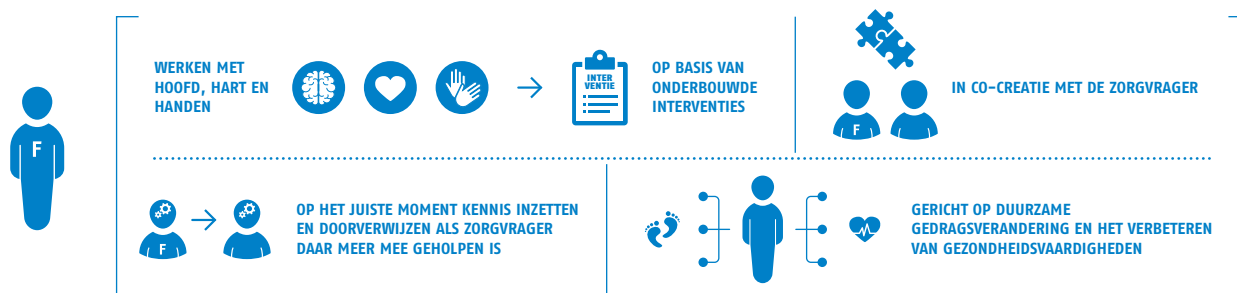
Voor de fysiotherapie vraagt dat een ontwikkeling waarin actief gewerkt wordt aan een betere (h)erkenning en profilering van het vak, niet alleen buiten maar ook binnen de beroepsgroep. Dit betekent dat er voortdurend sprake is van innovatie waarbij samenwerking met en verdere opbouw van een infrastructuur op het gebied van onderzoek, onderwijs en beleidsvorming cruciaal is. Op die manier zorgen we dat de fysiotherapie ook in de toekomst adequaat kan anticiperen op en beantwoorden aan de zorgvraag.

In 2025...

3 De fysiotherapie speelt een belangrijke rol in de antwoorden op de ontwikkelingen in zorgvraag

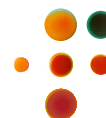
Een fysiotherapeut werkt met hoofd, hart en handen. Met het hoofd op basis van gestructureerd, klinisch redeneren. Met het hart voor de zorgvrager en op basis van intrinsieke motivatie om iets te betekenen voor hem. Met de handen in de uitvoering op basis van onderbouwde interventies. Hij werkt daarbij in co-creatie met de zorgvrager en integreert wetenschappelijke kennis en klinische expertise op het gebied van anatomie, biomechanica, neurologie, fysiologie, pathologie, bewegingstechnologie, (neuro)psychologie en toegevoegde kennis specifiek vanuit een specialisatie. Hierbij horen interventies gericht op duurzame gedragsverandering en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Alle interventies dienen afgestemd te zijn op het vermogen van de zorgvrager om daarin zelf regie te voeren. Beïnvloeding van gedrag is ondersteunend aan behandeling om maximaal effect te realiseren.

Fysiotherapeuten zijn in staat adequaat in te spelen op de toenemende variëteit en de complexiteit in zorgvragen, door het in de breedte en de diepte versterken van het vak. Zij zijn in staat algemene en/of specialistische kennis op het juiste moment in te zetten en door te verwijzen wanneer zij de benodigde kennis en vaardigheden niet zelf beheersen. Dit borgt optimale kwaliteit, doelmatigheid en bekwaamheid bij het interveniëren bij complexe zorgvraagstukken.



4 De fysiotherapie werkt actief aan gezondheidsbevordering

De fysiotherapeut informeert, adviseert en behandelt vanuit de gedachte van positieve gezondheid. Een fysiotherapeut (h)erkent zijn eigen grenzen en signaleert wanneer meer, andere interventies of juist geen interventies nodig zijn. Afhankelijk van de context van een zorgvraag, wordt de juiste zorgverlener ingezet of wordt gezocht naar andere mogelijkheden voor ondersteuning. Fysiotherapeuten hebben vertrouwen in elkaar en zijn op de hoogte van het aanbod van collega's en andere beroepsgroepen en zoeken hierin de samenwerking passend bij de behoefte van een zorgvrager.



Een fysiotherapeut beantwoordt niet alleen zorgvragen maar werkt ook proactief aan preventie en gezondheidsbevordering, samen met andere disciplines. Fysieke inactiviteit (Populatie Attributieve Fractie^A (PAF): 24%) is immers een van de grootste risicofactoren voor de (volks)gezondheid, naast roken (PAF: 25%) en lage Sociaal Economische Positie (PAF: 17%)¹⁴. Met preventie wordt bedoeld het spectrum van geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie gericht op het individu (voorkomen c.q. beperken van meer gezondheidsschade) en selectieve (op doelgroepen gerichte) preventie. Binnen selectieve preventie heeft de fysiotherapeut in ieder geval een signalerende en adviserende rol, bijvoorbeeld in overdracht en triage. Daarbij deelt hij zijn kennis, ervaring en inzichten rond bewegend functioneren om zo te voorkomen dat mensen met een risico op een aandoening, die ook krijgen.

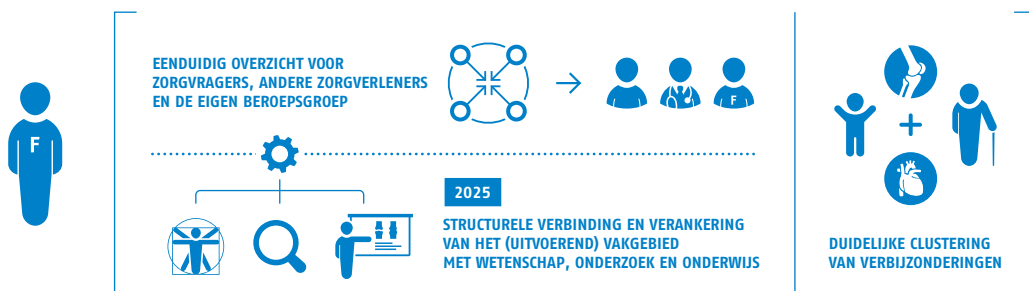
Universele preventie ter bevordering van gezondheid in het sociale domein wordt niet per se gezien als behorend tot het domein van de fysiotherapie. Individuele fysiotherapeuten kunnen zich uiteraard op basis van hun expertise en competenties wel actief inzetten in dit domein. De bijdrage van de fysiotherapeut op het gebied van bevordering van gezondheid hoeft niet enkel vakinhoudelijk te zijn, de fysiotherapeut kan belangrijke bijdragen leveren als het gaat om regionaal en lokaal gezondheidsbeleid.

5

Clustering van specialisaties zorgt voor een heldere positionering richting zorgvragers, zorgveld en onderwijs en onderzoek

Uit de ontwikkelingen blijkt naast een toenemende vraag naar generieke vaardigheden, ook een toename in vraag naar gespecialiseerde expertise. Om specifiek de specialistische vragen rondom bewegend functioneren te beantwoorden, om herkenbaarheid te bevorderen voor zorgvragers en om aan te sluiten bij specialistische netwerken van andere zorgverleners, realiseert de beroepsgroep een duidelijke clustering van specialisaties. Een mogelijke clustering is kinderen, ouderen en aandoeningen op het gebied van neurologie, cardiorespiratoire systeem, musculoskeletale systeem en oncologie.¹⁵ Daarnaast zijn verdere specialisaties en overlappingsen mogelijk op basis van individuele competenties van de gespecialiseerde fysiotherapeut. Een nadere beschouwing van een adequate clustering dient plaats te vinden richting 2025.

^A PAF is een maat die aangeeft wat het percentage zorgvragers in de bevolking is met een specifieke aandoening dat toegeschreven kan worden aan een bepaalde risicofactor.



Deze clustering biedt eenduidig overzicht voor zorgvragers, andere zorgverleners en de eigen beroepsgroep. Bovendien wordt verbinding gecreëerd richting de academische samenwerkingsverbanden. In 2025 is er structurele verbinding en verankering van het (uitvoerend) vakgebied met wetenschap, onderzoek en onderwijs.

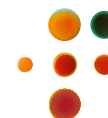
6

De bijdrage van fysiotherapie aan bewegend functioneren om te kunnen participeren is zichtbaar en toetsbaar

De combinatie van evidence-based interventies en context-based practice is van groot belang voor de verdere ontwikkeling van het vak in Nederland en biedt ook de mogelijkheid om wereldwijd aansluiting te blijven houden. *Evidence based*¹⁶ werken is richtinggevend voor de waarde van geleverde fysiotherapie en wordt actief gebruikt om de maatschappelijke en financiële waarde van het vak inzichtelijk te maken en te verbeteren. Verdere wetenschappelijke onderbouwing en ontwikkeling van het vak is dan ook onmisbaar. Daarnaast blijft er ruimte voor toepassing van interventies waaraan een rationale ten grondslag ligt, maar waarvan de effectiviteit nog niet (voldoende) wetenschappelijk onderbouwd kan worden, terwijl de interventie in de praktijk wel waarde toevoegt in een specifieke context.¹⁶ In deze situaties is transparantie (extra) belangrijk waarbij effectiviteit en kwaliteit inzichtelijk gemaakt wordt en ingezet wordt op het opbouwen van evidentie voor de betreffende interventie.

Van belang is een dialoog over de effectiviteit van interventies tussen fysiotherapeuten, zorgvragers en andere zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers. Interventies die bewezen niet effectief zijn vallen buiten het domein van de fysiotherapie en worden dan ook niet toegepast. Daarom wordt er actief geïnvesteerd in het de-implementeren van bewezen niet effectieve zorg. Naast objectieve, onderbouwde en meetbare criteria speelt ook subjectieve ervaring (patiëntwaarderingen) een belangrijke rol in het vaststellen van kwaliteit en het bepalen van goede, passende zorg.



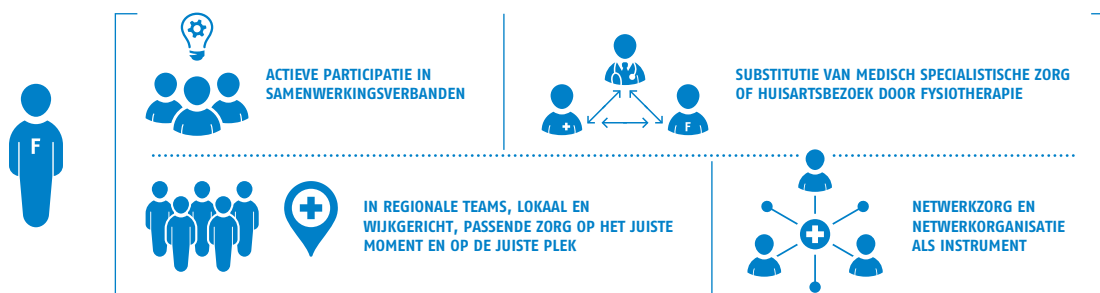


7

De fysiotherapie is initiërend en verbindend in de optimalisatie van samenwerking

Integratie van zorg realiseert de fysiotherapeut door actieve participatie in samenwerkingsverbanden. Fysiotherapeuten delen daarbij kennis en expertise over bewegend functioneren en zijn de expert als bewegen niet vanzelfsprekend is. De herkenning en erkenning van dit vakgebied maakt de fysiotherapeut een gerespecteerde gesprekspartner van andere zorgprofessionals.

Samen met huisarts en andere professionals zoals wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, organiseren fysiotherapeuten in regionale teams lokaal en wijkgericht de toegang tot passende zorg, op het juiste moment en op de juiste plaats. De bijdrage van de fysiotherapeut in de wijk beperkt zich vanzelfsprekend niet tot de complexe zorg voor ouderen en chronisch zieken, maar is breed beschikbaar voor hulpvragen van alle leeftijdsgroepen.



Coördinatie met en inzet van collega-fysiotherapeuten en andere (para-)medici speelt daarin een belangrijke rol. Uitgangspunt is dat zorgvragers zo snel mogelijk (dat wil zeggen met een minimaal aantal doorverwijzingen) op de juiste plaats zijn. De vrij toegankelijke fysiotherapeut kan daarom ook doorverwijzen naar (para-)medisch specialisten. De bekostiging is zodanig geregeld dat verwijzing door of naar een fysiotherapeut, huisarts of andere specialist geen verschil maakt. Op deze wijze ontstaat in het expertisedomein van functioneel bewegen een kosteneffectieve taakherschikking en substitutie tussen medisch specialist, huisarts en fysiotherapeut.

Voor, tijdens en na ziekenhuisopname vindt intensieve samenwerking en afstemming plaats tussen fysiotherapeuten die binnen en buiten het ziekenhuis werkzaam zijn en met andere behandelend zorgverleners. De fysiotherapeut neemt medeverantwoordelijkheid voor de zorg die door de keten wordt geleverd. Daarmee wordt gefaciliteerd dat mensen zo lang als mogelijk thuis kunnen zijn, zo weinig mogelijk naar het ziekenhuis hoeven en dat opnames zo kort mogelijk zijn. Ook bij overgang van en naar een intramurale setting organiseren fysiotherapeuten met elkaar en andere zorgverleners een soepele overdracht.

Actieve participatie in samenwerkingsverbanden betekent netwerkzorg en netwerkorganisatie, met als doel om de inhoudelijke samenwerking te bevorderen. Fysiotherapeuten zullen vaker deel uit maken van (virtuele) gezondheidscentra waarin verschillende specialismen en lijnen samen integrale zorg bieden aan mensen. Fysiotherapiepraktijken werken samen met andere disciplines in lokale, regionale en landelijke netwerken. Netwerken zijn daarbij een instrument, geen doel op zich. Het gaat om het creëren van gemakkelijk toegankelijke multi- en interdisciplinaire overlegsituaties gericht op vakinhoudelijke ontwikkeling en patiëntondersteuning. De invulling hiervan dient te passen bij de regionale behoefte en is bijvoorbeeld anders in krimpregio's dan in stedelijke gebieden.

De implementatie van effectieve en gebruiksvriendelijke ICT-toepassingen voor de volledige werkcontext, inclusief informatie-uitwisseling, is het fundament voor het laten functioneren van de vele bestaande (digitale) samenwerkingsvormen rondom patiëntengroepen of binnen regio's. Digitaliseren is hierbij geen doel op zich. Er worden alleen ICT-toepassingen ingezet die bewezen een meerwaarde hebben voor kwaliteit van zorg of onderlinge afstemming, en gebruiksvriendelijk zijn. Het is hierbij van belang te streven naar harmonisatie en optimalisatie van samenwerkingsvormen, zodat deze de inhoudelijke samenwerking stimuleren en waarde toevoegen voor zorgvragers. De fysiotherapie wil in deze harmonisatie een actieve, initiërende en verbindende rol spelen.

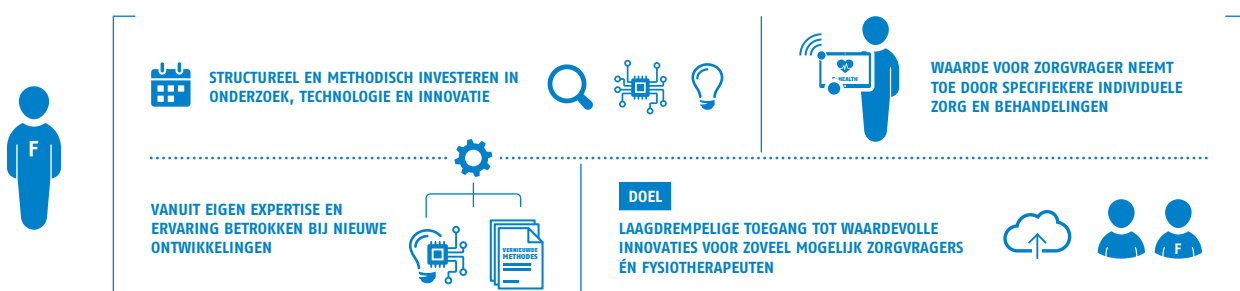
8

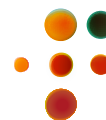
De fysiotherapie maakt zich sterk voor realisatie en implementatie van innovaties in de praktijk en organisatie

Om technologie en innovatie om te zetten in waarde voor zorgvragers, is de fysiotherapie ambitieus in verbetering en vernieuwing van het vak en investeert structureel en methodisch in onderzoek, technologie en innovatie. Er wordt ingezet op het aantonen van effectiviteit, het ontwikkelen van effectieve interventies en het loslaten van bestaande aantoonbaar niet-effectieve interventies (de-implementatie). Vanuit de unieke verbinding die fysiotherapeuten opbouwen met zorgvragers, maken zij de vertaling naar vernieuwende oplossingen die dichtbij die zorgvrager staan in samenwerking met andere disciplines.

Fysiotherapeuten zijn ook in samenwerkingsverbanden vanuit hun eigen expertise en ervaring betrokken bij het ontwerp van technologische innovaties en vernieuwende methoden en businessmodellen. Daarbij ligt de focus op innovatieve (gepersonaliseerde) behandelmethoden, maar ook op voorzorg, diagnostiek en prognostiek. De toepassing van technologie in de toekomstige fysiotherapeutische praktijk zit vooral in:

- Blended care en stepped care
- Ondersteuning van de zorgvrager (in de thuissituatie/juist wanneer deze niet op een behandellocatie aanwezig is).
- Data en gegevens die burgers en zorgvragers zelf meten met ambulante devices (o.a. activiteit, afstand, duur, intensiteit, hartfrequentie, slaapkwaliteit en -kwantiteit) inzetten voor preventie.
- Behandeling met biofeedback en smartphone applicaties.
- Monitoring en coaching op afstand middels bijvoorbeeld sensortechniek en e-health, en innovatieve vormen van communicatie.





Hierdoor is het mogelijk steeds meer specifieke informatie over de zorgvrager te verzamelen, te duiden en om te zetten in behandeling, waardoor zorg en behandeling beter en specifieker op de individuele zorgvrager toegespitst wordt.

De fysiotherapie staat open voor (disruptieve) innovaties met oog en aandacht voor de landingstijd van innovaties in de praktijk. Er wordt ingezet op het kritisch kijken naar toegevoegde waarde van innovaties en de randvoorwaarden die nodig zijn voor de ontwikkeling en realisatie van innovatie. Daar waar mogelijk worden innovaties die waarde toevoegen opgepakt, getest, geëvalueerd, bijgesteld en opgeschaald. Het doel is om laagdrempelige toegang te creëren tot waardevolle innovaties voor zoveel mogelijk zorgvragers én fysiotherapeuten.

9

De fysiotherapeut is wendbaar binnen het snel veranderende zorglandschap en ontwikkelt en ontplooit zich continu



De ontwikkelingen zoals samengevat in dit document onderschrijven de noodzaak voor een fysiotherapeut die zich voortdurend bewust is van de waarde van eigen ontwikkeling ongeacht het niveau van opleiding (bachelor of master). Elke fysiotherapeut geeft daarbij zelf kleur aan het vak op basis van passie, persoonlijke interesse, kennis van ontwikkelingen in het werkveld waarin men actief is, kunde en ervaring. De diversiteit van het vak is zodanig dat geen enkele fysiotherapeut in staat is om het totale vak te omvatten, er zal altijd variëteit in expertise en bekwaamheid zijn. Die variëteit is ook nodig om het totale palet aan hoog en laag complexe zorg en de ontwikkelingen daarin adequaat te kunnen verzorgen en doelmatig uit te voeren in een setting die zorgvragers vertrouwen en professionals voldoening geeft. Daarvoor is het nodig dat er voldoende balans is tussen complexiteit van activiteiten en opleidings- en ervaringsniveau.

Om dat te realiseren ontwikkelt een fysiotherapeut zich op basis van opleiding, scholing en ervaringsopbouw in mate van bekwaamheid op deelgebieden van het vak en daarmee in de zelfstandigheid en mate van eindverantwoordelijkheid in uitvoering. Dit geldt zowel voor de bachelor als master opgeleide fysiotherapeut. Een (HBO) bachelor opleiding biedt toegang tot het beroep van fysiotherapeut waarbij deze zich in eerste instantie richt op het vormgeven en uitvoeren van klinisch gestructureerd en effectief fysiotherapeutisch handelen bij laag-complexe taken bij laag complexe zorgvragers. Via een masteropleiding dan wel door ontwikkeling in het veld (ervaring, bijscholing) vindt verdere ontwikkeling van bekwaamheid plaats.

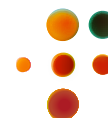
Op basis van die bekwaamheid ontstaat ruimte voor het zelfstandiger uitvoeren van (complexere) zorgtaken bij complexere zorgvragers en/of om anderen te ondersteunen in die uitvoering. Een bekwaamheid die ook weer af kan nemen bij het onvoldoende frequent uitoefenen van deze taken. Hierdoor ontstaat een persoonlijk leerpad voor elke fysiotherapeut gericht op goede zorg voor de zorgvrager. Daarnaast geeft dit de mogelijkheid voor eenieder om continu te blijven ontwikkelen en leren, passend bij de eigen behoeften en wensen.

Het is van belang om deze variëteit in expertise en uitvoeringsbekwaamheid zo inzichtelijk mogelijk te maken voor zorgvrager, beroepsgroep en andere professionals. En om die variëteit in expertise en uitvoeringsbekwaamheid aan te laten sluiten bij de (lokale en/of regionale) ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. Daarom realiseert de fysiotherapie een verschuiving in invulling en positionering van het beroep naar relatief meer (hoog) complexe zorg. Naar verwachting zal dan ook het aantal hooggekwalificeerde fysiotherapeuten die op masterniveau zijn opgeleid, toenemen. Deze masters kunnen een klinische (praktijkgerichte) oriëntatie (HBO master) of een meer wetenschappelijke oriëntatie (WO master) hebben. Om haar rol in het netwerk rondom (hoog) complexe zorg adequaat te vervullen is mogelijk een toename van (wettelijke) bevoegdheden van het vak nodig. Maar ook om bij te dragen aan gewenste maatschappelijke ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. Ook hier geldt dat opleiding en ervaring de bekwaamheid bepaalt waarmee die bevoegdheden ingezet kunnen en mogen worden.

10

De fysiotherapie trekt gezamenlijk op in het realiseren van deze ambities

De ambitie van het KNGF en haar leden is om met deze visie richting te geven aan de fysiotherapie en de rol van de fysiotherapeut in de komende jaren. Het streven is dat dit document een inspiratiebron zal zijn voor samenwerking met zorgvragers, collega-zorgverleners en anderen. In samenwerking binnen en buiten de beroepsgroep ligt de sleutel voor het realiseren van de hier geformuleerde ambities, te beginnen met het creëren van de randvoorwaarden die hiervoor nodig zijn.

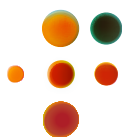


Bronnen en noten

- ¹ Met de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) is door de WHO een conceptueel raamwerk gecreëerd dat communicatie en samenwerking tussen diverse disciplines bevordert. 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. ICD staat voor 'International Classification of Diseases and Related Health Problems'. Deze classificatie is de internationale standaardindeling van diagnostische termen voor de epidemiologie en andere doeleinden van gezondheidsmanagement.
- ² RIVM (2017). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Geraadpleegd van: www.rivm.nl/Onderwerpen/VI/Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_VTV
- ³ Global burden of disease 2016. Disease and injury incidence and prevalence. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016, Lancet, 2017 Sep 16;390(10100):1211–1259
- ⁴ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Xerox/OBT.
- ⁵ RVZ (2010). Zorg voor je gezondheid!. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
- ⁶ Huber, M., et al. (2011). How should we define health? Geraadpleegd van: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21791490
- ⁷ RIVM (2007) ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- ⁸ Heerkens, Y., et al. (2017). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. Disability and Rehabilitation 40(5):1–9
- ⁹ Patiëntenfederatie Nederland (2016) Het belang van goede zorg dichtbij mensen.
- ¹⁰ Taskforce 'de juiste zorg op de juiste plek' (2018) Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek
- ¹¹ WRR (2017). Weten is nog geen doen. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
- ¹² Idenburg, P. J., & Dekkers, V. (2018). Zorg Enablers 2018: Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Utrecht: BeBright.
- ¹³ Panetta, K. (2017, 15 augustus) Top Trends in the Gartner Hype Cycle for Emerging Technologies, 2017. Geraadpleegd van: www.gartner.com/smarterwithgartner/top-trends-in-the-gartner-hype-cycle-for-emerging-technologies-2017
- ¹⁴ Stringhini S et al., Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet 2017 Mar 25;389 (10075): 1229–1237
- ¹⁵ KNGF (2017) Kennis van waarde: onderzoeksagenda fysiotherapie. Amersfoort: KNGF
- ¹⁶ Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en evidence om beslissingen te nemen met individuele zorgvragers om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele professionele kennis van de paramedicus met de wens en voorkeur van de zorgvrager en het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. Uit: Kuiper, C. (2012). Evidence-based practice voor paramedici. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- ¹⁷ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Xerox/OBT.

Overige geraadpleegde bronnen

- AD (2014). 15.000 ouderen plots te gezond voor het tehuis
- Australian Physiotherapy Association (2015, 25 september). InPublic 2025: The future of physiotherapy in the health system. Melbourne: Nous Group
- Berenschot (2016). Administratieve belasting in de langdurige zorg
- BMC (2014). Eersteklas waardering voor eerstelijns fysiotherapie
- CBS (2016). Prognose bevolking; kerncijfers, 2015-2060
- CBS (2014). Gezonde levensverwachting bij geboorte naar opleidingsniveau; 1997 - 2014
- CBS (2017). Bevolking naar migratieachtergrond; 1 januari 2017
- CBS (2017). Zorguitgaven: kerncijfers
- Centraal Planbureau voor de Leefomgeving (2015). Nederland in 2030 en 2030: twee referentie-scenario's. Welvaart en Leefomgeving.
- CIBG (2017, juni) Herregistratie BIG-register: Beoordelingskader algemeen deel, versie 3.0; Bijlage 2c Fysiotherapeuten, versie 2.0. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Federatie Medisch Specialisten (2016). Visie-document Medisch Specialist 2025
- HelloFysioApp (2016). 10 technologische ontwikkelingen die de fysiotherapie fundamenteel gaan veranderen
- Huber, M. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'
- ING (2015). Verbeteren door te verbinden: naar geïntegreerde eerstelijnszorg in 2025
- Kervezee, K. (2016) Anders kijken, anders leren, anders doen. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen
- Van Woerden, F. (2015). Transparantie in de kwaliteit van zorg
- KNGF (2014). Beroepsprofiel Fysiotherapeut
- KNGF (2014). Feiten en cijfers
- KNGF (2013). Inleiding bij de KNGF-standaarden: beweeginterventies
- KNGF (2016). Meer dan fysiotherapie: Jaarplan 2017
- KNGF (2015). Trendanalyse
- KNGF (2016). Toekomstconferentie Fysiotherapie: in gesprek met onze partners in de zorg
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). De zorg: hoeveel extra is het ons waard?
- Movir (2017). Een op de vijf fysio's arbeidsongeschikt door stress
- Munneke M., et al. (2009). Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. The Lancet Neurology, Volume 9, Issue 1, 46 - 54
- Nivel (2016). Ontwikkeling van de PREM Fysiotherapie: Een vragenlijst over de ervaren kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg
- Nictiz (2015). Tussen vonk en vlam
- NIVEL (2015). Rapport: Zorg door de fysiotherapeut
- NIVEL (2016). Zorg door de fysiotherapeut
- Nza (2013). Marktscan en beleidsbrief: Eerstelijns bewegingszorg
- Rabobank (2017). Cijfers en trends: fysiotherapie
- Rademakers, J. (2016). De actieve patiënt als utopie
- Rademakers, J. (2014). Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Nivel, Kennissynthese
- Research Centre for Education and the Labour Market (2017). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2022. Maastricht: ROA
- RIVM (2015). Wat is preventie?
- RIVM (2014). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014
- Scheibler, F. (2003). Shared decision making: an overview of international research literature
- Vektis (2014). Zorgprisma Publiek: Fysiotherapie
- Van Wijck, F. (2015). Bereidheid innovatie te omarmen speelt cruciale rol in toekomst fysiotherapie
- WRR (2017). Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op zelfredzaamheid
- Zorgmodule Bewegen, Amersfoort 2015
- Zorginstituut Nederland (2014). Naar een nieuwe structuur voor beroepen in de zorg



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland



Bewegen naar de toekomst

Uitvoeringsplan visie 2025

Samenvatting

FysioFacts

Position Paper

Kwaliteit

Toekomstvisie

Toekomstplan

JZOJP

Data

Hoogleraren

Aandoeningen

Van visie naar uitvoeringsplan

Visie

Vanuit de visie Vertrouwen in Beweging blijft de kern van het vak:

Het patiëntgericht en waarde gedreven beïnvloeden van het bewegend functioneren:

- In overleg met een zorgvrager en zijn omgeving.
- Waar mogelijk mede door eigen inspanning en rekening houdend met zijn levensfase en levensomstandigheden.
- Zodanig dat een zorgvrager zijn gewenste en noodzakelijke functies behoudt en/of verbetert.
- Om zijn activiteiten en participatie maximaal in stand te houden en te ontwikkelen.

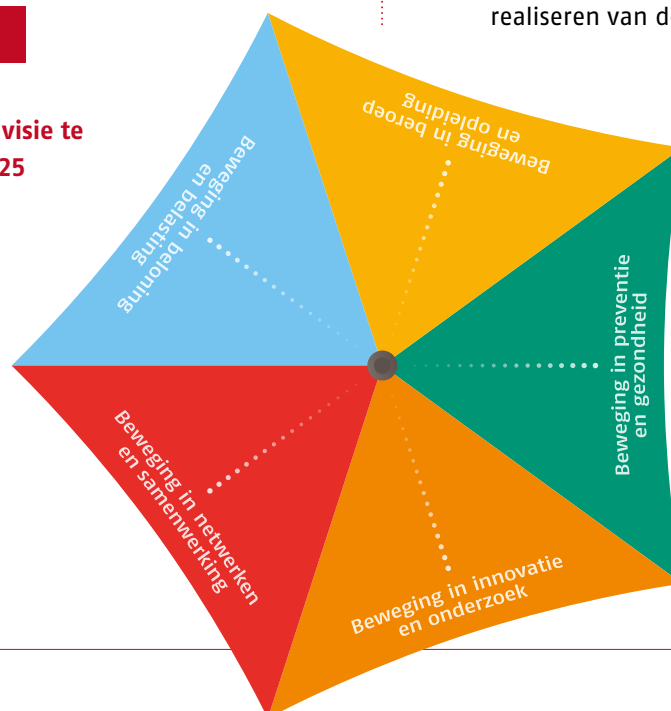
De vastgestelde visie is leidend voor het uitvoeringsplan waarbij de visie vertrouwen in beweging centraal staat. Voor de fysiotherapeut betekent dit:

In 2025...

- Clustering van specialisaties zorgt voor een heldere positionering richting zorgvragers, zorgveld, onderwijs en onderzoek.
- De fysiotherapeut is wendbaar binnen het snel veranderende zorglandschap en ontwikkelt en ontplooit zich continu.
- De bijdrage van fysiotherapie aan bewegend functioneren om te kunnen participeren is zichtbaar en toetsbaar.
- De fysiotherapie is initiërend en verbindend in de optimalisatie van samenwerking.
- De fysiotherapie maakt zich sterk voor realisatie en implementatie van innovaties in de praktijk en organisatie.
- De fysiotherapie werkt actief aan gezondheidsbevordering.
- De fysiotherapie trekt gezamenlijk op in het realiseren van de ambities.

Uitvoeringsplan

5 bewegingen om de visie te realiseren richting 2025





Beweging in netwerken en samenwerking

Om mensen optimaal te ondersteunen bij het bewegend functioneren, is samenwerking in netwerken en intra disciplinaire samenwerking noodzakelijk zowel binnen als tussen collega's van eerste, tweede en derde lijn en met andere partners in de zorg, welzijn, gemeenten en bedrijven.

We maken doorbraak projecten op micro (gemeente) niveau, meso(regio) niveau en macro (landelijk) niveau mogelijk. Daarbij borgen we op nationaal niveau de plek van fysiotherapie binnen landelijke projecten.

Fysiotherapeuten kunnen zorg integratie bevorderen door bijvoorbeeld actief hun kennis en expertise over het bewegend functioneren te delen in samenwerkingsverbanden en netwerken. Dit kan tevens bijdragen aan de herkenning en erkenning van het vakgebied waardoor de fysiotherapeut een gerespecteerd gespreks- en samenwerkingspartner wordt naast ander zorg- en welzijnspartners.

Bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken worden benut en nieuwe samenwerkingsverbanden worden daar waar nodig gerealiseerd met respect voor de grenzen en overlap tussen de verschillende zorg- en welzijnspartners. Hierdoor wordt een professionele samenwerking mogelijk met oog voor de behoeften van de unieke zorgvrager. In de samenwerking is steeds het individu het uitgangspunt en levert elke professional vanuit eigen expertise een unieke bijdrage. Bij de fysiotherapeut staat hierbij steeds het bewegend functioneren centraal.

Naast aandacht voor de inhoud van de samenwerking is aandacht voor de organisatie en financiële randvoorwaarden. We werken daarom aan versterking en ondersteuning van bestuurlijk en uitvoerend niveau. Zo, dat samenwerking op inhoud georganiseerd kan worden, met optimaal gebruik van bestaande regelingen voor de benodigde financiële en experimentruimte.

Tenslotte zetten we in op een sterkere verbinding tussen (praktijkgericht) onderzoek, onderwijs en praktijk, zodat we inzichten van alle kanten optimaal kunnen benutten. Dit zou bijvoorbeeld zijn uitwerking kunnen vinden in academische praktijken waar praktijkgericht onderzoek plaatsvindt en kennis en fysiotherapeuten kunnen doorstromen.

Gestructureerd invulling geven aan de ontwikkeling van het vak aan de hand van bewezen effectieve, beloftevolle en "beter laten"-ontwikkelingen



Doelstellingen

2019/2020 (direct starten)

- Inzichtelijk maken van best practices van zinvolle samenwerking en zo laten zien welke samenwerkingsverbanden en netwerken meer waarde opleveren voor de zorgvrager en fysiotherapeuten. Deze samenwerkingsverbanden en netwerken zowel inhoudelijk als organisatorisch inzichtelijk maken.
- Ontwikkelen/trainen en ondersteunen van trekkers van samenwerking op regionaal bestuurlijk niveau
- In kaart brengen wat nodig is zodat elke fysiotherapeut aan de slag kan met samenwerking in termen van inhoud alsook organisatorisch. In termen van benodigde competenties, maar ook praktische handvatten om aan te kunnen sluiten bij (regionale) bestaande of nieuwe samenwerkingsverbanden en financieringsmogelijkheden.

2020/2021 >

- Vanaf 2020 competenties inzichtelijk en praktische handvatten beschikbaar en uitrollen.
- Oriëntatie mogelijke inzet best practices voor groter deel beroepsgroep inclusief benaderen trekkers voor landelijke uitrol.
- In zowel onderwijs en onderzoek expliciet aandacht voor samenwerken in netwerken en met de individu/cliënt.
- Gestructureerd versterken van de verbinding van wetenschap, onderwijs en praktijk.



Beweging in innovatie en onderzoek

Om technologie en innovatie om te zetten in waarde voor zorgvragers, is de fysiotherapie ambitieus in verbetering en vernieuwing van het vak en investeert (zelf en samen in cofinanciering) structureel en methodisch in onderzoek, technologie en innovatie. Er wordt ingezet op het aantonen van effectiviteit, het ontwikkelen van effectieve interventies en het loslaten van bestaande aantoonbaar niet-effectieve interventies (de-implementatie). Vanuit de unieke verbinding die fysiotherapeuten opbouwen met zorgvragers, maken zij de vertaling naar vernieuwende oplossingen die dichtbij die zorgvrager staan in samenwerking met andere disciplines. We brengen best practices uit het hele land in kaart en vertalen deze naar handvatten zodat anderen eenzelfde beweging kunnen initiëren en implementeren.

Doelstellingen

2019/2020 (direct starten)

- met elkaar vaststellen hoe we het proces van bewezen effectieve, beloftevolle en "beter laten"-ontwikkelingen benoemen binnen het domein fysiotherapie samenhangend vormgeven en wie betrokken moeten zijn.
- In kaart brengen en stroomlijnen wat er loopt op het gebied van (technologische) innovatie en onderzoek om bestaande initiatieven zo goed mogelijk te versterken en versnellen (i.s.m. WCF, hoogleraren en lectoren).

Bewegen naar de toekomst Uitvoeringsplan visie 2025

Bij de ontwikkeling en toepassing van innovatie en vernieuwing is uitgangspunt altijd het domein van de fysiotherapie. Er wordt vanuit daar ingezet op het kritisch kijken naar toegevoegde waarde van innovaties en de randvoorwaarden die nodig zijn voor de ontwikkeling en realisatie van innovatie. Daar waar mogelijk worden innovaties die waarde toevoegen opgepakt, getest, geëvalueerd, bijgesteld en opgeschaald.

Het doel is om laagdrempelig toegang te creëren tot waardevolle innovaties voor zoveel mogelijk zorgvragers én fysiotherapeuten. In samenwerking met wetenschap, onderwijs en bedrijfsleven zijn fysiotherapeuten mede-initiator, co-creator en volwaardig partner bij het ontwikkelen en realiseren van innovaties. We maken de koppeling met de Onderzoeksagenda van het KNGF en de Onderzoeksagenda Paramedie.

Gestructureerd invulling geven aan de ontwikkeling van het vak aan de hand van bewezen effectieve, beloftevolle en "beter laten"-ontwikkelingen





Beweging in preventie en gezondheid

Met preventie wordt in het domein fysiotherapie bedoeld het spectrum van geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie gericht op het individu (voorkomen c.q. beperken van meer gezondheidsschade) en selectieve (op doelgroepen gerichte) preventie.

De context en persoonskenmerken van alle mensen zijn anders. Afhankelijk van de context van een zorgvraag, wordt de passende zorgverlener voor dat moment bij de zorgvrager ingezet. Dit kan een fysiotherapeut maar ook een andere professionele samenwerkingspartner uit het zorg- of welzijnsdomein zijn.

Waar nodig wordt (kortdurend) samengewerkt of doorverwezen. Dit kan ook tussen fysiotherapeuten onderling in eerste, tweede en derde lijn gebeuren. Verduidelijking van specifieke rollen

Doelstellingen

2019/2020 (direct starten)

- volgen beleidskader preventie en dit beleidskader helder doorontwikkelen.
- In samenwerking met partners (zoals in zorg en welzijn, en bedrijfsleven) de rol van de fysiotherapeut en zijn unieke bijdrage in preventie benoemen, zichtbaar maken en door ontwikkelen.
- onderzoeken wat er moet gebeuren om samenwerking met duurzame financiering vorm te geven.
- verder vormgeven van samenwerking rondom peri en post operatieve initiatieven (bijv. health deal).

Bewegen naar de toekomst Uitvoeringsplan visie 2025

binnen samenwerking op gebied van preventie en gezondheidsbevordering is hierbij van belang. Een diversiteit aan samenwerkingspartners kan het antwoord bieden op de unieke hulpvraag van de zorgvrager.

Alleen door samen te werken op een wijze waarin ieders unieke bijdrage tot uiting komt, kunnen we optimaal antwoord geven op de hulpvragen die op ons afkomen. Een verscheidenheid aan partners is hierbij van belang.

Vanuit het individu wordt een gepersonaliseerde behandeling vormgegeven en vanuit daar de verbinding gezocht met samenwerkingspartners. Het uitgangspunt: aansluiting bij "De Juiste Zorg op de Juiste Plek".

In de vormgeving van activiteiten rond preventie en gezondheidsbevordering krijgen duurzame financiering en het inzichtelijk maken van aantoonbare opbrengsten extra aandacht.

We versnellen samenwerking op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering met persoonskenmerken en context zorgvrager als uitgangspunt



2020 >

- vanuit beleidskader preventie acties verder vormgeven en voor de langere termijn de alternatieve bekostigingsmogelijkheden structureel in kaart brengen en breder uitrollen.
- Inzichtelijk maken van opbrengst van preventie en substitutie, waarbij nauwe verbinding is tussen onderwijs, onderzoek en praktijk.



Beweging in beroep en opleiding

De ontwikkelingen zoals samengevat in de visie Vertrouwen in Beweging en de drie voorgaand beschreven bewegingen, onderschrijven de noodzaak voor een fysiotherapeut die zich voortdurend aandacht besteedt aan zijn eigen ontwikkeling. En daarnaast oog heeft voor samenwerking, innovaties en onderzoek, gedurende de hele carrière, onafhankelijk van opleiding (bachelor, master, PhD).

Hiervoor is voldoende balans tussen complexiteit van activiteiten en opleidings- en ervaringsniveau nodig. Om dat te realiseren ontwikkelt een fysiotherapeut zich op basis van opleiding, scholing en ervaringsopbouw in mate van bekwaamheid op deelgebieden van het vak en daarmee in de zelfstandigheid en mate van eindverantwoordelijkheid in uitvoering.

Doelstellingen

2019/2020 (direct starten)

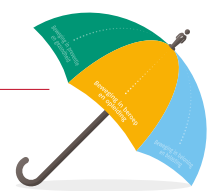
- Het ontwikkelen van een heldere structuur in de beroepskolom in de breedte en de diepte inclusief verbinding met regulier onderwijs en continue kennisontwikkeling.
- Als onderdeel hiervan een eerste opzet voor clustering van het beroepsveld: inzichtelijk maken verbijzonderingen en specialisaties en hun onderlinge samenhang op een manier die zorgvraag en huidige beroepsindeling bij elkaar brengt.
- Het starten met het opstellen beroepsprofiel algemeen fysiotherapeut.

Bewegen naar de toekomst Uitvoeringsplan visie 2025

Het is van belang om deze variëteit in expertise en uitvoeringsbekwaamheid zo inzichtelijk mogelijk te maken voor zorgvrager, beroepsgroep en andere professionals. En om die variëteit in expertise en uitvoeringsbekwaamheid aan te laten sluiten bij de (lokale en/of regionale) ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. Een heldere, herijkte structuur van de beroepskolom en daarvan afgeleide beroepsprofielen vormen hiervoor de basis.

Een vanuit die opzet vormgegeven clustering van verbijzonderingen en specialisaties (die ontwikkeling in zorgvraag en huidige beroepsindeling bij elkaar brengt) zorgt vervolgens voor een heldere positionering richting zorgvragers, veld van zorg en welzijn en onderwijs en onderzoek waarbij de bijdrage van fysiotherapie aan bewegend functioneren om te kunnen participeren zichtbaar en transparant wordt gemaakt.

We stellen in korte tijd een ruwe versie van de (herijkte)beroepskolom samen, zodat we snel de vertaling kunnen maken naar een (algemeen) beroepsprofiel



2020/2021

- Opleveren beroepsprofiel algemeen fysiotherapeut vormgeving en verdere uitwerking clustering, zorgen voor samenhang met opleiding en wetenschap, positionering in het veld.
- Doorvertaling maken naar opleiding en ontwikkeling systematiek voor levenlangleren.

2021 >

- beroepsprofielenverbijzonderingen uitwerken.



Beweging in beloning en belasting

Door in het beleidskader 'Bewegen naar de Toekomst' een vijfde Beweging in beloning en belasting toe te voegen, denken we alle bewegingen te versterken zodat 'Bewegen naar de Toekomst' krachtiger ingezet kan worden.

De Beweging in beloning en belasting gaat niet alleen over tarieven en administratieve lasten. Het gaat ook over de positionering van het vak fysiotherapie bij politiek, overheden en andere stakeholders. Het gaat over het verbeteren van de positie van fysiotherapie in het zorgstelsel

Doelstellingen

2019

- Afsluiten van bestuurlijke afspraken Paramedische zorg, samen met andere paramedische beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Patiëntenfederatie en het ministerie van VWS over onder andere juiste zorg op de juiste plek, kwaliteit van zorg, digitale gegevensuitwisseling, informatie voor de patiënt en bekostiging.
- Initiëren onderzoek naar de feitelijke en normatieve kostprijs in de fysiotherapie en gevolgen voor betaalbaarheid (kostprijs en kosten), samen met Zorgverzekeraars Nederland.

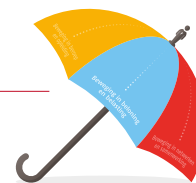
2020

- Extern onderzoek naar substitutie effecten van fysiotherapie.
- Versnelling in Systeemadvies entameren, zodat fysiotherapie bij meer aandoeningen naar de basisverzekering gaat.

Bewegen naar de toekomst Uitvoeringsplan visie 2025

(BV-AV) en de grote waarde die fysiotherapie heeft om de juiste zorg op de juiste plek tot stand te brengen; en welke belemmeringen er zijn om die toegevoegde waarde te kunnen leveren en hoe we die samen met anderen kunnen wegnemen. Die waarde zit in de goede zorg die we patiënten kunnen bieden waardoor onnodig zware zorg niet nodig is, maar ook in de besparing in zorgkosten die door de inzet van fysiotherapie gerealiseerd kunnen worden.

De beweging gaat daarnaast ook over de afspraken fysiotherapie, al dan niet in relatie tot (andere vormen van) bekostiging en het transparant maken van de kwaliteit van fysiotherapie door de beroepsgroep. Door daar op in te zetten, groeien de kansen om de waardering voor fysiotherapie te vergroten.

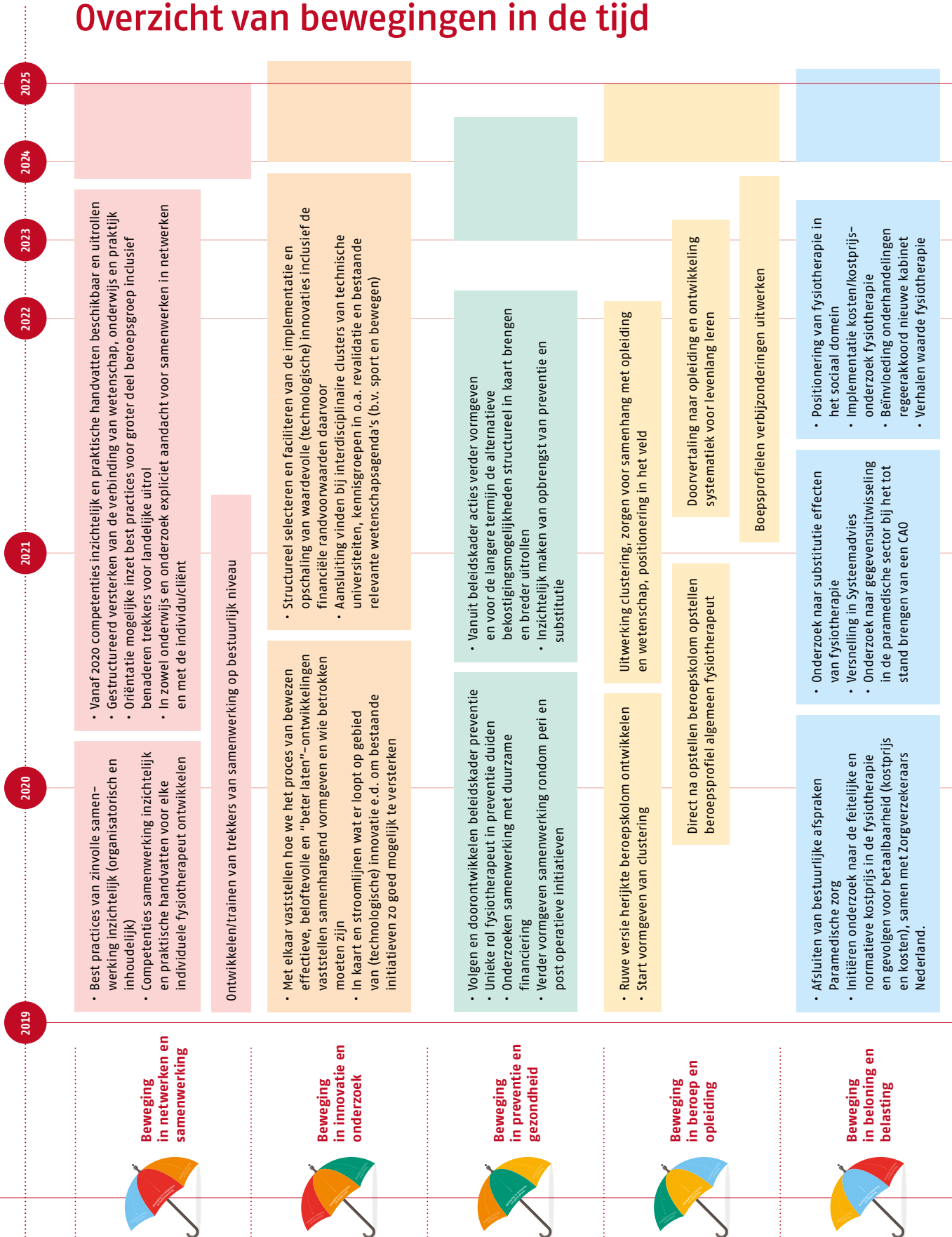


- Extern onderzoek naar gegevensuitwisseling in de paramedische sector.
- Ondersteunen van de werkgevers- en werknemersvereniging voor vrijgevestigde praktijken in de eerstelijns bij het tot stand brengen van een CAO.

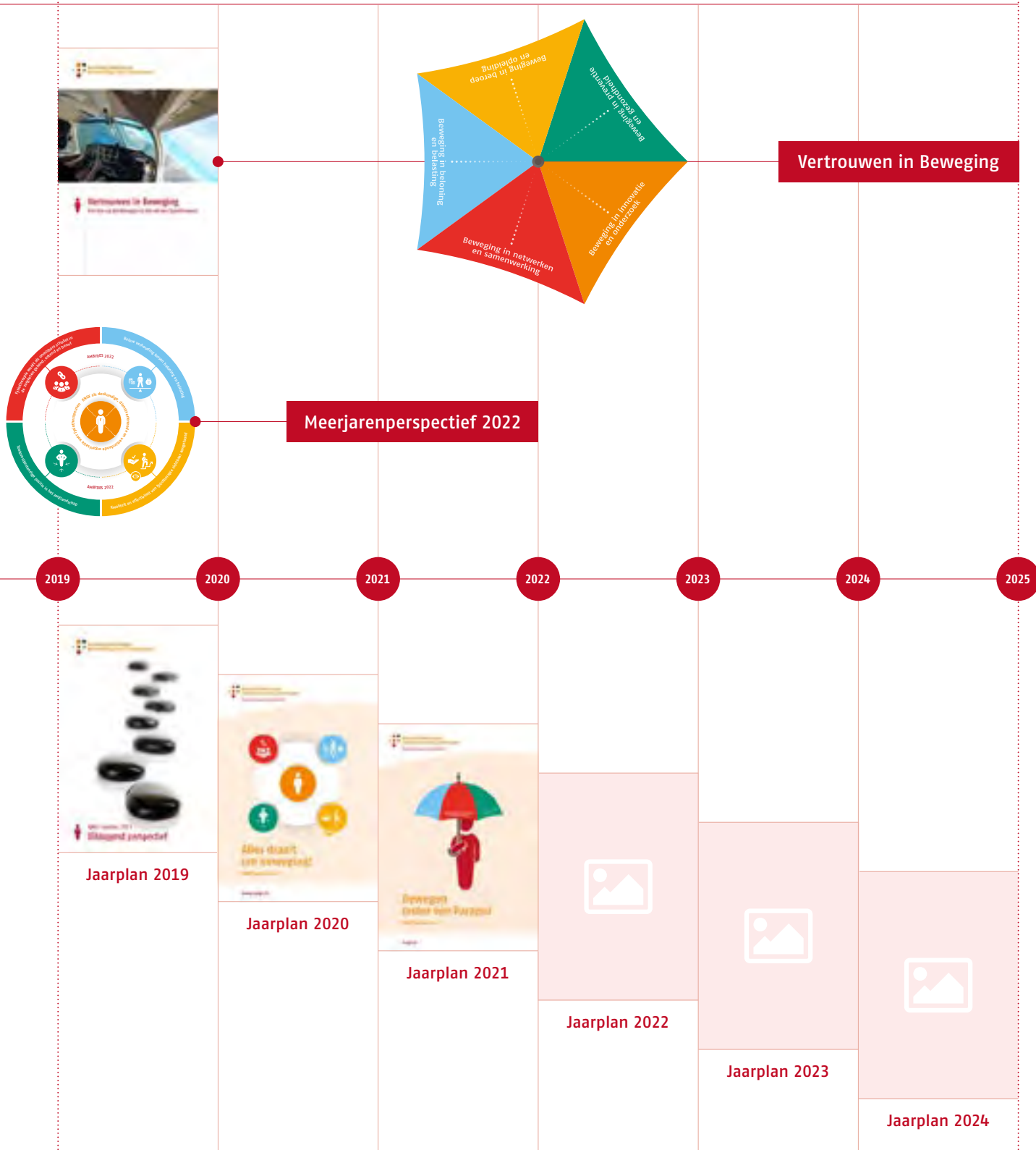
2021

- Positionering van fysiotherapie in het sociaal domein.
- Implementatie kosten/kostprijsonderzoek fysiotherapie, samen met zorgverzekeraars.
- Beïnvloeding onderhandelingen regeerakkoord nieuwe kabinet, onder andere over de positie van fysiotherapie in het zorgstelsel (basisverzekering versus aanvullende verzekering).
- Genereren van verhalen (van patiënten) over de toegevoegde waarde van fysiotherapie.

Overzicht van bewegingen in de tijd



Samenhang in operationalisering en uitvoering





Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland



Juiste Zorg op de Juiste Plek

Zorgverplaatsing naar de paramedische sector; lokale kansen
verzilveren op nationaal niveau

Samenvatting

FysioFacts

Position Paper

Kwaliteit

Toekomstvisie

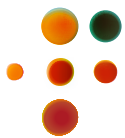
Toekomstplan

JZOJP

Data

Hoogleraren

Aandoeningen



Urgentie

De kloof tussen zorgvraag en beschikbare zorg neemt dramatisch snel toe de komende jaren door **3 factoren**:



Dubbele vergrijzing

Veel meer ouderen worden steeds ouder. Het aantal 65-plussers stijgt de komende twintig jaar met 55% en het aantal 90-plussers met bijna 200%. Het aantal mensen met 1 of meer chronische aandoeningen stijgt.



Oplopend personeelstekort

In 2040 moet 1 op de 4 werkende Nederlanders in de zorg werken om op dezelfde manier zorg te leveren als nu (nu is dat 1 op 7). Zonder verandering dreigt er in 2022 een tekort van 100 tot 125 duizend zorgprofessionals.



Betaalbaarheid

De zorgkosten worden onbetaalbaar. In 2030 zijn de totale kosten voor gezondheidszorg verdubbeld tot 174 miljard euro t.o.v. nu.

Samenwerken voor toegevoegde waarde fysiotherapie

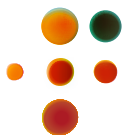
Fysiotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan een toekomstbestendig zorgstelsel. Door de focus van fysiotherapeuten op het functioneren van mensen sluit fysiotherapeutische zorg naadloos aan op de landelijke beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP).

Fysiotherapie kan duurdere zorg voorkomen (stepped care), kan zorgdragen voor een goede analyse en een gericht advies (zowel in de richting van lichtere als zwaardere vormen van ondersteuning), is gericht op zelfmanagement van patiënten en zet waar mogelijk technologie (huiswerk oefeningen, e-health) in. Fysiotherapeuten kijken vanuit het biopsychosociaal model naar de totale mens en diens context.

JZOJP is gebaseerd op de drie pijlers: verplaatsen, vervangen en voorkomen van (duurdere) zorg:

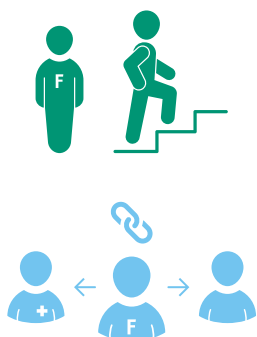
Fysiotherapeuten werken, conform de gewenste beweging van JZOJP, al veel samen met andere partijen. Maar weten alle partijen ook wat fysiotherapeuten te bieden hebben/kunnen bijdragen?





In een vroeg stadium van het **bewegend disfunctioneren** kan door de juiste fysiotherapeutische behandeling **duurdere zorg worden voorkomen** (bijvoorbeeld het uitstellen of voorkomen van een operatie). Tegelijkertijd heeft fysiotherapie in de nazorg ook een belangrijke rol, doordat de fysiotherapeut kan zorgen voor een **goede transmurale overdracht** vanuit het ziekenhuis en de revalidatiesetting. De fysiotherapie kan zowel in de geïndiceerde preventie als in de nazorgfase (zorg gerelateerde preventie) een **bijdrage leveren aan het betaalbaar houden van de zorg** door het voorkomen en verplaatsen van (duurdere) zorg.

Uitgangspunten voor fysiotherapie in JZOJP:



De fysiotherapeut:

- is dé juiste zorgprofessional bij beperkingen op het gebied van fysiek functioneren.
- richt zich op het optimaliseren van het functioneren (en participeren) en behandelt, ondersteunt en begeleidt wanneer dit noodzakelijk is.
- verwijst door naar collega's, andere zorgprofessionals en andere vormen van ondersteuning (binnen en buiten de zorg) als de patiënt en diens situatie daar om vraagt.
- is een onmisbare schakel in de zorgketen én kan een rol spelen als intermediair naar het sociaal domein.

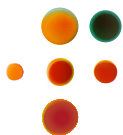
Wat doet het KNGF met JZOJP?



Het KNGF ondersteunt vertegenwoordigers van regionale samenwerkingsverbanden, zodat dit de positie van fysiotherapeuten versterkt in onderhandelingen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en gemeenten over regionale vraagstukken rondom de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Naast het **benoemen en zichtbaar maken van de rol van de fysiotherapeut en zijn unieke bijdrage in de zorgketen** bij onze samenwerking met (zorg- en welzijns- en onderwijs-) partners wordt samenwerking rondom peri en post operatieve initiatieven verder vormgegeven en wordt invulling gegeven aan de bijdrage van fysiotherapie op het gebied van geïndiceerde preventie. Regionale initiatieven worden ondersteund bij benutten van de subsidieregelingen die er zijn voor JZOJP.

Op **landelijk niveau** nemen we het initiatief in het zoeken naar aansluiting bij potentiële samenwerkingspartners voor JZOJP, zijn we een katalysator in het verspreiden van het gedachtegoed JZOJP door goede voorbeelden uit de praktijk te verzamelen en te verspreiden en creëren we verbinding tussen de koplopers en de achterhoede.

In **regionale context** werken we samen de regionale ondersteuningsstructuren (ROSen en huis-artsenzorggroepen (interprofessioneel), zoeken we aansluiting bij hogescholen en expertisecentra en maken we verbinding maken in de driehoek van financiers (gemeenten, zorgverzekeraar), zorgaanbieders en patiënten.



Aan de slag met lokale kansen!



Naast de rol in de randvoorwaarden waar KNGF en andere partijen (zoals overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntorganisaties en onderwijs) voor verantwoordelijk zijn, kunnen fysiotherapeuten ook zelf concreet aan de slag met JZOJP door:

- Zichtbaarheid en vindbaarheid te vergroten in de wijk
- Actief te participeren in het lokale zorg- en welzijnsamenwerkingsverband
- De omgeving te leren kennen (wijkprofielen) en speciale programma's gericht op de specifieke vragen en uitdagingen in die omgeving
- Kracht van de fysiotherapeuten onderling te bundelen
- Interprofessioneel samen te werken en te leren (intensiever dan multidisciplinair werken)
- Kritisch te reflecteren op eigen competenties en openstaan voor verandering
- Lokale financieringsstromen in kaart te brengen (gemeenten, provincies, zorgverzekeraars)

We hebben de volgende producten en diensten voor jou



Samenwerkingskaart van Nederland

Wil je zien waar en welke fysiotherapeuten al (mono- of multidisciplinair) samenwerken? Kijk op samenwerkingsverbanden.kngf.nl.



Begeleiden bij subsidieaanvraag voor samenwerkingsverbanden

Het VWS-programma voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek kent subsidies toe aan samenwerkingsverbanden en netwerken en is bedoeld om zorg te voorkomen, te verplaatsen en te vervangen. Het KNGF begeleidt je om deze subsidies aan te vragen.



Bestuurlijke trainingen voor samenwerkingsverbanden

Wil je meer weten of je aanmelden voor de trainingen? Neem dan contact op met Arjan Visscher: a.visscher@kngf.nl.



Best practices

Op kngf.nl verzamelen we de kennis en ervaringen van fysiotherapie-collega's.



Meer weten?

dejuistezorgopdejuisteplek.nl



De Landelijke Database Fysiotherapie

Dé bron voor kwaliteitsinformatie over fysiotherapie en voor fysiotherapeuten

LDF verzamelt gegevens die de fysiotherapeut gedurende de behandeling van de patiënt vastlegt in EPDs

Doelstellingen van de LDF

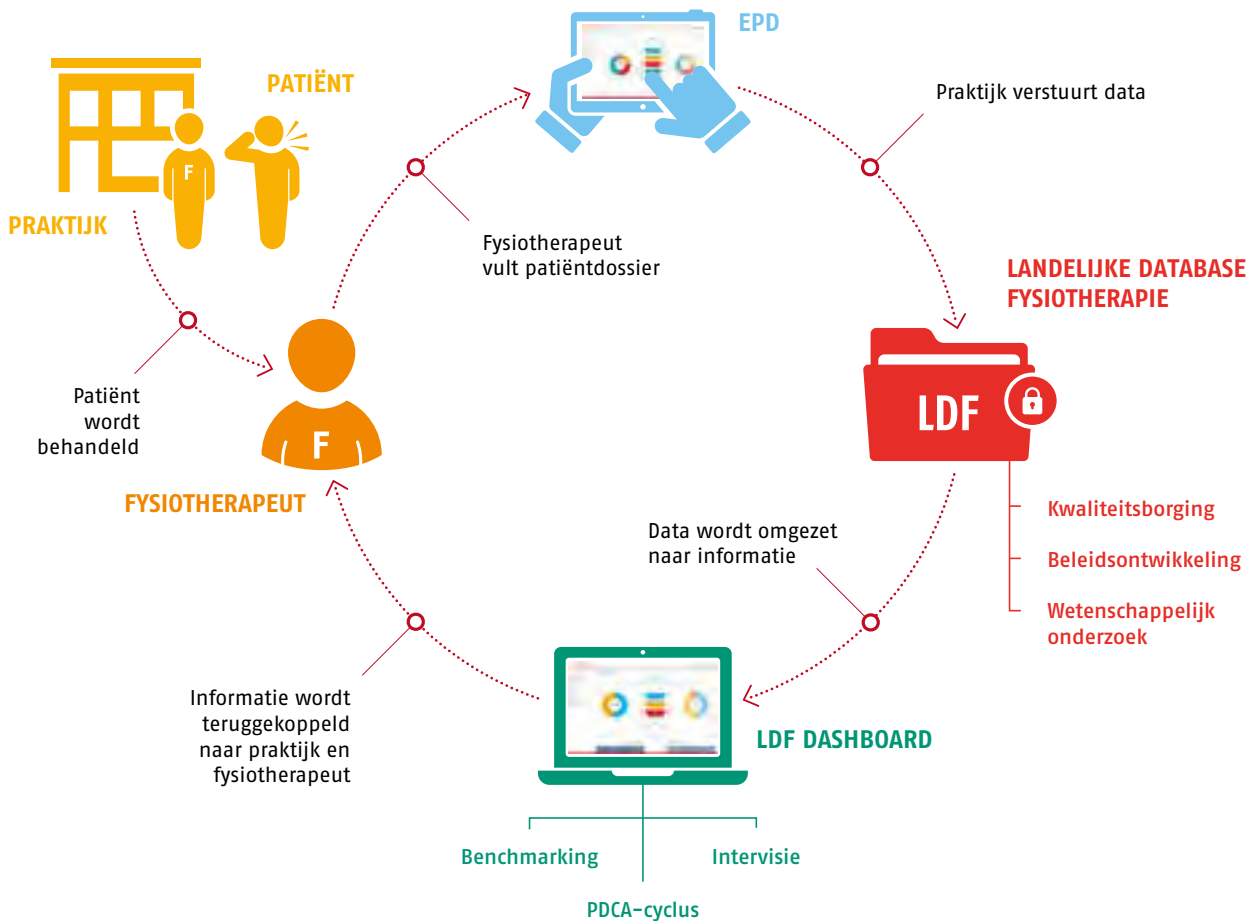
- Kwaliteitsborging
- Beleidsontwikkeling
- Wetenschappelijk onderzoek

De LDF bevat op dit moment data van*

- 2.334 praktijken
- 15.695 collega's
- Ruim 4 miljoen behandel episodes

* september 2020

Hoe LDF werkt



Toepassingen LDF

Analyse van praktijk

- Resultaten per behandelaar
- Analyse van behandelresultaten
- Resultaat met andere fysiotherapeuten of praktijken vergelijken

Bijdragen aan de kwaliteit van therapeutische zorg

- Wetenschappelijk onderzoek
- Belangenbehartiging
- Positionering van de fysiotherapie
- Binnen jouw praktijk

Datagebruik voor eigen ontwikkeling

- Vergelijken en bespreken tijdens intervisie
- Vergelijken met landelijke en regionale cijfers
- Extern uitleggen en verantwoorden

Praktisch Dashboard



LDF demo dashboard

<https://ldf-acc.mediquest.nl/>

Gebruikersnaam: Demopraktijkhouder,
Wachtwoord: KNGFfysio



Landkaart Kennisinstituten Fysiotherapie



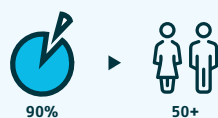
Kennisinstituut	Leerstoel
1 Amsterdam UMC VU	Evidence Based Fysiotherapie
	Musculoskeletale fysiotherapie
	Neurorevalidatie
	Health Technology Assessment
	Biomechanica
2 Amsterdam UMC AMC	Kinderfysiotherapie
	Orofaciale fysiotherapie
	Evidence Based Practice in health care
3 UMC Utrecht	Klinische gezondheidswetenschappen ihb de fysiotherapie
4 LUMC	Doelmatigheid van revalidatieprocessen ihb de fysiotherapie
5 Erasmus MC	Perioperatieve gezondheid
6 UMCG	Revalidatiegeneeskunde ihb paramedische zorgverlening
	Revalidatiegeneeskunde ihb pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie
	Klinische bewegingswetenschappen
7 Radboud UMC	Paramedische wetenschappen: Waardegedreven paramedische zorg in interdisciplinaire netwerken
8 Maastricht UMC	Revalidatie bij chronisch orgaanfalen, in het bijzonder gericht op fysiek functioneren
	Fysiotherapie onderzoek
	Doelgericht meten in de dagelijkse zorgpraktijk
	Klinische fysiotherapie
9 Twente University	Technology Supported Human Movement Analysis
	Technology Supported training en coaching voor ouderen en chronisch zieken.

Fysiotherapie voor het bevorderen van fitheid bij kanker

Kanker is een verzameling van ziekten die worden gekenmerkt door ongecontroleerde celdeling en kan worden onderverdeeld in vormen van kanker die uitgaan van een orgaan (bv. darm- en borstkanker) en vormen van kanker die uitgaan van het bloed- of lymfesysteem (bv. leukemie). Kanker is levensbedreigend, maar de behandeling van veel kankervormen en daarmee ook de overlevingskans is de afgelopen decennia sterk verbeterd.¹ Deze factsheet richt zich op het bevorderen van fitheid middels trainingsinterventies bij kanker. De fysiotherapeutische behandeling rondom kanker omvat echter meer.

Kanker in Nederland

In 2016 kregen in Nederlands ongeveer **108.400** mensen kanker.¹ De meest voorkomende vormen van kanker zijn **huid-, darm-, borst-, long- en prostaatkanker**.¹



Een grote meerderheid (90%) van de mensen met kanker is **ouder dan 50 jaar**. Een op de drie mensen krijgt ooit in zijn leven de **diagnose kanker**.¹



De belangrijke **risicofactoren** voor het krijgen van kanker zijn **roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding, onvoldoende bewegen, overgewicht en overmatige blootstelling aan de zon**², maar ook **genetische factoren** en **veroudering** spelen een rol.

Klachten & gevolgen

De meeste mensen ervaren **vermoeidheid** tijdens de behandeling. Bijna **30% blijft chronisch ernstig vermoeid**.³ Ook emotionele problemen zoals angst en depressie komen vaker voor bij mensen met kanker dan onder de algemene bevolking.⁴



Kanker en de behandeling ervan hebben daarnaast een **negatieve invloed** op de **lichamelijke fitheid** en kunnen **klachten aan het bewegingsapparaat** (spieren, gewrichten en zenuwen) veroorzaken.^{5,6} Zowel **chemotherapie als radiotherapie** kunnen het risico op hart- en vaatziekten vergroten.^{7,8}

Deze klachten maken het moeilijker om te bewegen en te sporten.^{6,9} Overlevenden van kanker zijn relatief vaak inactief.¹⁰ **Deze inactiviteit kan de afgenomen fitheid en vermoeidheid verder versterken**³, en het risico op hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen verhogen.

Behandeling



De behandeling van kanker is primair een **medische behandeling**, en kan bestaan uit chirurgie, radiotherapie en/of systemische therapieën (bv. chemotherapie).



Aanvullend zijn vaak andere zorgverleners, waaronder de **fysiotherapeut, diëtist en/of psycholoog** betrokken.

Fysiotherapeutische behandeling (gericht op fitheid)

Tijdens de behandeling van kanker zijn trainingsinterventies vooral gericht op het **behoud van functies** zoals **kracht en uithoudingsvermogen**, en op het **beperken van symptomen** zoals **vermoeidheid, misselijkheid en pijn**, zodat de patiënt de behandeling kan volbrengen zoals gepland.^{9,19} De begeleiding door een fysiotherapeut met een aanvullende scholing in de oncologie is wenselijk vanwege de vaak snel wisselende gezondheidstoestand van de patiënt en de bijwerkingen van de behandeling.¹¹



Na de behandeling van kanker zijn trainingsinterventies vooral gericht op het optimaliseren van het **activiteitsniveau** en **maatschappelijke participatie**, en op **gezondheidsbevordering**.⁴ Onderdeel daarvan is dat patiënten worden geadviseerd te voldoen aan de **algemene normen** voor **gezond bewegen**.¹² Als die normen niet behaald worden, of het lukt patiënten niet om op het door hen gewenste niveau lichamelijk actief te zijn, kan fysiotherapie ingezet worden om de barrières (zoals **inspanningscapaciteit, bewegingsvaardigheid, eigen effectiviteit ('self-efficacy'), bewegingsangst** en **kennis**) die dit in de weg staan te verminderen.⁹

Het onderzoek naar trainingsinterventies in de **palliatieve fase** staat nog in de kinderschoenen. Op basis van het nu beschikbare bewijs lijken interventies ook in deze fase **veilig** en **haalbaar**, mits ze goed worden afgestemd op de **individuele patiënt**, en door **deskundigen** worden begeleid.^{13,14}



Trainingsinterventies onder begeleiding van een fysiotherapeut kunnen zowel **individueel** als in **groepsverband** gegeven worden, maar dienen altijd **aangepast** te worden aan de **individuele patiënt**.¹¹



Eerstelijns fysiotherapie bij kanker dient door de patiënt zelf betaald te worden of te worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. In enkele specifieke gevallen wordt de behandeling vanaf de 21e behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Indien de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis- of revalidatiesetting wordt de behandeling vanuit de basisverzekering vergoed.

Meerwaarde van fysiotherapie

Onderzoek bij verschillende vormen van kanker heeft aangetoond dat trainingsinterventies **tijdens** de behandeling van kanker positief bijdragen aan het beperken van **vermoeidheid en andere symptomen**, en **behoud van fysieke fitheid**.^{15,16,17,18} Er zijn ook aanwijzingen dat trainingsinterventies bijdragen aan **succesvolle terugkeer naar werk**, en het **volbrengen van de chemotherapie** zoals gepland.^{18,19}



Trainingsinterventies **na** de behandeling van kanker dragen bij aan een **sneller en vollediger herstel in fysiek functioneren, vermoeidheid, en kwaliteit van leven**^{20,21,22}, en bij borstkanker zelfs op de **overlevingskans**.^{23,24} Interventies onder supervisie van de fysiotherapeut lijken **effectiever** dan interventies zonder supervisie.^{16,17,18}



Ook zijn er aanwijzingen voor de **kosteneffectiviteit** van trainingsinterventies, maar op dit gebied zijn nog weinig studies gedaan.^{25,26,27} Voor sommige vormen van kanker zijn er weinig studies beschikbaar, en door het heterogene karakter van kanker kunnen onderzoeksresultaten niet zomaar naar alle vormen van kanker worden **gegeneraliseerd**.

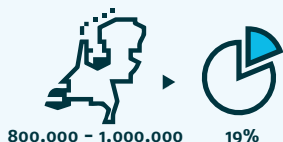
Referenties

1. IKNL. cijfersoverkanker.nl. [Online] 2017. www.cijfersoverkanker.nl.
2. KWF.nl Preventie. www.kwf.nl. [Online] www.kwf.nl/preventie.
3. Cancer-related fatigue: can exercise physiology assist oncologists? Lucia A, Earnest C, Perez M. 2003, Lancet Oncology, pp. 616-625.
4. Richtlijncommissie Oncologische Revalidatie. Richtlijn Oncologische Revalidatie. Utrecht, Utrecht : sn, 2011.
5. Jones LW, et al. Exercise intolerance in cancer and the role of exercise therapy to reverse dysfunction. 2009, Lancet Oncology, pp. 598-605.
6. Schmitz KH, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer. 2010, Med Sci Sports Exerc., pp. 1409-26.
7. Patnaik JL, et al. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. 2011, Breast cancer research : BCR, p. R64.
8. van Nimwegen FA, et al. Cardiovascular disease after hodgkin lymphoma treatment: 40-year disease risk. 2015, JAMA Int Med, p. 1007.
9. Stuiver MM, Witting HM, Velthuis MJ, Kool N, Jonger WAM. KNGF-standaard Beweeginterventie oncologie. Amersfoort : KNGF, 2011.
10. Hildebrandt VH (red). Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Leiden : TNO Kwaliteit van Leven, 2010.
11. van der Leeden M, et al. Tailoring exercise interventions to comorbidities and treatment-induced adverse effects in patients with early stage breast cancer undergoing chemotherapy: a framework to support clinical decisions. 2017, Disabil Rehabil, pp. 1-11.
12. Schmitz KH, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. 2010, Med Sci Sports Exerc, pp. 1409-26.
13. Heywood R, et al. Safety and feasibility of exercise interventions in patients with advanced cancer: a systematic review. sl : Support care cancer, 2017 [Epub ahead of print].
14. Dittus KL, et al. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: a systematic review. sl : Prev Med, 2017 [Epub ahead of print].
15. Mishra SI, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. 2012, Cochrane Database Syst Rev., p. CD008465.
16. Buffart LM, et al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. 2017, Cancer Treat Rev, pp. 91-104.
17. Velthuis MJ, et al. The effect of physical exercise on cancer-related fatigue during cancer treatment: a meta-analysis of randomised controlled trials. 2010, Clin Oncol, pp. 208-221.
18. van Waart H, et al. Effect of Low-Intensity Physical Activity and Moderate- to High-Intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial. 2016, J Clin Oncol, pp. 1918-27.
19. Courneya KS, et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. sl : J Clin Oncol, 2007, Vol. 1;25(28):4396-404.
20. Speck RM, et al. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. 2010, J Cancer Surviv., pp. 87-100.
21. Mishra SI, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. 2012, Cochrane Database syst rev, p. CD007566.
22. Kampshoff CS, et al. Randomized controlled trial of the effects of high intensity and low-to-moderate intensity exercise on physical fitness and fatigue in cancer survivors: results of the Resistance and Endurance exercise After ChemoTherapy. 2015, BMC Med., p. 275.
23. Courneya KS, et al. Effects of exercise during adjuvant chemotherapy on breast cancer outcomes. sl : Med Sci Sports Exerc, 2014, Vol. Sep;46(9):1744-51.24.
24. Hayes SC, et al. Exercise following breast cancer: exploratory survival analyses of two randomised, controlled trials. sl : Breast Cancer Res Treat, 2017 [Epub ahead of print].
25. van Waart H, et al. Cost-utility and cost-effectiveness of physical exercise during adjuvant chemotherapy. sl : Eur J Health Econ, 2017 [Epub ahead of print].
26. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of high versus low-to-moderate intensity resistance and endurance exercise among cancer survivors. [boekaut.] Kampshoff CS. Thesis. 2017.
27. Roest-Broers N, Verheijke E. Maatschappelijke business case OnTrack. Interventie gericht op chronische vermoeidheid bij mensen met kanker. juni 2018. Sinzer, KWF Kankerbestrijding

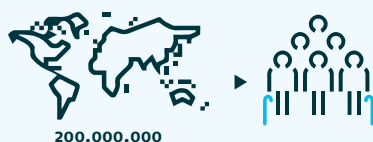
Fysiotherapie bij claudicatio intermittens

Claudicatio intermittens (CI), ook wel etalagebenen genoemd, is het meest voorkomende symptoom van perifeer arterieel vaatlijden (PAV). CI wordt gekenmerkt door atherosclerose (slagaderverkalking) in de bloedvaten van en naar de benen.¹ Door belemmering van de bloeddorstrooming is er tijdens inspanning een tekort in zuurstoftoevoer (relatieve ischemie) naar de spieren, welke leidt tot pijn en kramp in de benen.¹

Claudicatio intermittens in Nederland



In Nederland heeft ruim **19%** van de **55-plussers** een vorm van PAV, globaal genomen komt dat neer op **800.000 tot 1 miljoen personen**.²



Wereldwijd zijn er meer dan **200 miljoen mensen** met PAV en dit aantal **neemt sterk toe met het stijgen van de leeftijd**.³



De **diagnose** wordt net zo vaak gesteld bij **mannen als bij vrouwen**. **Roken** is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van CI.²



In de **Nederlandse huisartspraktijk** zijn er jaarlijks gemiddeld **10 per 1000 nieuwe personen** met PAV. Grofweg een derde hiervan is **symptomatisch**, wat neerkomt op **25.000 nieuwe patiënten per jaar** met de diagnose CI.²

Klachten & gevolgen



CI kenmerkt zich door **pijn in de beenspieren** (bil, dijbeen, kuit) tijdens het lopen, welke met rust **binnen 10 minuten** (vrijwel volledig) **verdwijnt** en weer **opnieuw optreedt** bij een **volgende inspanning**.²



Deze (pijn)klachten leiden tot **beperkingen in loopafstand** en gaan gepaard met een **verminderd uithoudingsvermogen**, verminderde spierkracht van de onderste extremiteit en **angst** voor inspanning en pijn.⁴⁻⁶ Recent onderzoek bij CI toonde tevens aan dat er sprake is van een **afwijkend looppatroon** en een **verhoogde valneiging** door verminderde balans.⁷



Daarnaast hebben patiënten met CI een **verminderde kwaliteit van leven** in vergelijking met gezonde leeftijdsgenoten en is de **levensverwachting met 10 jaar verkort** door het **aanzienlijk verhoogde risico** op een **hart- en/of herseninfarct**.¹

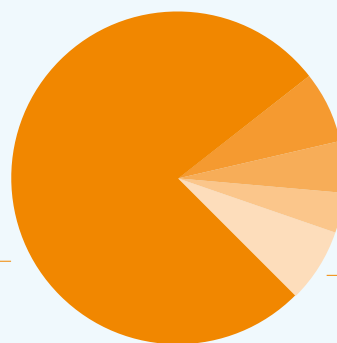
Kosten

De zorgkosten voor PAV in Nederland zijn berekend op **436,2 miljoen euro per jaar**.¹⁰



Hiervan werd **77%** besteed aan ziekenhuiszorg/medisch-specialistische zorg, **7%** aan ouderenzorg, **5%** aan genees- en hulpmiddelen, **4%** aan eerstelijnszorg en **7%** aan overige uitgaven.

77% ziekenhuis- / medisch-specialistische zorg



De kosten van een operatie door een vaat-chirurg variëren tussen de **8.000 en 11.000 euro per patiënt**.¹¹ De kosten van een behandeltraject bij de fysiotherapeut liggen tussen de **1.600 tot 2.300 euro per patiënt met CI**.

7% ouderenzorg



5% genees- en hulpmiddelen



4% eerstelijnszorg



5% overige uitgaven



Per 1 januari 2017 worden **37 sessies fysiotherapie** vanuit het basispakket vergoed (ongeveer **1.200 euro**).

Behandeling



De **conservatieve behandeling** van CI bestaat uit twee pijlers: **cardiovasculair risicomanagement (CVRM)**, door de huisarts en **symptomatische behandeling** (door een (gespecialiseerde) fysiotherapeut).²



CVRM bestaat uit **medicatie** (met name **bloedplaatjesremmers** en **cholesterolverlagers**), **adequate regulering** van eventueel aanwezige **diabetes mellitus** en/of **hypertensie** en **leefstijladviezen**. CVRM is gericht op het voorkómen van een nieuw hart- en/of herseninfarct en vroegtijdig overlijden.²



De **symptomatische behandeling** bestaat uit **gesuperviseerde looptherapie (GLT)** en is gericht op het **verminderen van pijnklachten** en **beperkingen in loopafstand**, het **verbeteren van uithoudingsvermogen** en **sperkracht** en het **stimuleren van een verantwoorde leefstijl**.



In alle huidige (**inter**)**nationale richtlijnen** wordt een **'stepped-care'** (stapsgewijze) benadering **aanbevolen** in de behandeling van patiënten met CI.⁸ De **eerste stap** is een **conservatief traject**. Pas wanneer dit tot **onvoldoende resultaat** heeft geleid na enkele maanden kan een **invasieve behandeling** (**dotter** met eventuele **stentplaatsing** of chirurgische **bypass operatie**) overwogen worden.

Fysiotherapeutische behandeling



GLT start met **meerdere sessies per week** en wordt vervolgens **stapsgewijs afgebouwd** naar het niveau waarop de patiënt **zelfstandig** kan trainen in zijn/haar **eigen omgeving**.⁹ Deze training vindt veelal plaats op een **loopband**, waarbij de patiënt **intervalsgewijs** door de **pijn heen loopt**, gevolgd door een kort **moment van rust**. Daarnaast wordt het **uithoudingsvermogen** getraind en is er aandacht voor verbetering van het **looppatroon** met **functionele oefeningen** en **krachttraining**.⁹



Tijdens GLT wordt door middel van **motiverende gespreksvoeringstechnieken** leefstijlverandering nagestreefd. **Stoppen met roken**, **gezonde(re) voeding** en een **verantwoord lichaamsgewicht** zijn onderdelen die tot dit domein behoren.⁹ Reeds tijdens de intensieve trainingscontacten worden patiënten begeleid in **zelfmanagement**.



Evaluatie van de behandeling vindt veelal plaats met behulp van een **gestandaardiseerde loopbandtest**, eventueel aangevuld met **vragenlijsten**, waarvan de uitkomsten op een **gestandaardiseerde wijze** en op vaste momenten teruggekoppeld worden aan de **verwijzer**.⁹

Meerwaarde van fysiotherapie



GLT is bewezen effectief in het **verminderen van pijn**, het verhogen van de maximale en functionele **loopafstand** en het **verbeteren van de kwaliteit van leven**.¹² Daarnaast zijn er aanwijzingen voor een positief effect op de **levensverwachting** door afname van het aantal **hart- en herseninfarcten**.¹³ Het is gebleken dat **80%** van de patiënten met CI **tevreden** is met deze fysiotherapeutische behandeling.¹¹



Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat een **invasieve behandeling** tot **dezelfde verbetering** in loopafstand leidt als **GLT**,¹⁴ maar wel met een **grotere kans op complicaties**¹⁵ en **hogere kosten** gepaard gaat.^{16,17} GLT als eerste behandeling is **kosteneffectief** gebleken en kan een geschatte jaarlijkse **kostenbesparing van 33 miljoen** opleveren.^{11,16,17}

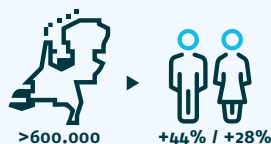
Referenties

- Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. *Circ Res.* 2015;116(9):1509-26.
- NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden, 2014 (<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/perifeer-arterieel-vaatlijden>)
- Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet.* 2013;382(9901):1329-40.
- Mays RJ, Casserly IP, Kohrt WM, Ho PM, Hiatt WR, Nehler MR, et al. Assessment of functional status and quality of life in claudication. *J Vasc Surg.* 2011;53(5):1410-21.
- Lane RA, Mazari F, Mockford KA, Vanicek N, Chetter IC, Coughlin PA. Fear of falling in claudicants and its relationship to physical ability, balance, and quality of life. *Vasc Endovascular Surg.* 2014;48(4): 297-304.
- Crowther RG, Spinks WL, Leicht AS, Quigley F, Golledge J. Relationship between temporal-spatial gait parameters, gait kinematics, walking performance, exercise capacity, and physical activity level in peripheral arterial disease. *J Vasc Surg.* 2007;45(6):1172-8.
- Mockford KA, Mazari F, Jordan AR, Vanicek N, Chetter IC, Coughlin PA. Computerized dynamic posturography in the objective assessment of balance in patients with intermittent claudication. *Ann Vasc Surg.* 2011;25(2):182-90.
- Richtlijn Diagnose Perifeer Arterieel Vaatlijden, 2016 (https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perifeer_arterieel_vaatlijden_pav/diagnose_pav.html)
- KNGF-richtlijn Symptomatisch perifeer vaatlijden, 2014 (www.kngfrichtlijnen.nl)
- RIVM Kosten van Ziekten database 2013. Beschikbaar via: https://kostenvanziektenool.volkgezondheidszorg.info/tool/nederlands/?ref=kvz_v21h1p4r4cz1otjoo3y6a-1g0d7s54zofow2
- Fokkenrood HJ, Scheltinga MR, Koelemay MJ, Breek JC, Hasaart F, Vahl AC, et al. Significant savings with a stepped care model for treatment of patients with intermittent claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48(4):423-9.
- Fokkenrood HJ, Bendermacher BL, Lauret GJ, Willigendaal EM, Prins MH, Teijink JA. Supervised exercise therapy versus non-supervised exercise therapy for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8.
- Sakamoto S, Yokoyama N, Tamori Y, Akutsu K, Hashimoto H, Takeshita S. Patients with peripheral artery disease who complete 12-week supervised exercise training program show reduced cardiovascular mortality and morbidity. *Circ J.* 2009;73(1):167-73. Epub 2008/11/29.
- Murphy TP, Cutlip DE, Regensteiner JG, Mohler ER, 3rd, Cohen DJ, Reynolds MR, et al. Supervised Exercise, Stent Revascularization, or Medical Therapy for Claudication Due to Aortoiliac Peripheral Artery Disease: The CLEVER Study. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(10):999-1009.
- Egorova NN, Guilleme S, Gelijs A, Morrissey N, Dayal R, McKinsey JF, et al. An analysis of the outcomes of a decade of experience with lower extremity revascularization including limb salvage, lengths of stay, and safety. *J Vasc Surg.* 2010;51(4):878-85. Epub 2010/08/11.
- van den Houten MM, Lauret GJ, Fakhry F, Fokkenrood HJ, van Asselt AD, Hunink MG, Teijink JA. Cost-effectiveness of supervised exercise therapy compared with endovascular revascularization for intermittent claudication. *Br J Surg.* Aug 2016. Epub 2016/08/11.
- Spronk S, Bosch JL, den Hoed PT, Veen HF, Pattynama PM, Hunink MG. Cost-effectiveness of endovascular revascularization compared to supervised hospital-based exercise training in patients with intermittent claudication: a randomized controlled trial. *J Vasc Surg.* 2008;48(6):1472-80.

Fysiotherapie bij COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een verzamelnaam voor twee typen chronische longziekten, namelijk chronische bronchitis en longemfyseem. Bij COPD zijn de luchtwegen ontstoken en de longblaasjes beschadigd. Hierdoor ontstaat luchtwegobstructie. Patiënten ervaren onder andere problemen van het adembewegingsapparaat, verminderde fysieke activiteit en/of beperking in de fysieke capaciteit. COPD wordt gekenmerkt door longaanvallen (exacerbaties), een verergerend beloop en de aanwezigheid van nevenaandoeningen.¹

COPD in Nederland



In Nederland hebben ruim 600.000 mensen COPD. In werkelijkheid ligt dit aantal waarschijnlijk hoger omdat de ziekte niet altijd wordt herkend.² De verwachting is dat dit aantal tot 2040 zal stijgen met 44% bij mannen en 28% bij vrouwen.²



COPD komt vooral voor bij mensen vanaf 40 jaar, de prevalentie neemt toe met de leeftijd.^{1,3} COPD komt momenteel ongeveer evenveel voor bij mannen als vrouwen.^{1,3} De belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van COPD is roken, maar daarnaast spelen genetische factoren, luchtvervuiling en beroepsmatige blootstelling aan schadelijke stoffen ook een rol.^{1,3}



Vrijwel alle mensen met COPD hebben één of meerdere nevenaandoeningen, met cardiovasculaire aandoeningen als belangrijkste.^{1,4}

Klachten & gevolgen



De meest voorkomende klachten bij COPD zijn kortademigheid bij inspanning en chronisch hoesten.⁴



Als gevolg van de aandoening treedt een afname van conditie, spierkracht en lichaamsgewicht op (hoewel overgewicht ook veel voorkomt)⁵, resulterend in beperkingen in fysiek functioneren en afname in kwaliteit van leven.^{4, 6}



Ruim één derde van de mensen met COPD ervaart dat hun longziekte emotioneel een weerslag heeft op hun leven.⁷ Circa 37% van de mensen met COPD in de leeftijd van 15-64 jaar is arbeidsongeschikt, waarvan de grote meerderheid (69%) volledig arbeidsongeschikt.⁷

Risico's



COPD is een ernstige longziekte met onomkeerbare gevolgen³ en staat op plaats vier in de top tien van ziekten met de grootste ziektelast.²



Mensen met COPD hebben een verhoogd risico op ziekenhuisopnames, vooral ten gevolge van longaanvallen.⁴ Ook is er een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden,⁸ COPD staat op plek 6 van ziekten met de hoogste sterfte.²

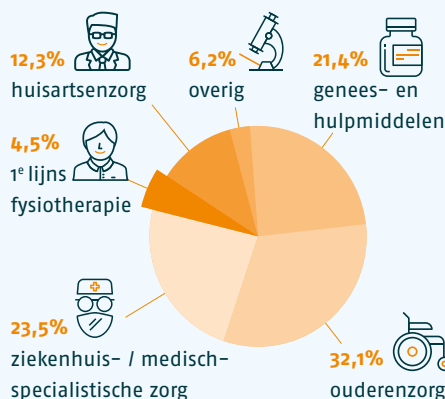


Meer dan 50% van de mensen met COPD die na een longaanval ontslagen worden uit het ziekenhuis, wordt binnen een jaar weer opgenomen.⁴

Kosten

De totale zorgkosten van COPD bedragen ruim 900 miljoen euro per jaar.² Dit komt neer op 1% van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg.²

De fysiotherapeutische eerstelijnszorg bedraagt 4,5% van de totale zorgkosten voor COPD.²



COPD zorgt voor bijna 34.000 ziekenhuisopnames met een gemiddelde ligduur van 7,6 dagen, in totaal 257.000 opnamedagen.²

Behandeling



De behandeling bij COPD kan bestaan uit **medicatie** in combinatie met **niet-medicamenteuze** (multidisciplinaire) behandelingen zoals hulp bij **stoppen met roken** en **fysiotherapie**, die indien nodig ook binnen een interdisciplinaire longrevalidatie-behandeling aangeboden kunnen worden.^{1,9,10}



Medicamenteuze interventies alleen hebben een **beperkt effect** en dienen **altijd** gecombineerd te worden met **niet-medicamenteuze maatregelen**.⁹ **Huisartsen** adviseren **fysiotherapie** of longrevalidatie bij een milde, matige of hoge ziektebelasting.¹³



Fysiotherapie bij COPD wordt, voor patiënten met **GOLD II en hoger**, vanaf de **eerste** behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Wel gelden afhankelijk van de ziektebelasting en ziektebestabiliteit (longaanvallen) **maxima** voor het aantal behandelingen en is het eigen risico van toepassing.



Hoewel **tweederde** van de patiënten met COPD milde tot hoge ziektebelasting ervaart¹⁶ en in aanmerking komt voor (screening voor) fysiotherapie,¹¹ bezoekt jaarlijks slechts **5%** van de patiënten de **fysiotherapeut**.¹⁴

Fysiotherapeutische behandeling

De fysiotherapiebehandeling is gericht op:



fysieke activiteit



fysieke capaciteit



adembewegingsapparaat



behandeling kan bestaan uit:

- verandering van beweeggedrag;
- gestructureerde fysieke inspanningstraining bestaande uit duur- of intervaltraining en/of perifere spierkrachttraining, of;
- interventies voor het adembewegingsapparaat zoals ademspiertraining, ademhalingsoefeningen en mucusklaring.¹¹

Tijdens de therapie wordt **voorzichting** en **educatie** verstrekt over het omgaan met COPD.¹³



Om behandelresultaten te behouden wordt na de intensieve behandelingsfase de afbouw gericht op de overgang naar **reguliere sport- en beweegactiviteiten**.¹³ Met periodieke **evaluaties** kan de therapie op tijd worden hervat of ¹³ zeer kwetsbare patiënten die niet in staat zijn zelfstandig het fysiek functioneren op peil te houden komen voor eventuele **onderhoudsbehandeling** in aanmerking.¹³

Meerwaarde van fysiotherapie



Fysiotherapie is bewezen effectief gebleken op:^{6,13,14,15}

- ✓ afname symptoomlast, bijv. kortademigheid
- ✓ verbetering van de fysieke activiteit
- ✓ verbetering van de fysieke capaciteit
- ✓ afname van angst en depressie



Ook de ervaren effectiviteit van **fysiotherapie** is aangetoond bij mensen met COPD¹⁷ en zij zijn **positief over de zorg** die zij krijgen van de fysiotherapeut.⁷ Fysiotherapie als belangrijk onderdeel in de longrevalidatie is **kostenbesparend** gebleken doordat **ziekenhuisopnames voorkomen** kunnen worden.¹²

Referenties

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2016. (<http://www.goldcopd.org>).
- 2 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/copd>.
- 3 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>.
- 4 Gibson GJ, et al. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. Eur Respir J 2013; 42(3): 559-63.
- 5 Decramer M, et al. COPD as a lung disease with systemic consequences—clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. COPD 2008; 5(4): 235-56.
- 6 McCarthy B, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2: CD003793.
- 7 Waverijn G, et al. Leven met een longziekte in Nederland. Cijfers en trends over de zorg- en leefsituatie van mensen met een longziekte: NIVEL, 2016 (<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Leven-met-longziekte-Nederland.pdf>).

- 8 Wedzicha JA en Donaldson GC. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Respir Care 2003; 48(12): 1204-13.
- 9 NHG-standaard COPD. NHG, 2015 (<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/copd>).
- 10 Zorgstandaard COPD. LAN, 2016 (<http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd>).
- 11 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Richtlijn COPD. Amersfoort, 2020. (www.kngf.nl/kennisplatform)
- 12 Puhan MA, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016; 12: CD005305.
- 13 Zorginstituut Nederland. Pakketadvies gesuperviseerde oefentherapie bij COPD. 2018. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/22/pakketadvies-gesuperviseerde-oefentherapie-bij-copd>

- 14 Zorginstituut Nederland. Verbetersignalement: Zorgtraject van mensen met COPD. Zinnige Zorg; 2019 <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/10/zinnige-zorg-verbetersignalement-copd>
- 15 Mantoani LG, Rubio N, McKinstry B, MacNee W, Rabinovich RA. Interventions to modify physical activity in patients with COPD: a systematic review. Eur Respir J. 2016;48(1):69-81.
- 16 Smid DE, Spruit MA, Houben-Wilke S, Muris JWM, Rohde GGU, Wouters EFM, Franssen FME. Burden of COPD in patients treated in different care settings in the Netherlands. Respir Med. 2016 Sep;118:76-83.
- 17 van Wetering CR, et al. Short- and long-term efficacy of a communitybased COPD management programme in less advanced COPD: a randomised controlled trial. Thorax 2010; 65(1): 7-13.

Fysiotherapie bij heup- en knieartrose

Artrose is één van de meest voorkomende gewrichtsaandoeningen van het bewegingsapparaat.¹ Bij het ontstaan van artrose staat de interactie tussen overbelasting (mechanisch) en ontstekingsfactoren (reumatisch) centraal.^{1,2} Bij artrose is niet alleen het kraakbeen en het bot aangedaan, maar kunnen ook de weke delen zoals spieren, kapsel en banden een belangrijke rol spelen.^{1,2}

Heup- en knieartrose in Nederland



359.000



594.000

Heup- en knieartrose zijn, naast handartrose, de meest voorkomende vormen van artrose in Nederland. **Heupartrose** komt voor bij **359.000** personen; **knieartrose** bij **594.000** personen.³



De verwachting is dat het aantal personen met artrose tussen **2011** en **2030** zal **toenemen** met **37%** vanwege vergrijzing en een toenemend aantal mensen met **overgewicht**.⁴



Vrijwel alle patiënten met heup- of knieartrose heeft één of meerdere andere aandoeningen zoals **diabetes mellitus type II**, **coronair lijden**, **hartfalen**, **COPD**, **overgewicht** of **depressie**, en/of meerdere **aangedane gewrichten**.⁵

Klachten & gevolgen



De meest voorkomende klachten zijn (start) **pijn** en/of **stijfheid**. Andere veel voorkomende klachten zijn **pijn in de lies**, **lage rug**, **voor/ zijkant heup** (bij heupartrose), **instabiliteit** (bij knieartrose), **spierzwakte** van de bovenbeenspieren en **verminderde conditie**, en soms is het **gewricht ontstoken**.¹



Deze klachten leiden tot **beperkingen in activiteiten** (zoals **(trap)lopen**, gaan zitten en **opstaan** van stoel) en verminderde participatie in **(vrijwilligers)werk**, **vrije tijd**, **sociale activiteiten** en **sport**.¹



Artrose leidt **niet vaak** tot **arbeidsongeschiktheid**, maar werkende mensen met artrose kunnen wel **aanpassingen** nodig hebben in hun **werksituatie**, zoals veranderingen in **takenpakket** of **werkplek**, of **vermindering van werkuren**.⁵

Kosten

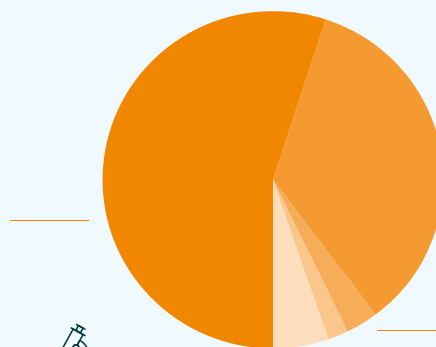
De zorgkosten bij artrose bedroegen in 2011 naar schatting **1,1 miljard euro**.³ Dat is **1,2%** van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland.



Van de zorgkosten voor artrose werd het grootste deel (54%) besteed aan ziekenhuiszorg, 34% aan ouderen- en verpleegzorg, 4% aan eerste lijnszorg, 3% aan medicatie en hulpmiddelen en 5% aan overige zorgverleners.³



54% ziekenhuiszorg



34% ouderen- en verpleegzorg



4% eerstelijnszorg



3% medicatie en hulpmiddelen



5% overige zorgverleners



In 2014 werd 96% van alle geregistreerde gewrichtsvervangende operaties verricht vanwege heupartrose (28.026) en knieartrose (26.754).⁷



De gemiddelde kosten van een totale heupoperatie bedraagt € 9.849,- en voor een totale knieoperatie € 10.443,-.⁸

Behandeling



Een gezonde leefstijl, zoals voldoende **lichamelijke beweging** en geen **overgewicht**, speelt een belangrijke rol in het **voorkómen** van (verergering van) artrose en beperkingen in activiteiten.⁹⁻¹¹



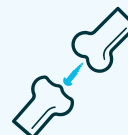
Is dit niet toereikend, dan kunnen de volgende conservatieve behandelingen overwogen en met de patiënt besproken worden: **voorlichting/advies, oefentherapie, pijnmedicatie** en (in geval van overgewicht) **begeleiding in gewichtsverlies**.¹⁰⁻¹⁴



De volgende **zorgverleners** zijn **primair betrokken** binnen de artrosezorg: huisarts, fysio- of oefentherapeut, reumatoloog, reuma- verpleegkundige, diëtist en orthooped.¹³



Stepped care (stapsgewijze behandeling), waarin een gewrichtsvervangende operatie pas in een **eindstadium** van artrose wordt overwogen, nadat de aanbevolen niet-operatieve behandelopties onvoldoende effect hebben gehad, wordt gezien als **optimale en meest doelmatige** behandelwijze bij artrose.^{15,16}



In het **eindstadium** van artrose is een **gewrichtsvervangende operatie** een effectieve behandeloptie.^{13,17}

Meerwaarde van fysiotherapie



Oefentherapie is, in combinatie met voorlichting/advies, een **belangrijke pijler** in de behandeling van artrose, en kan effectief zijn in het **verbeteren van fysiek functioneren en kwaliteit van leven**, en het **verminderen van pijn**, bij mensen met heup-¹⁸ of knieartrose.¹⁹



Oefentherapie lijkt tevens **costeneffectief** in vergelijking met standaard pijnmedicatie, bij mensen met heup- of knieartrose.²⁰ Oefentherapie kan ook in een **vergevoerd stadium** van artrose **effectief zijn**^{21,22}, waarmee gewrichtsvervangende **operaties mogelijk uitgesteld** en **zorgkosten vermeden** worden.⁴



Ook in het **revalidatietraject** na een **kniefvangende operatie** kan oefentherapie het **fysiek functioneren verbeteren** en de **pijn verminderen**.²³

Fysiotherapeutische behandeling



De **oefentherapie** onder begeleiding van een **deskundige fysiotherapeut** bestaat uit **spierversterkende oefeningen**, oefeningen ter verbetering van de **aerobe capaciteit** en oefeningen voor de **uitvoering van activiteiten** waarmee beperkingen ervaren worden (functionele oefeningen).¹⁰⁻¹²



In geval van **ernstige comorbiditeit** dient de oefentherapie **aangepast** te worden door de fysiotherapeut.²⁴ De oefentherapie wordt gecombineerd met **voorlichting** met betrekking tot kennis over artrose, adviezen over **gezonde leefstijl**, zelfmanagement en de **juiste balans** tussen belasting en belastbaarheid.^{10,11}



Het is essentieel dat patiënten tijdens maar vooral na de behandelperiode **zelfstandig oefeningen** blijven uitvoeren en **voldoende bewegen**, om de behandelresultaten op **lange termijn** te kunnen behouden.^{10,11}

Referenties

1. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet*. 2011;18;377(9783):2115-26.
2. Astephan Wilson J.L., Deluzio, K, Dunbar MJ, et al. The association between knee joint biomechanics and neuromuscular control and moderate knee osteoarthritis radiographic and pain severity. *Osteoarthritis and Cartilage* 2011; 19:186-193.
3. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/artrose>.
4. [https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zini-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2014/406-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup/406-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup/406-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup/verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup.pdf](https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zini-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2014/406-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup/406-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup/verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup.pdf).
5. van Dijk GM, Veenhof C, Schellevis F, et al. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:95.
6. Everaert C. Gevolgen van heup- en knieartrose voor arbeidsparticipatie TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde April 2016, Volume 22, Issue 4, pp 160-161. <http://www.ivoi.nl/nl/publicaties/jaarrapportage>.
7. <http://www.zorgkaartnederland.nl/aandoeningen>.
8. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/artrose/hoe-zijn-preventie-en-zorg-van-artrose-georganiseerd/>
9. Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res* 2012;64:465-74.
10. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, et al. European League Against Rheumatism. (EULAR). EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jul;74(7):1125-35.
11. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. KNGF, 2010 (www.kngf.nl/richtlijnen).
12. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose. NOV, 2007 (http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2011/Richtlijn_artrose_heup_en_knie%202007.pdf).
13. NHG-standaard Niet-traumatische knieproblemen (2016). NHG (<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/niet-traumatische-knieklachten>).
14. Van den Ende CHM, Bierma-Zeinstra SMA, Vliet Wleland TPM, et al. Conservatieve behandeling van heup en knieartrose, systematische en stapsgewijze behandelstrategie. *Med Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A1574.
15. http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/Verstandig%20Kiezen/Verstandige%20Keuzes%20NOV_definitief.pdf.
16. Skou ST, Roos EM, Laursen MB, et al. Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement. *N Engl J Med*. 2015 Oct 22;373(17):1597-606.
17. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, et al. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 22;4:CD007912.
18. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med*. 2015 Dec;49(24):1554-7.
19. Pinto D, Robertson MC, Abbott JH, et al. Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for osteoarthritis of the hip or knee. 2: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013 Oct;21(10):1504-13.
20. Knoop J, Dekker J, van der Leeden M, et al. Is the severity of knee osteoarthritis on magnetic resonance imaging associated with outcome of exercise therapy? *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2014 Jan;66(1):63-8.
21. Villadsen A, Overgaard S, Holsgaard-Larsen A, et al. Immediate efficacy of neuromuscular exercise in patients with severe osteoarthritis of the hip or knee: a secondary analysis from a randomized controlled trial. *J Rheumatol*. 2014 Jul;41(7):1385-94.
22. Artz N, Elvers KT, Lowe GM, et al. Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Feb 7;16:15.
23. de Rooij M, van der Leeden M, Cheung J, et al. Efficacy of tailored exercise therapy on physical functioning in patients with knee osteoarthritis and comorbidity: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2016 Aug 26.

Fysiotherapie bij osteoporose

Osteoporose is een 'stille' en sluipende aandoening die zich kenmerkt door een lage botmineraaldichtheid (botmassa, BMD) en een verstoorde samenhang van het botweefsel. Hierdoor is het bot brozer en is de kans op een botbreuk (fractuur) groter. De meest voorkomende osteoporotische botbreuken zijn wervel-, pols- en heupfracturen.¹

Osteoporose in Nederland

Op basis van huisartsenregistraties hadden in 2015 naar schatting 431.400 personen osteoporose: 62.900 mannen en 368.500 vrouwen.² Het werkelijke aantal ligt echter hoger, doordat **veel personen met osteoporose nog geen klachten hebben** en dus niet naar de huisarts gaan,^{1,3} en wordt geschat op meer dan **900.000 mensen** en een verwachte stijging naar 1.200.000 mensen in 2025.⁴



Belangrijke risicofactoren voor het krijgen of verergeren van osteoporose: leeftijd, vrouwelijke geslacht, familiale osteoporose, eerdere fractuur, etniciteit, vroege menopauze, langdurig glucocorticoïd gebruik, anti-hormonale behandeling bij vrouwen en mannen, reumatoïde artritis en hypogonadisme (tekort aan testosteron) bij mannen, epilepsie, hyperthyroïdie en de ziekte van Crohn.⁵⁻⁷



Belangrijke beïnvloedbare risicofactoren voor het krijgen of verergeren van osteoporose: onvoldoende lichamelijke activiteit, voeding (namelijk een lage inname van calcium en een hoge inname van cafeïne, eiwit, vezels en zout), gebruik van alcohol, roken, ondergewicht en vitamine D tekort.^{8,9}

Klachten & gevolgen

Osteoporose is een **sluipend proces dat in het begin geen klachten** geeft. Vaak wordt deze aandoening pas opgemerkt wanneer het verlies aan botmassa zodanig is dat er **door een val of ongelukkige beweging een bot breekt**.



De gevolgen van osteoporose zijn **fracturen** zoals het inzakken van de rugwervels, pols-, heup- en ribfracturen én de hiermee gepaard gaande **pijnklachten, beperkingen in dagelijkse activiteiten en verminderde kwaliteit van leven**.¹⁰



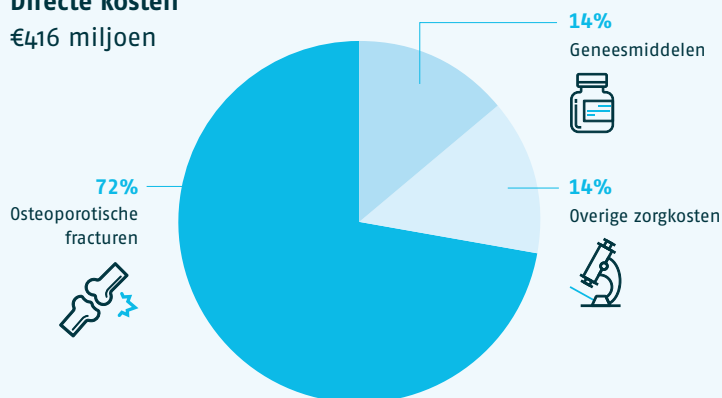
Heupfracturen als gevolg van osteoporose komen met een **toenemende leeftijd meer voor**³ en zijn gerelateerd aan sterfte.^{10,11} De kans op overlijden is in de eerste 6 maanden na de heupfractuur hoog en dat geldt ook voor de jaren er na.¹¹ De meerderheid van de heup- en wervelfracturen bij **vrouwen boven de 50 jaar** kan worden toegeschreven aan osteoporose.²

Kosten

In 2015 waren de **directe zorgkosten** voor osteoporose €116 miljoen, waarvan meer dan 50% besteed werd aan geneesmiddelen. Als de geschatte kosten voor **aan osteoporose gerelateerde fracturen** meegenomen worden, komen de directe zorgkosten op **€416 miljoen**.¹²

Een studie die ook de **indirecte zorgkosten** na fractuur en de kosten voor het verblijf in verpleeghuizen meeneemt, geeft een schatting van de **totale kosten voor 2010 van €824 miljoen** met een verwachte stijging naar **€1,07 miljard in 2025**.¹³

Directe kosten
€416 miljoen



Behandeling



In de behandeling bij osteoporose staat het belang van **structureel meer bewegen** (op een manier die goed is voor de botten), samen met goede **voeding** en **medicatie**, centraal. De behandelopties zijn leefstijladviezen/voorlichting, valpreventiemaatregelen, oefentherapie en voorschrijving van vitamine D, calcium en antiresorptieve medicatie (bijvoorbeeld orale of intraveneuze bisfosfonaten, denosumab en op indicatie teriparatide), afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op vallen en fracturen.^{14,15}



Fysiotherapie wordt aanbevolen indien er sprake is van **dreigende immobiliteit**, een **verhoogd val- of fractuurrisico en/of na een fractuur**.¹⁵ Omdat fysiotherapeuten regelmatig patiënten behandelen met een verhoogd risico op osteoporose of osteoporose gerelateerde fracturen, kunnen zij ook een **preventieve rol** spelen bij osteoporose door patiënten vroegtijdig op te sporen.^{14,15}

Fysiotherapeutische behandeling



De fysiotherapeutische behandeling bij patiënten met osteoporose en een **hoog valrisico** bestaat uit functionele oefentherapie gericht op **spierkracht en balans, looptraining en advies/voorlichting** over het belang van een actieve leefstijl.¹⁵ Voor een optimaal resultaat moet deze behandeling op het individu zijn afgestemd¹⁵ en voldoende intensief zijn (krachtoefeningen met 70–90% van 1RM, looptraining met intensiteit van 70–75% van de VO_{2max} , 80–85% van de HR_{max} of 6 km/uur).¹⁵

Bij patiënten met osteoporose en een **hoog fractuurrisico** moet fysiotherapie voornamelijk bestaan uit **gewichtdragende oefeningen** ter bevordering of instandhouding van botmineraaldichtheid, gecombineerd met **advies/voorlichting** over het belang van een actieve leefstijl.¹⁶



Fysiotherapie bij osteoporose in de eerste lijn dient door de **patiënt zelf betaald** te worden of vanuit het **aanvullende pakket** vergoed te worden.



Meerwaarde van fysiotherapie



Uit diverse studies blijkt dat gewichtdragende oefeningen gericht op spierkracht en uithoudingsvermogen een **positief effect hebben op botsterkte**, met name wanneer de interventies **minimaal 1 jaar worden volgehouden**.^{17–19}



Daarnaast is het aangetoond dat oefentherapie gericht op spierkracht en balans en specifiek aangepast aan het individuele niveau van de patiënt zorgt voor een **afname van het aantal valincidenten en fracturen**²⁰ en daarmee mogelijk **kostenbesparend** kan zijn.^{21,22}

Referenties

1. www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/osteoporose/.
2. Lötters FJB, et al. Current and Future Incidence and Costs of Osteoporosis-Related Fractures in The Netherlands: Combining Claims Data with BMD Measurements. *Calcif Tissue Int.* 2016;98.
3. Van der Linden MW, et al. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/ Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
4. D. van den Elshout-den Uijl, JRB, et al.. Expert Opinion Paper, evaluatie van de osteoporosezorg in Nederland: 'unmet needs'. *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie.* 2017; 40-45.
5. Kanis JA, et al. Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnosis thresholds. *Osteoporosis Int* 2001;12:989-95.
6. Kanis JA, et al. A family history of fracture and fracture risk: a meta-analysis. *Bone* 2004;35:1029-37.
7. Kanis JA, et al. A meta-analysis of prior corticosteroid use and fracture risk. *J Bone and Miner Res* 2004;19:893-99.
8. Kanis JA, et al. Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporosis Int* 2005;16:737-42.
9. Kanis JA, et al. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporosis Int.* 2005;16:155-62.
10. Cauley JA, et al. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol.* 2014; 10(6).
11. Sattui SE, et al. Fracture mortality: associations with epidemiology and osteoporosis treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014 Oct;10(10):592-602.
12. Van der Linde M. Screeningsfase Systematische Analyse Endocriene Ziekten voedings- en stofwisselingsstoornissen Zinnige Zorg | ICD-10: IV (E00-E90) DATUM: 6 SEPTEMBER 2018 |
13. Svedbom A, et al. Osteoporosis in the European Union: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos* 2013; 8: 137.
14. NHG-Standaard Fractuurpreventie. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012 (www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-fractuurpreventie).
15. Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie, 3e herziene richtlijn 2011 (https://www.volksgezondheidszorg.info/sites/default/files/cbo_richtlijn_osteoporose-en-fractuurpreventie-2011.pdf).
16. KNGF-richtlijn Osteoporose. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2011 (www.kngfrichtlijnen.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/osteoporose).
17. de Kam D, et al. Exercise interventions to reduce fall-related fractures and their risk factors in individuals with low bone density: a systematic review of randomized controlled trials. *Osteoporosis Int.* 2009 Dec;20(12):2111-25.
18. Korpelainen R. Effect of impact exercise on bone mineral density in elderly women with low BMD: a population-based randomized controlled 30-month intervention. *Osteoporosis Int.* 2006;17(1):109-18.
19. von Stengel S, et al. Differential effects of strength versus power training on bone mineral density in postmenopausal women: A 2-year longitudinal study. *Br J Sports Med.* 2007;41(10):649-55.
20. Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000340.
21. McLean K, et al. Economic evaluation of a group-based exercise program for falls prevention among the older community-dwelling population. *BMC Geriatr.* 2015 Mar 26;15:33.
22. Groessi EJ, et al. Cost-effectiveness of the LIFE Physical Activity Intervention for Older Adults at Increased Risk for Mobility Disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016 May;71(5):656-62.

Fysiotherapie bij reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische ontstekingsziekte die zich vooral kenmerkt door ontstekingen van gewrichten, pezen en slijmbeurzen. Het is een auto-immuunziekte waarbij het afweersysteem zich tegen het eigen lichaam keert. Door de ontstekingen kan onherstelbare schade aan de gewrichten en pezen ontstaan. RA is nog niet te genezen en klachten verergeren zonder behandeling.

Reumatoïde artritis in Nederland



In Nederland hebben **238.000** mensen RA (1,4% van de bevolking)¹.



RA komt met een toenemende leeftijd meer voor en **2-3 keer vaker** bij vrouwen dan bij mannen¹.

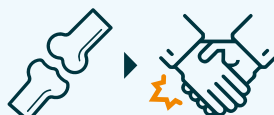


Aantal RA-patiënten in 2030 naar verwachting: **> 300.000¹**.

Klachten & gevolgen



De meest voorkomende klachten bij RA zijn **pijn, stijfheid** van gewrichten en **vermoeidheid**.

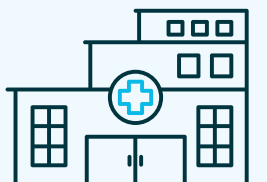


Door vermindering van **spierkracht, beweeglijkheid van de gewrichten** en de **conditie** ontstaan beperkingen in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld in **werk, sport- en sociale activiteiten⁴**.



In het eerste jaar na de diagnose is **32%** geheel of gedeeltelijk **arbeidsbeperkt**, na 5 jaar is dit **45%²**.

Risico's



Mensen met RA hebben een grotere kans om osteoporose en hart- of vaatziekten te krijgen wat kan leiden tot een botbreuk, hartaanval, beroerte of overlijden⁵⁻⁷. Deze risico's worden deels veroorzaakt door onvoldoende lichamelijke activiteit⁸.



Kosten & effecten

De directe zorgkosten voor mensen met RA bedroegen **568 miljoen euro** in 2011¹. De indirecte kosten (o.a. door arbeidsverzuim) van RA zijn zelfs nog hoger⁹.



Besteding (verdeling) van de totale directe zorgkosten¹

51% medicatie en hulpmiddelen



19% ouderenzorg



18% ziekenhuiszorg

3% overig



9% eerstelijnszorg (waaronder fysiotherapie)

Behandeling



De belangrijkste behandeloptie bij RA is **medicatie**¹⁰. Medicatie is effectief in het verminderen van pijn, stijfheid en ontsteking, en het voorkomen van gewrichtsschade.



Toch ervaren veel mensen met RA in meer of mindere mate klachten en beperkingen in het **dagelijks functioneren**.



Daarom zijn ook **niet-medicamenteuze** behandelopties zoals oefentherapie en advies/voorlichting van groot belang^{10,11}.

Meerwaarde van fysiotherapie



Jaarlijks gaat ongeveer **36%** van de mensen met RA naar de fysiotherapeut³. **Reumatologen adviseren dat mensen met RA zich laten behandelen door een deskundige fysiotherapeut of oefentherapeut**¹⁰.



Diverse wetenschappelijke **studies**^{7,12} hebben aangetoond dat oefentherapie **effectief is** voor het verbeteren van **spierkracht, conditie** en **dagelijks functioneren** bij mensen met RA, zonder nadelige effecten op ziekteactiviteit of gewrichtsschade.



Daarnaast heeft oefentherapie een **gunstig effect** op **vermoeidheid**¹³ en wordt steeds duidelijker dat voldoende lichamelijke activiteit van belang is om het **risico** op **osteoporose** en **hart- en vaatziekten**, die beide veel voorkomen bij RA, **te verminderen**^{7,8}.

Fysiotherapeutische behandeling



Fysiotherapie moet bestaan uit **actieve oefentherapie** ter verbetering van **spierkracht, conditie** en het uitvoeren van **dagelijkse activiteiten**, gecombineerd met **advies/voorlichting** over het belang van bewegen, de juiste omgang met de klachten, en gewrichtsbeschermende maatregelen^{10,11,14,15}. Fysiotherapie kan **individueel** of in **groepsverband** worden aangeboden, mits de behandeling op de individuele patiënt is afgestemd¹⁵.



Daarnaast moeten patiënten tijdens maar vooral na de behandelperiode ook **zelfstandig oefeningen** uitvoeren en voldoende bewegen, om de behandel-effecten op **lange termijn** te kunnen behouden^{12,15}.



De fysiotherapeutische behandeling is **veelal kortdurend**, met als doel om patiënten **zelfstandig** te kunnen laten **functioneren**. **Langdurige fysiotherapie** kan in sommige gevallen wenselijk zijn, bijvoorbeeld bij patiënten met **ernstige gewrichtsschade, ernstige beperkingen** in **dagelijkse activiteiten** en/of **nevenaandoeningen**¹⁶.

Referenties

- 1 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/reumatoïde-artritis-ra>.
- 2 Verstappen SM, et al. Working Status among Dutch patients with rheumatoid arthritis: work disability and working conditions. *Rheumatology* 2005;44:202-206.
- 3 Van den Berg MH, et al. Are patients with rheumatoid arthritis less physically active than the general population? *J Clin Rheumatol*. 2007;13:181-6.
- 4 EULAR Textbook on Rheumatic Diseases Second Edition (2015).
- 5 Kroot EJ, et al. Change in bone mineral density in patients with rheumatoid arthritis during the first decade of the disease. *Arthritis Rheum*. 2001;44:1254-60.
- 6 Nurmohamed MT, et al. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11:693-704.
- 7 Pedersen BK en Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015; (Suppl. 3) 25: 1-72.
- 8 Verhoeven F, et al. Physical activity in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2015 Nov 27.
- 9 Verstappen SM. Rheumatoid arthritis and work: The impact of rheumatoid arthritis on absenteeism and presenteeism. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015 Jun;29(3):495-511.
- 10 NVR-richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2009 (www.nvr.nl).
- 11 Bijlsma JWJ, Lems WF, Wilderwanck CJW. Reumatologie, Praktische huisartsen geneeskunde 2015. Hoofdstuk 21: Dr GHM van de Ende: Niet-medicamenteuze therapie
- 12 Hurkmans E, et al. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4).
- 13 Rongen-van Dartel SA, et al. Effect of Aerobic Exercise Training on Fatigue in Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67:1054-62.
- 14 Zangi HA, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jun;74(6):954-62
- 15 KNGF-richtlijn Reumatoïde artritis. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2008 (www.kngfrichtlijnen.nl).
- 16 Verzoek aan Zorginstituut Nederland om opname in basispakket: Fysiotherapie bij ernstige functionele beperkingen door reumatoïde artritis en spondylitis ankylopoetica. 2014.

Fysiotherapie bij (subacromiale) schouderpijn

Bij meer dan de helft van de patiënten met schouderpijn die een zorgverlener in de eerstelijns bezoekt, is er sprake van een Subacromiaal Pijn Syndroom (SAPS)¹. Hierbij ligt de bron van de pijn meestal in een pees, kapsel of slijmbeurs in de ruimte tussen schouderdak en schouderkop (subacromiale ruimte genaamd). Andere termen voor subacromiale schouderpijn zijn rotator cuff tendinopathie, -tendinitis of -tendinose, subacromiale bursitis of rotator cuff calcificatie².

Schouderpijn in Nederland



Schouderpijn is de **derde meest voorkomende** musculoskeletale klacht in Nederland³.



Onder **werkende mensen** is schouderpijn de **meest voorkomende klacht** aan het bewegingsapparaat: **18-34%** van hen krijgt schouderpijn⁴.

Klachten & gevolgen



Subacromiale schouderpijn wordt gekenmerkt door **pijn in de schouder** en/of **bovenarm** die **zonder duidelijke redenen** geleidelijk aan ontstaat en toeneemt bij activiteiten die boven de schouderhoogte worden uitgevoerd⁵.



Deze klachten kunnen leiden tot **ernstige beperkingen** in het **dagelijks leven**, zoals problemen bij activiteiten als **aankleden, eten, werken, persoonlijke hygiëne** en **slapen**, en **verergeren** bij **bovenhandse activiteiten** en **tijdens de nacht**⁶.



Een **grotere mate** van beperkingen en **langere duur van de klachten** zijn factoren die zorgen voor een **trager herstel**. Bij werkende mensen zijn een **hogere mate van pijn**, een leeftijd tussen **45 en 54 jaar**, **repeterende bewegingen**, **zwaar tillen**, **werkhoudingen** (bv. langdurig in dezelfde houding), **vibraties** en hogere **psychische werkdruk** factoren die zorgen voor een **trager herstel**^{4,6}.

Kosten



€689

De **totale kosten** van schouderpijn in de eerste **6 maanden** na het eerste bezoek aan de huisarts wordt geschat op **€689** per persoon, waarvan **61%** te wijten is aan **arbeidsverzuim**⁷.



Arbeidsverzuim vanwege schouderpijn komt voor bij **één op de drie** werkende mensen met schouderklachten die zich bij de **huisarts melden**⁸.



Van deze mensen met arbeidsverzuim heeft **53%** een verzuim van **meer dan 10 dagen** in een periode van **6 maanden**⁸.

Behandeling



Patiënten met subacromiale schouderpijn krijgen **eerst voorlichting** en advies en **zo nodig pijnmedicatie** van de huisarts¹. Bij aanhoudende klachten krijgt de patiënt eventueel een **corticosteroïd injectie** van de huisarts en/of een verwijzing naar een **fysiotherapeut**¹. Bij de meerderheid (circa 75%) van de patiënten met schouderpijn blijkt een conservatief beleid tot voldoende resultaat te leiden^{9,10,11}. Bij onvoldoende resultaat van een conservatief beleid kan bij specifieke gevallen nadere (beeldvormende) diagnostiek en/of een **operatieve behandeling** overwogen worden^{1,12,13}.



Uit onderzoek is gebleken dat de **huisarts** bij het eerste bezoek in **32%** van de patiënten met subacromiale schouderpijn een **afwachtend beleid** volgt, in **50% pijnmedicatie** voorschrijft en in **16%** naar een **fysiotherapeut** doorverwijst¹⁴. Van de patiënten met subacromiale schouderpijn die de **fysiotherapeut bezoekt**, komt **12%** rechtstreeks naar de fysiotherapeut zonder eerst de huisarts te raadplegen¹⁵.



Fysiotherapie bij (subacromiale) schouderpijn dient veelal door de **patiënt zelf betaald te worden** of vanuit het aanvullende pakket vergoed te worden, tenzij er sprake is van een revalidatie- of postoperatieve behandeling.

Fysiotherapeutische behandeling



Het **doel** van de fysiotherapeutische behandeling bij subacromiale schouderpijn is het **verminderen van de pijn**, het **verbeteren van de schouderfunctie**, het **verminderen van beperkingen** in activiteiten en het **beïnvloeden van factoren** die een rol spelen in het **herstel**¹⁶.



De **inhoud** van de fysiotherapeutische behandeling dient te bestaan uit **oefentherapie** (gericht op verbetering van actieve coördinatie en spierfunctie) en kan worden aangevuld met **mobilisaties** en **manuele therapie** (voor schouder, nek en/of rug)^{9,10,16}. In bepaalde gevallen kan overwogen worden om kortdurend een vorm van elektrotherapie toe te passen als aanvulling^{10,16,17}.



De aanbevolen behandelduur is **6-12 weken**; indien er binnen deze periode **onvoldoende resultaat** is bereikt, dient een patiënt **terugverwezen** te worden naar de **huisarts**^{10,16}.

Meerwaarde van fysiotherapie



Fysiotherapeutische interventies kunnen effectief zijn in het **vermindere**n van pijn, en het **verbeteren** van de beperkingen in activiteiten, en worden daarom beschouwd als **eerste behandeloptie** bij subacromiale schouderpijn^{1,9,18}.



Bij de behandeling van patiënten met subacromiale schouderpijn kan het effect van oefentherapie worden vergroot door de toevoeging van mobilisaties en/of manuele therapie^{9,19}. Indien subacromiale schouderpijn **gepaard gaat** met klachten aan de **nek of rug**, hebben manueel therapeutische interventies mogelijk ook een **toegevoegde waarde**^{20,21}.



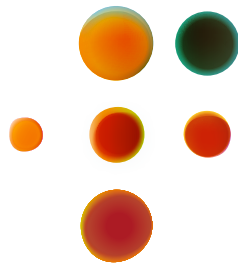
Corticosteroid injecties lijken op korte termijn enigszins effectief te zijn, maar hebben voor de **lange termijn** vergelijkbare resultaten dan fysiotherapie^{22,23}. Ook een **operatieve ingreep** blijkt **niet effectiever** dan **fysiotherapie**^{12,24,25}.



Onderzoek heeft laten zien dat **60%** van de patiënten bij een **fysiotherapeut** na 6 maanden **volledig is hersteld** van de schouderpijn¹. Mensen die worden **verwezen** naar de **fysiotherapeut** krijgen bovendien **minder medicatie** voorgeschreven^{26,27}.

Referenties

- NHG-standaard Schouderklachten. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008 (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/schouderklachten).
- Schellingerhout J et al. Lack of uniformity in diagnostic labeling of shoulder pain: time for a different approach. *Manual Therapy*, vol. 13, no. 6, pp. 478-83, 2008.
- Bot S et al. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Annals of Rheumatic Diseases*, vol. 64, pp. 118-23, 2005.
- Mitchell C et al. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *British Medical Journal*, vol. 331, no. 7525, pp. 1124-1128, 2005.
- NOV-richtlijn Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom. Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2012 (www.orthopeden.org).
- Roquelaure Y et al. Personal, biomechanical, and psychosocial risk factors for rotator cuff syndrome in a working population. *Scand J Work Environ Health*, vol. 37, no. 6, pp. 502-11, 2011.
- Kuijpers T et al. Costs of shoulder pain in primary care consultants: a prospective cohort study in The Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 7, no. 83, 2006.
- Kuijpers T et al. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*, vol. 7, no. 97, 2006.
- Haik MN et al. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*, vol. 50, no.18, 1124-34, 2016.
- Kuhn JE et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. *J Shoulder Elbow Surg*, vol. 22, no. 10, 1371-9, 2013.
- Karel Y et al. Development of a Prognostic Model for Patients With Shoulder Complaints in Physiotherapy. *Physical Therapy*, 2016.
- Kukkonen J et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J*, vol. 96-B, no. 1, 75-81, 2014.
- Ketola S et al. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. *J Bone Joint Surg Br*, vol 91, no. 10, 1326-34, 2009.
- Dorrestijn O et al. Patients with shoulder complaints in general practice: consumption of medical care. *Rheumatology*, vol. 50, no. 2, pp. 389-395, 2010.
- Kooijman M et al. Patiënten met schouder syndromen in de huisartsen fysiotherapiepraktijk. *Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie*. 21-32, 2013.
- KNGF Evidence Statement Subacromiale Klachten. Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie, 2011. (www.kngfrichtlijnen.nl).
- Page M et al. Electrotherapy modalities for rotator cuff disease. *Cochrane Library*, 2016.
- Green S et al. Physiotherapy interventions for shoulder pain (Review). *Cochrane Library*, 2003.
- Page M et al. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease (Review). *Cochrane Library*, 2016.
- Peek AL et al. Thoracic manual therapy in the management of non-specific shoulder pain: a systematic review. *J Man Manip Ther*, vol. 23, no. 4, 176-187, 2015.
- Bergman G et al. Manipulative Therapy in Addition to Usual Medical Care for Patients with Shoulder Dysfunction and Pain. *American College of Physicians*, vol. 141, no. 6, 2004.
- James M et al. A cost consequence analysis of local corticosteroid injection and physiotherapy for the treatment of new episodes of unilateral shoulder pain in primary care. *Rheumatology*, vol. 44, no. 11, pp. 1447-51, 2005.
- Arroll B en Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. *British Journal of General Practitioners*, vol. 55, no. 512, pp. 224-228, 2005.
- Holmgren T et al. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*, vol. 20, no. 344:e787, 2012.
- Ryösä A et al. or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, vol. 6, 1-7, 2016.
- Kuijpers T et al. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice. *Pain*, vol. 120, no. 3, pp. 276-85, 2006.
- Kooijman M et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 14, no. 128, 2013.



KNGF, de fysiotherapeuten van Nederland