Nederlandse Vereniging voor
Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek

Aangesloten bij KNGF

NFP Beroepsprofiel Psychosomatisch Fysiotherapeut

Over het vakgebied en rollen en competenties
van de psychosomatisch fysiotherapeut

nfp.nl

Schrijfgroep

M. (Markwin) van Veelen, Master Manuele Therapie (voorzitter)	Psychosomatisch fysiotherapeut bij Fysiotherapeutisch Centrum Palenstein Zoetermeer en De Singel Fysiotherapie Leiden
M.E.C. (Mariëlle) Dekker-Beems MSc, MPt	Psychosomatisch fysiotherapeut bij Fysio Centrum Den Haag, Docent/onderzoeker Hogeschool Rotterdam, Docent Hogeschool Utrecht
Dr. S.M. (Sanneke) Don	psychosomatisch fysiotherapeut bij Gezondheidscentra Haarlemmermeer en docent/onderzoeker Hogeschool Rotterdam en Pain in Motion
R. (Robert) van der Noord, MSc	Psychosomatisch fysiotherapeut, EFIC pijn fysiotherapeut bij specialistisch centrum voor aanhoudende pijn en psychosomatiek inter-fysio Groningen, Promovendus UMC Groningen afdeling revalidatie

April 2023

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP), Amersfoort

Inhoudsopgave

Inleiding 4

MODULE 1

1 De context van de fysiotherapie 6

1.1 Ontwikkelingen in de samenleving 6

1.2 Ontwikkelingen in de zorg 9

MODULE 2

2 Het vakgebied fysiotherapie 21

2.1 Uitgangspunten van fysiotherapeutisch handelen 23

2.2 Elementen binnen fysiotherapeutisch handelen 27

2.3 Fasen van fysiotherapeutisch handelen 28

2.4 Een gezonde leefstijl en preventie 33

MODULE 3

3 Rollen van de fysiotherapeut 36

MODULE 4

4 De competenties van de fysiotherapeut 38

Referenties 52

Bijlagen 56

Inleiding

De ontwikkelingen in de samenleving, de zorg en het zorglandschap hebben hun invloed op de fysiotherapie. In 2018 heeft het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) de visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut in 2025 vastgesteld (KNGF, Vertrouwen in Beweging, 2018). Het doel van deze visie is richting te geven aan de fysiotherapie als geheel en de rol van de fysiotherapeut in het bijzonder. Naast de veranderende (zorg)vraag van burgers, staat ook de wetenschappelijke ontwikkeling op het gebied van gezondheid en bewegen niet stil. Veranderingen in het zorglandschap en vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben invloed op de beroepsprofielen van zorgprofessionals, zo ook op die van de fysiotherapeut.
Om ervoor te zorgen dat de fysiotherapeut zorgvragers in de toekomst zo goed mogelijk kan ondersteunen bij het bewegend functioneren, was een herziening van het Beroepsprofiel Fysiotherapeut uit 2014 noodzakelijk.

Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut

Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut beschrijft het beroep en de vakbekwaamheid van de fysiotherapeut. Fysiotherapeuten werken in verschillende lijnen en instellingen: in de eerste lijn (zoals in de wijk en particuliere praktijk) en in de tweede en derde lijn (zoals in ziekenhuizen, verpleeghuizen en/of instellingen).
Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut beschrijft belangrijke ontwikkelingen in de samenleving en zorg met invloed op de fysiotherapeutische context, het vakgebied van de fysiotherapie en de rollen van de fysiotherapeut. De fysiotherapeutische context en het vakgebied zoals beschreven in het Beroepsprofiel, gelden daarom voor de gehele fysiotherapie.
Na het afronden van de initiële opleiding is iedere fysiotherapeut in staat zelfstandig fysiotherapeutische zorg en ondersteuning te bieden binnen de daarvoor wettelijk gestelde kaders.[1]
Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut beschrijft de basiscompetenties waarover de fysiotherapeut na afstuderen beschikt. Hiermee kan hij of zij zich verder ontwikkelen als professional.

VAS F

Het beroepsprofiel van verbijzonderd fysiotherapeuten, fysiotherapeuten met een aantekening en fysiotherapeuten werkzaam in een specifieke setting

In het vakgebied fysiotherapie werken fysiotherapeuten met aanvullende kennis, vaardigheden en een verder ontwikkelde professionele houding gericht op hun expertise en de patiënten waar zij mee te maken krijgen. Zij hebben zich bekwaamd in een expertisegebied binnen het vakgebied fysiotherapie. Dit zijn fysiotherapeuten met een verbijzondering, aantekening en/of fysiotherapeuten werkend in een specifieke setting.

[1] Het beroep van fysiotherapeut valt onder artikel 3 van de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). 'Fysiotherapeut' is hiermee een beschermde titel. Zie bijlage 4 voor meer informatie.

Fysiotherapeuten met een verbijzondering hebben een opleiding op masterniveau (EQF7, sinds 2015) afgerond in een specifiek expertisegebied. Fysiotherapeuten met een aantekening hebben een aanvullende opleiding op hbo-niveau afgerond (EQF 6). Zie bijlage 1 voor meer informatie.

Verbijzonderd fysiotherapeut

Fysiotherapeut met aantekening

Fysiotherapeuten werkend in een specifieke setting

Doel van het Beroepsprofiel

Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut geeft richting aan de ontwikkeling en uitvoering van het vak. Ook biedt het duidelijkheid aan patiënten, fysiotherapeuten, andere (zorg)professionals, onderwijsinstellingen en bijvoorbeeld beleidsmakers en onderzoekers.

Accrediterende instanties gebruiken het Beroepsprofiel Fysiotherapeut als referentie bij het beoordelen van de voorwaarden en de feitelijke beroepsuitoefening. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). Verder fungeert het Beroepsprofiel als basis voor het opleidingscompetentieprofiel van fysiotherapieopleidingen in Nederland. Het uitgangspunt is daarbij dat de bacheloropleiding toegang biedt tot het beroep van fysiotherapeut.

Leeswijzer

Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut bestaat uit vier modules:

- **MODULE 1** Beschrijving van de context waarin de fysiotherapeut werkt en zich begeeft;
- **MODULE 2** Beschrijving van het vakgebied fysiotherapie;
- **MODULE 3** Beschrijving van de rollen van de fysiotherapeut;
- **MODULE 4** Beschrijving van de competenties waarover de fysiotherapeut direct na afstuderen beschikt.

Proces van herziening

Een Beroepsprofiel wordt periodiek geëvalueerd en, waar nodig, herzien op basis van de laatste inzichten en verwachte ontwikkelingen. Het herzieningstraject van dit Beroepsprofiel vond plaats in de periode september 2021 tot en met april 2023.
Meer informatie over het proces van herziening zijn weergeven bijlage 2.

1 De context van de fysiotherapie

De samenleving verandert, de zorg ontwikkelt zich in hoog tempo en tegelijkertijd neemt de druk op de zorg en zorgkosten toe. Deze ontwikkelingen in de samenleving (paragraaf 1.1) hebben invloed op de gezondheidszorg als geheel (paragraaf 1.2) én op de fysiotherapie. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de context van de fysiotherapie. Aan het einde van elke paragraaf is de impact van de beschreven ontwikkelingen op de fysiotherapie en de uitoefening van het beroep fysiotherapeut weergegeven.

1.1 Ontwikkelingen in de samenleving

De komende twintig jaar neemt de vergrijzing in Nederland verder toe. Het aantal jongeren daalt en zowel het aandeel oudere ouderen als de levensverwachting nemen toe ('dubbele vergrijzing'). De verwachting is dat de gemiddelde levensverwachting in 2040 is gestegen naar 86 jaar. Dit leidt tot een toename van het aantal kwetsbare ouderen dat zelfstandig thuis woont en van het aantal eenpersoonshuishoudens (VTV, 2018). Verder doen overheid en samenleving in toenemende mate een beroep op de zelfredzaamheid van burgers.

Veranderende zorgvragen

Burgers in de Nederlandse samenleving hebben steeds vaker een of meerdere chronische aandoeningen, zoals artrose, diabetes of dementie. De verwachting is dat in 2025 een op de twee Nederlanders een of meer chronische aandoeningen heeft. In 2040 heeft een op de drie Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen en een op de vijf Nederlanders zelfs drie of meer. Ook is er een toename van aandoeningen met een relatief grote en/of stijgende ziektelast, zoals hart- en vaatziekten, artrose en kanker. De ervaren ziektelast lijkt niet toe te nemen (VTV, 2018).
De toename van het aantal (chronische) aandoeningen wordt deels veroorzaakt door vergrijzing. Daarnaast spelen een ongezonde leefstijl, beperkte gezondheidsvaardigheden en een lage sociaaleconomische status een rol.
Een ongezonde leefstijl is een belangrijke risicofactor. Naar verwachting heeft 62% van de volwassen Nederlanders in 2040 overgewicht. Tegelijkertijd zal het aantal rokers waarschijnlijk afnemen, en wordt er een stijging verwacht van het (relatief lage) percentage Nederlanders dat voldoet aan de beweegnorm. De toekomstige trends in leefstijlfactoren als alcohol- en/of drugsgebruik, voeding en slaap zijn nog onduidelijk (VTV, 2018). Onder andere door een slechte leefstijl, inactiviteit en overgewicht ontstaan zorgvragen in de volle breedte van de samenleving. Zo ontwikkelen kinderen en volwassenen eerder klachten, ontstaan sneller blessures, vermindert de algehele fitheid en nemen chronische aandoeningen toe.
Er is in de samenleving veel diversiteit, zowel in gezondheid, sociaaleconomische status en gezondheidsvaardigheden, leefstijl als in opvattingen ten aanzien van zorg. Ook gezondheidsvaardigheden blijken een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO, 2007). Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze mensen hebben moeite om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen en/of toe te passen (Nivel, 2016).

De gemiddelde levensverwachting van mensen met een lage versus hoge sociaaleconomische status verschilt op dit moment ongeveer zeven jaar. Het verschil in levensverwachting uitgedrukt in het aantal jaren met een goede ervaren gezondheid, is zelfs achttien jaar (VTV, 2018). De genoemde ontwikkelingen in de samenleving zullen de komende jaren voor grote uitdagingen zorgen. Zo wordt onder meer een toename verwacht van meer gevarieerde zorgvragen voor de fysiotherapeut.

Hogere verwachtingen van de zorgvrager

Steeds meer mensen worden mondiger, willen optimaal geïnformeerd worden, meebeslissen over hun behandelmogelijkheden en hierin eigen keuzes maken. Aan kwaliteit van leven hechten zij steeds meer waarde. Ook stellen veel mensen hoge eisen aan de zorg; zij zoeken vaker zelf naar zorgmogelijkheden en behandelaars en hebben hoge verwachtingen van de zorg die zij ontvangen en de uitkomsten ervan. Anderzijds zijn er ook steeds meer mensen die in de veranderende samenleving onvoldoende vaardig zijn om, op basis van alle informatie en mogelijkheden, adequaat mee te beslissen over behandelmogelijkheden.
De wensen, behoeften en het gedrag van de zorgvrager worden – net als de zorgconsumptie – steeds meer beïnvloed door een aantal factoren. Het gaat om de groei van technische en medische mogelijkheden, het verlangen om lang gezond en zelfstandig te blijven functioneren en de focus van de samenleving op gezond gedrag. Zorg binnen het bereik van de zorgvrager is in toenemende mate gericht op ondersteuning van zelfmanagement en komt de komende jaren vaker van buiten de reguliere professionele zorgverlening. Denk bijvoorbeeld aan toepassing van e-health en aan onderlinge hulp of mantelzorg (Idenburg, 2010; Taskforce JZOJP, 2018). De keuzes en mogelijkheden van zorgvragers zijn mede afhankelijk van hun gezondheidsvaardigheden en eigen regie over het leven. Het is belangrijk dat zorgvragers een reële verwachting hebben van hun gezondheid en functioneren. Zelfmanagementvaardigheden (het vermogen om zodanig om te gaan met de gevolgen van een aandoening of klacht[2] dat deze optimaal wordt ingepast in het leven) zijn voorwaardelijk voor behoud en/of verbetering van de eigen regie.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende context voor de psychosomatisch fysiotherapeut

Door veranderingen in de Nederlandse samenleving, zoals vergrijzing en leefstijlproblematiek, zal het aantal mensen met multifactoriële zorgvragen toenemen. Naast een verminderd fysiek welbevinden ervaren mensen regelmatig psychische klachten. Hierbij spelen verschillende biopsychosociale factoren een belemmerde rol in het herstel (VTV 2018). Mensen ervaren in toenemende mate stress waardoor de fysieke en mentale veerkracht afneemt. Mede hierdoor is er een groeiend aantal Nederlanders met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen wat een groot risico vormt voor een optimaal welzijn van mensen in onze samenleving (Shields-Zeeman, 2021). Ook adolescenten ontwikkelen steeds vaker en op steeds jongere leeftijd lichamelijke en psychische klachten door de hogere prestatiedruk en de langdurige stress die zij (hierdoor) ervaren. Veelal lukt het deze groep jongeren niet om optimaal te blijven participeren in de huidige maatschappij. De verwachting is dat deze ontwikkelingen de komende jaren verder zullen toenemen (VTV 2018).

[2] Zoals symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties of leefstijlveranderingen.

Wat betekent dit voor de fysiotherapie?

De effecten van veranderende zorgvragers en -vragen

- De fysiotherapeut levert in de veranderende samenleving een belangrijke bijdrage aan de zorg en het optimaal functioneren van mensen. Het accent van fysiotherapie ligt op positieve beïnvloeding van het dagelijks bewegend (dis)functioneren. Bewegend functioneren is: in beweging komen en blijven op een manier die past bij de invulling van ieders persoonlijke leven. Het vakgebied fysiotherapie is nader beschreven in MODULE 2.
- De zorgvraag van mensen en de resulterende hulpvraag van de patiënt[3] zal toenemen. Deze (toenemende) zorgvraag komt voornamelijk van mensen met multifactoriële behoeften, bij wie verschillende factoren interfereren en invloed hebben op het dagelijks en bewegend functioneren. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare mensen, mensen met verschillende chronische aandoeningen en/of beperkte gezondheidsvaardigheden en kinderen met ontwikkelingsproblemen in hun motoriek.
- De fysiotherapeut krijgt te maken met een toenemend aantal patiënten en met meer gevarieerde en veelal langdurige zorgvragen waarbij meerdere factoren een rol spelen. Dit komt mede door de vergrijzing en een toenemende ongezonde leefstijl.
- De fysiotherapeut sluit aan bij de veranderende zorgvraag en zorgvrager door zich te richten op het bewegend functioneren. Ook faciliteert, stimuleert en ondersteunt de fysiotherapeut, waar mogelijk, de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt.
- In zorg waarin de patiënt centraal staat, werken fysiotherapeuten – waar nodig – samen met collega-fysiotherapeuten (zoals verbijzonderd fysiotherapeuten en fysiotherapeuten met een aantekening) en andere (zorg)professionals. Fysiotherapeuten kunnen zich laten adviseren door verbijzonderd fysiotherapeuten en fysiotherapeuten met een aantekening. Ook kunnen zij patiënten naar hen verwijzen.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Wat betekent dit aanvullend voor de psychosomatisch fysiotherapeut?

- De verwachting is dat het aantal mensen met psychische problematiek zal stijgen door het groeiend aantal mensen met een (chronische) aandoening. Een aanzienlijk deel van de mensen met een (chronische) aandoening ervaart psychische klachten, zoals angst en depressie, als gevolg van hun situatie (Artus et al., 2017; Dold et al., 2017). De verwachte stijging van het aantal Nederlanders met een (chronische) somatische aandoening heeft dus direct gevolgen voor de psychosomatische fysiotherapie.
- Een toename van mensen met een (chronische) somatische aandoening vraagt ook om een toenemend aantal mantelzorgers in onze samenleving. Door de toenemende vergrijzing en een afnemend aantal (vitale) jongere mensen neemt het mantelzorgpotentieel in de samenleving echter af (VTV RIVM, 2018). Het gevolg is dat de mantelzorgers gedurende langere tijd onder druk komen te staan en als gevolg hiervan zelf lichamelijke en mentale klachten kunnen ontwikkelen (VTV RIVM, 2018).

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

[3] Waar 'patiënt' staat, kan ook 'cliënt' gelezen worden.

- Er is sprake van een toename van de culturele diversiteit in Nederland. Mensen met een migratieachtergrond ervaren vaker psychische problematiek zoals psychose en depressie. Hierbij speelt mogelijk een opeenstapeling van risicofactoren zoals een hogere ervaren eenzaamheid, een lagere sociaal economische status, lagere gezondheidsvaardigheden en stressvolle migratieprocessen. Bij tweede generatie migranten kan stress of psychische problematiek ontstaan (mede) doordat zij als het ware tussen twee culturen in zitten en zij regelmatig te maken hebben met discriminatie (VTV RIVM, 2018).
- De aanwezigheid van gezondheidsproblematiek waarbij meerdere factoren een rol spelen, kan leiden tot een vertraagd herstel. Hierbij kan er onder andere sprake zijn van aanhoudende lichamelijke klachten en/of vermoeidheid in combinatie met angst, depressie, beperkte gezondheidsvaardigheden en aanhoudende stress door sociale en leefstijlgerelateerde factoren. Door een toename van deze multifactoriële gezondheids-problematiek zal de zorgvraag voor de psychosomatisch fysiotherapeut toenemen, zowel qua frequentie als intensiteit. In het leveren van deze zorg richt de psychosomatisch fysiotherapeut zich bij uitstek op de relatie tussen het bewegend functioneren en de aanwezige herstelbelemmerende psychosociale factoren en contextuele factoren.
- De psychosomatisch fysiotherapeut zet het bewegend functioneren centraal bij deze doelgroep en ondersteunt mensen door het inzetten van een combinatie van fysieke en psychologisch georiënteerde interventies. Bijvoorbeeld adem- en ontspanningsmethoden, cognitief gedragsmatige interventies en stressmanagement. Indien wenselijk biedt de psychosomatisch fysiotherapeut ook ondersteuning en begeleiding voor hun naasten.
- De psychosomatisch fysiotherapeut is expert in het aangaan van een goede relatie met de patiënt. Dit doet de psychosomatisch fysiotherapeut door samen te werken, effectief te communiceren (onder andere actief luisteren en ondersteunen), empathisch te zijn en de patiënt actief te betrekken tijdens het gehele zorgproces (Kinney et al., 2020). Een combinatie van lage gezondheidsvaardigheden, een laag sociaal economische status, psychosociale problematiek of persoonlijkheidsproblemen, zorgen ervoor dat het adequaat ondersteunen van patiënten uitdagender wordt en het afbreukrisico in de therapeutische relatie toeneemt (Bussemaker J, 2021; Craig et al., 2020; Leidelmeijer K, 2019). De psychosomatisch fysiotherapeut zet, in continue afstemming met de patiënt, verschillende interventies gelijktijdig in die gericht zijn op de psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen. Bijvoorbeeld cognitief-gedragsmatige interventies en lichaamsgerichte oefeningen.

1.2 Ontwikkelingen in de zorg

Het zorglandschap verandert mee

In de komende jaren neemt de kloof tussen de zorgvraag en de beschikbare zorg toe. Er zijn meer zorgprofessionals nodig en de zorgkosten stijgen verder. Als het beleid voor de zorg niet verandert, stijgen de zorguitgaven jaarlijks gemiddeld met 2,9% tot een totaal van 174 miljard euro in 2040.

Een derde van deze stijging is toe te schrijven aan de dubbele vergrijzing en bevolkingsgroei, twee derde aan ontwikkelingen in de medische technologie en aan welvaartsstijging (VTV, 2018). Door deze factoren ontstaat de wens om de gezondheidszorg anders in te richten.

Zorgbeleid gericht op gezondheid

Het beleid in de zorg is gericht op een betere gezondheid van de Nederlandse bevolking en een betere organisatie en inrichting van de zorg. Steeds vaker wordt onderscheid gemaakt tussen acute essentiële medische zorg (ongeplande zorg) en planbare zorg. Bij die laatste vorm ligt de focus op het functioneren van het individu en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Zorgbeleid richt zich dan ook steeds meer op de individuele mens en het functioneren en gedrag van mensen in de eigen leefomgeving[4]. In 2018 is met het Nationaal Preventieakkoord een beweging ingezet om Nederland gezonder en vitaler te maken, en de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status te verbeteren. In navolging hiervan zijn in 2019 vier centrale missies benoemd, waarvan gezondheid en zorg er één is (Centrale missies, 2019). Voor de toekomstige inrichting van de zorg hanteert de overheid het uitgangspunt dat mensen in de context van ziekte zo goed en lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen functioneren in de eigen leefomgeving. Deze visie wordt beschreven als de 'juiste zorg op de juiste plek' (Taskforce JZOJP, 2018). Het gaat daarbij om het bevorderen, het behouden of het herstel van functioneren, welzijn en welbevinden in de breedste zin van het woord, dus zowel lichamelijk, mentaal als sociaal. Ook zingeving speelt een rol.

Het functioneren van de mens staat centraal

De toekomstige inrichting van de zorg focust zich met de JZOJP op drie aspecten:

- het voorkomen van (duurdere) zorg;
- het verplaatsen van zorg naar dichter bij mensen thuis;
- het vervangen van zorg door andere, goedkopere en/of betere zorg.

Om deze inrichting te realiseren, moeten zorgprofessionals en partijen in het sociale domein (zoals welzijnspartners in de wijk) goed samenwerken en hun zorg op elkaar afstemmen. Alle betrokken partijen moeten hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor zorg die fysiek, tijdig en financieel toegankelijk is en blijft voor iedereen die deze nodig heeft (Taskforce JZOJP, 2018). De focus op ziekte en zorg wordt verplaatst naar vitaliteit, gezondheid en gedrag. De zorg komt in dienst te staan van functioneren, welzijn en welbevinden van het individu, waarbij de patiënt met zijn/haar zorgvragen centraal staat. 'Samen beslissen' is de norm: patiënten en fysiotherapeuten bepalen samen welke zorg en/of ondersteuning nodig is. Patiënten moeten daarvoor over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikken, dat zal niet bij iedere patiënt het geval zijn. Het bevorderen van deze gezondheidsvaardigheden en een heldere en toegankelijke communicatie zijn dan ook essentiële onderdelen van de fysiotherapeutische behandeling. De focus op functioneren, welzijn en welbevinden past goed bij de huidige visie op gezondheid[5],

[4] Onder de leefomgeving van de patiënt wordt verstaan: de woon- en leefomstandigheden, het leefmilieu, sociaal-culturele omstandigheden, opvattingen en gewoontes en de menselijke relaties (o.a. de naasten) die van belang zijn voor het functioneren en welbevinden.

[5] Definitie gezondheid (Huber, 2011): *Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.*

die veerkracht en eigen regie van burgers centraal stelt. Het uitgangspunt is een holistisch mensbeeld, waarbij fysiek, mentaal en sociaal functioneren één geheel vormen (RVG, 2010). Om de toekomstige inrichting van zorg daadwerkelijk te realiseren, is gepersonaliseerde zorg en gedeelde besluitvorming nodig. Hierbij speelt technologie een belangrijke rol en is interprofessionele samenwerking essentieel.

Gepersonaliseerde zorg en gedeelde besluitvorming

De vraag naar een persoonlijke benadering en zorg op maat wordt groter. Dit komt door de uitgesproken wensen en hogere verwachtingen van zorgvragers, het aansluiten bij specifieke behoeftes en de wens van de samenleving om de doelmatigheid van zorg te verbeteren.
Een kritische reflectie op de wensen van de zorgvrager in relatie tot de mogelijkheden van de gezondheidszorg is nodig. De zorgverlener moet beschikken over kennis en vaardigheden om voor ieder individu, op basis van zijn of haar unieke kenmerken en leefomgeving, een juiste afweging te maken bij de aan te bieden zorg. Een goed geïnformeerde patiënt met een gezonde, actieve leefstijl, die zelf een behandelaar kiest en meebeslist over de behandeling, heeft voldoende eigen regie, zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden. Er zijn daarentegen ook patiënten die onvoldoende geïnformeerd zijn, de vaardigheden missen om de juiste informatie te verkrijgen of om op basis daarvan de juiste keuzes te maken. Zij hebben extra ondersteuning nodig bij de eigen regie, hun zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden.

De impact van technologische ontwikkelingen op de zorg

Door ontwikkelingen in zorgtechnologie en de inzet ervan in de zorg, is de doelmatigheid en efficiëntie van de zorg vooruitgegaan. Zorgtechnologie biedt mogelijkheden om preciezer en op afstand te kunnen meten en monitoren. Bijvoorbeeld door de inzet van robotica, smartphones en sensoren en het gebruik van big data bij besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt. Mensen meten en monitoren steeds meer hun eigen gezondheidsgedrag en delen deze gegevens met hun (sociale) omgeving en/of zorgverleners. Dit draagt bij aan een verbeterde regie over de eigen gezondheid en leefstijl.
Het ministerie van VWS stimuleert in alle zorgsectoren dat patiëntgegevens gemakkelijk en veilig beschikbaar gesteld worden aan patiënten en aan andere zorgverleners, bij voorkeur via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Dit stimuleert de eigen regie van patiënten. Hiervoor moeten zorgverleners uniform en gestructureerd patiëntgegevens vastleggen. Zorgverleners zullen in de toekomst in toenemende mate dezelfde taal en techniek gebruiken om patiëntgegevens uit te wisselen. Verder kan, met behulp van zorgtechnologie, zorg op een andere manier geleverd worden. Denk bijvoorbeeld aan videoconsulten. Dit vraagt om veranderingen in rollen en werkwijzen van zorgverleners en patiënten. Zorgverleners zullen in toenemende mate, samen met de patiënt, moeten nadenken over hoe zorgtechnologie het functioneren in het dagelijks leven kan ondersteunen. Ondersteuning van patiënten in hun omgeving bij het maken van keuzes voor het gebruik van technologie of het formuleren van specifieke wensen en behoeften daaraan, zijn nieuwe taken van zorgverleners.

Aanvullende ontwikkelingen in de zorg voor de psychosomatisch fysiotherapeut

Er is een breed gedragen wetenschappelijke consensus over de multifactoriële aard van gezondheidsproblemen. Naast de fysieke (pathofysiologische) dimensie (Kosek et al., 2021), spelen psychologische (Linton, Flink, & Vlaeyen, 2018) en sociale en contextuele factoren (Lardon, Dubois, Cantin, Piché, & Descarreaux, 2018; Dean & Söderlund, 2015) een rol in het ontstaan en het voortbestaan van klachten die mensen ervaren. Om deze reden is de biopsychosociale visie en aanpak bij gezondheidsproblemen inmiddels de norm (O'Sullivan et al., 2018). Het blijft echter een grote uitdaging om dit model geïntegreerd in te zetten in plaats van de reguliere gefragmenteerde aanpak binnen de fysiotherapie (Cormack et al., 2022).

De prevalentie van mensen met chronische lichamelijke klachten stijgt (Cieza et al., 2020). Er zullen steeds meer mensen met (langdurige) multimorbiditeit zijn (VTV 2018). Het percentage van mensen in Nederland met aanhoudende pijn is 18-20 % (Bala M, 2011; Bekkering et al., 2011; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Deze mensen hebben vaak een hoge zorgconsumptie en een groot verlies aan arbeidscapaciteit met enorme maatschappelijke kosten tot gevolg (Breivik et al., 2006). Deze patiëntengroep heeft vaak een combinatie van fysieke klachten en psychosociale en contextuele problematiek waardoor er geen sprake is van herstel volgens het normale beloop (Alhowimel, Alotaibi, Radford, & Coulson, 2018; A. S. Alhowimel et al., 2021; De Baets, Matheve, Meeus, Struyf, & Timmermans, 2019; Han & Pae, 2015; Hayden et al., 2019; Linton et al., 2018; Varela & Van Asselt, 2022; Wertli et al., 2014). Het diagnosticeren en behandelen van klachten bij deze groep patiënten vraagt meer expertise naarmate er meer factoren met elkaar interacteren bij het ontstaan en herstel van de klachten (Wade, 2011). Deze patiënten met aanhoudende klachten vormen een heterogene groep. Bij elke patiënt is sprake van een unieke optelsom van meerdere biopsychosociale en contextuele factoren die in wisselende onderlinge samenhang en met een verschillende mate van ernst aanwezig zijn. Deze factoren hebben invloed op de (pijn) beleving en het omgaan met de klachten en kunnen leiden tot langdurige beperkingen in activiteiten en participatie (Yoshikawa, Brady, Perry, & Devan, 2020). Dit kan het (ervaren) niveau van functioneren en de kwaliteit van leven in hoge mate negatief beïnvloeden.

De stijgende prevalentie van (chronische) gezondheidsproblemen in de samenleving (VTV 2018), samen met de toenemende duur van de wachtlijsten in de tweedelijns-gezondheidszorg (onder andere de revalidatiezorg en geestelijke gezondheidszorg), leidt tot een toenemend aantal mensen met een zorgvraag voor de psychosomatisch fysiotherapeut. Als er een veelvoud van factoren speelt, die elkaar over en weer beïnvloeden en in stand houden, zijn alleen goede informatie, adviezen en het bevorderen van zelfmanagement onvoldoende om het ziektebeloop bij te sturen. Een uitgebreider diagnostisch proces en analyse zijn nodig waarvan de uitkomst leidt tot maatwerk en waarbij de gehele persoon en zijn of haar (leef)context gezien en gehoord wordt. Voor het positief beïnvloeden van het bewegend functioneren is er een gecombineerde aanpak van zowel fysieke als psychologisch georiënteerde interventies nodig (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017).

De psychosomatisch fysiotherapeut onderscheidt zich van de fysiotherapeut op het gebied van deze gecombineerde aanpak bij mensen met multifactoriële problematiek. Wanneer sprake is van psychopathologie en/of aanhoudende pijn met een grote lijdensdruk, kent de psychosomatisch fysiotherapeut de grenzen van het eigen vak en werkt nauw samen met andere zorgverleners zoals de psycholoog (zie figuur 1-PF). Het daadwerkelijk beïnvloeden van de herstelbelemmerende factoren gebeurt bij deze groep mensen door andere zorgverleners zoals de psycholoog, psychiater of revalidatiearts (vaak in de tweede lijn). Hierbij werkt de psychosomatisch fysiotherapeut aanvullend en/of ondersteunend gericht op het lichamelijk functioneren. Doorverwijzing en samenwerking verloopt gericht en efficiënt wat de doelmatigheid, kwaliteit en kosten van de zorgverlening ten goede komt (Taskforce JZOJP, 2018).

Een recente wetenschappelijke ontwikkeling binnen de zorg voor mensen met multifactoriële problematiek is dat er steeds meer aandoening-overstijgende interventies worden ontwikkeld zoals mindfulness en acceptance and commitment therapy (Cherkin et al., 2016; Murillo et al., 2022; Turner et al., 2016). De psychosomatische fysiotherapeut richt zich met deze interventies op de fysieke en mentale flexibiliteit, vitaliteit en veerkracht van mensen, altijd in samenhang met het lichamelijk bewegen. Hierdoor wordt zelfmanagement geoptimaliseerd. Dit vormt de kracht van de psychosomatisch fysiotherapie omdat dit verder gaat dan het somatisch functioneren alleen. De hulpvraag ten aanzien van een probleem in het bewegend functioneren is hierbij altijd leidend. Deze wijze van interveniëren sluit goed aan bij de huidige visie op gezondheid waarin het bevorderen van welzijn en welbevinden aan de hand van de hulpvraag van de patiënt belangrijke onderdelen zijn in het optimaliseren van kwaliteit van leven (RVS, 2019).

F

Wat betekent dit voor de fysiotherapie?

De effecten van ontwikkelingen in de zorg op de organisatie, inrichting en levering van fysiotherapeutische zorg

- Voor de fysiotherapeut is het bewegend (dis)functioneren en het optimaliseren en stimuleren van gezond beweeggedrag het uitgangspunt. De fysiotherapeut houdt hierbij rekening met de wensen, behoeften, mogelijkheden en leefomgeving van de individuele patiënt. (Zie MODULE 2 voor een verdere beschrijving van het vakgebied fysiotherapie.)
- De fysiotherapeut draagt bij aan het voorkomen van duurdere zorg. Dit gebeurt bijvoorbeeld door stepped care: door in een vroeg stadium de juiste fysiotherapeutische zorg in te zetten, kan duurdere zorg, zoals een operatie, uitgesteld of voorkomen worden.
- Fysiotherapie draagt bij aan het verplaatsen van zorg (bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn en de eigen omgeving van de patiënt, dicht bij huis) en het vervangen van zorg. Substitutie binnen de fysiotherapie kan plaatsvinden tussen zorgprofessionals onderling en van de tweede naar de eerste lijn. Ook kunnen fysiotherapeuten mogelijk deeltaken overnemen van andere zorgprofessionals, zoals huisartsen of medisch specialisten. Dit heeft grote waarde voor de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de Nederlandse zorg.

- De maatschappelijke zichtbaarheid en effectieve bijdrage van de fysiotherapeut, het belang van fysiotherapie en de relevantie ervan, zullen in de toekomst merkbaar groter worden. Dit komt doordat de focus in het veranderde zorglandschap ligt op het functioneren, welzijn en welbevinden van het individu.
- De fysiotherapeut ondersteunt de patiënt bij zelfmanagement en zijn of haar vermogen om regie te houden over het eigen leven (zie MODULE 2). Dit doet de fysiotherapeut binnen de leefomgeving van de patiënt en met aandacht voor zijn of haar gezondheidsvaardigheden (gepersonaliseerde zorg).
- De vraag naar zinnige en doelmatige zorg zal steeds vaker leiden tot oplossingen waarbij de fysiotherapeut zich opstelt als zorgondersteuner. De fysiotherapeut helpt de patiënt zijn of haar individuele doelen in de eigen leefomgeving te bereiken. Dit doet de fysiotherapeut door te luisteren, adviseren en/of te begeleiden en door samen met de patiënt te beslissen. De fysiotherapeut helpt en ondersteunt de patiënt en treedt terug wanneer ondersteuning niet meer nodig is. Een goede communicatie tussen de patiënt en fysiotherapeut is hiervoor essentieel.
- Technologische ontwikkelingen in de fysiotherapie, de bijdrage van de fysiotherapeut aan (technologische) innovaties in de zorg en het zinvol inzetten ervan, sluiten aan bij de toenemende en veranderende zorgvraag en de visie op gezondheid. Met het zinvol gebruik van zorgtechnologie (zoals e-health en, meer specifiek, blended care) maken fysiotherapeuten de zorg beter en/of doelmatiger. Dit kan aanvullend op of als substitutie van de fysiotherapeutische behandeling zijn, of een andere aanbiedingsvorm betreffen (zorg op afstand).
- Zorgtechnologie kan worden ingezet wanneer dit past bij de hulpvraag en leefomgeving van de patiënt. Het is aan de fysiotherapeut en patiënt samen om een weloverwogen keuze te maken of, en in welke vorm, zorgtechnologie zinvol toegepast wordt.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Wat betekent dit aanvullend voor de psychosomatisch fysiotherapeut?

- De psychosomatisch fysiotherapeut richt zich in de beoordeling en behandeling van mensen met multifactoriële gezondheidsproblemen op de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, sociale en omgevingsfactoren die een rol kunnen spelen bij belemmeringen in het bewegend functioneren. Hierbij worden herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren die van invloed zijn op het gezondheidsprobleem geïdentificeerd. Er wordt gekeken naar de dominante rol die factoren spelen en onderlinge interacties worden beoordeeld.
- Het sociale systeem van de patiënt wordt betrokken wanneer er sprake is van lage- of inadequate- gezondheidsvaardigheden. Dit doet de psychosomatisch fysiotherapeut door het afstemmen van de communicatie en de geleverde zorg op de patiënt en zijn of haar sociale omgeving, nauw samen te werken met andere betrokken zorgverleners en het kennen van de mogelijkheden voor verdere lokale ondersteuning (KNGF-richtlijn Zelfmanagement).

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

- De psychosomatisch fysiotherapeut werkt volgens het stepped care principe (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017). Binnen de eerstelijnszorg kan behandeling door de psychosomatisch fysiotherapeut veelal in samenwerking met specialisten binnen de fysiotherapie en/of andere zorgverleners, bijvoorbeeld de praktijkondersteuner GGZ van de huisarts, doorverwijzing naar een tweedelijnsinstelling voorkomen of uitstellen (Taskforce JZOJP, 2018).
- De psychosomatisch fysiotherapeut werkt eveneens volgens het matched care principe. Door effectief te screenen kan de psychosomatisch fysiotherapeut bepalen of er een indicatie is voor psychosomatische fysiotherapie. Wanneer er sprake is van (onbehandelde) psychopathologie of chronische pijn met een grote lijdensdruk, kan iemand beter direct verwezen worden naar de tweede lijn (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017). Op deze manier kan langdurige en ineffectieve behandeling in de eerste lijn voorkomen worden.
- Dankzij een goede samenwerking met zorgverleners(organisaties) in zowel de eerste als de tweede lijn, krijgt de psychosomatisch fysiotherapeut mensen met multifactoriële gezondheidsproblematiek (terug)verwezen na een tweede/derdelijns behandeltraject, bijvoorbeeld na een revalidatietraject voor chronische pijn of vanuit de GGZ. Dit kan gezien worden als het afschalen van zorg' en 'de juiste zorg op de juiste plek' (Taskforce JZOJP, 2018). Dit is geïndiceerd wanneer patiënten nog steeds een hulpvraag hebben, nieuwe vaardigheden en gedrag nog verder bestendigd mogen worden, een terugval voorkomen dient te worden of bij een recidief (Lamper, Beckers, Kroese, Verbunt, & Huijnen, 2021).
- De psychosomatisch fysiotherapeut is zich bewust van de positieve of negatieve invloed van de eigen therapeutische context. Deze bestaat uit de kenmerken van de behandelaar, de gekozen therapievorm(en), de behandelcontext (zoals de behandelkamer, de wachtruimte, de eigen website), maar ook de therapeutische relatie tussen de behandelaar en de patiënt (Rossettini, Camerone, Carlino, Benedetti, & Testa, 2020). De psychosomatische fysiotherapeut probeert de positieve context (placebo-gerelateerde effecten) zo veel mogelijk in te zetten en de negatieve context (nocebo-gerelateerde effecten) te vermijden.
- Met het gebruik van nieuwe technologie, zoals e-health, virtual reality, games en apps in de behandeling van mensen met bijvoorbeeld aanhoudende pijn of angst, sluit de psychosomatisch fysiotherapeut aan bij nieuwe ontwikkelingen die relevant zijn als aanvulling op de reeds bestaande interventies.

Intra- en interprofessioneel samenwerken met en rondom de patiënt

Zorg waarbij de patiënt centraal staat en die dichter bij de patiënt plaatsvindt, moet geleverd worden binnen en vanuit de leefomgeving van de individuele patiënt. Onder de leefomgeving van de patiënt verstaan we: de woon- en leefomstandigheden, het leefmilieu, sociaal-culturele omstandigheden, opvattingen en gewoontes en de menselijke relaties van de patiënt die van belang zijn voor zijn/haar functioneren en welbevinden.
Toenemende multimorbiditeit en gezondheidsproblemen waarbij meerdere factoren een rol spelen, vragen om zowel intra- als interdisciplinaire afstemming en samenwerking. Om deze te kunnen bewerkstelligen, is het belangrijk dat (zorg)professionals kennis hebben van elkaars positie, rol en (toegevoegde) waarde. In de zorg voor de patiënt ontstaan lokaal en regionaal

georganiseerde samenwerkingsstructuren met een faciliterend karakter. Interprofessionele afstemming en samenwerking is essentieel voor multidisciplinaire, kwalitatief hoogstaande zorg en ondersteuning, gericht op het bevorderen van de gezondheid en gezond gedrag van de patiënt.

F

Wat betekent dit voor de fysiotherapie?

De impact van ontwikkelingen in de zorg op de fysiotherapeut

- De fysiotherapeut moet kennis en inzicht hebben in het specifieke vakgebied, indicatiegebied en de expertise van verbijzonderde fysiotherapeuten en fysiotherapeuten met een aantekening. Vanuit deze kennis en dit inzicht kan de fysiotherapeut beoordelen of hij/zij zich bekwaam en bevoegd acht om een individuele patiënt fysiotherapeutische zorg te bieden, of dat hij/zij de patiënt moet verwijzen naar een collega met een verbijzondering of een aantekening.
- Om de patiënt de juiste zorg te bieden, werkt de fysiotherapeut samen met collega-fysiotherapeuten (gespecialiseerder of juist generalistischer) en andere professionals in de zorg en/of het sociale domein. De fysiotherapeut consulteert hen en/of verwijst naar hen wanneer dat nodig is voor de patiënt en zijn/haar specifieke hulpvraag. Om dit op de juiste manier te kunnen doen, kent de fysiotherapeut de specifieke expertise van deze professionals.
- De fysiotherapeut reflecteert of hij/zij de juiste professional is om de patiënt de juiste zorg te leveren op het juiste moment. Zeker gezien de toenemende multimorbiditeit en gezondheidsproblemen waarbij meerdere factoren een rol spelen, vereist dit een zelfreflectieve houding (zie MODULE 3). De fysiotherapeut inventariseert en signaleert welke ondersteuning een patiënt nodig heeft, en weegt dit af tegen de eigen kennis en expertise. Op grond hiervan beslist de fysiotherapeut of hij/zij zich bekwaam en bevoegd acht om de betreffende patiënt fysiotherapeutische zorg te bieden.
- Om de juiste zorg voor de patiënt te bewerkstelligen, moet de unieke bijdrage van de fysiotherapeut aan de zorg helder en zichtbaar zijn. (H)erkenning van de expertise van de fysiotherapeut op het gebied van bewegend functioneren maakt de fysiotherapeut een gerespecteerde samenwerkingspartner. Samenwerkingsvormen zijn hierbij een middel en geen doel op zich.

V F

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Wat betekent dit aanvullend voor de psychosomatisch fysiotherapeut??

- Bij aanwezigheid van multifactoriële problematiek bij de patiënt, werkt de psychosomatisch fysiotherapeut samen met andere collega fysiotherapeuten en/of met zorgprofessionals buiten het fysiotherapeutische domein, bijvoorbeeld de psycholoog en/of ergotherapeut. Doordat de psychosomatisch fysiotherapeut regelmatig overlegt en goed op de hoogte is van de werkwijzen van de andere zorgverleners, sluit de geleverde zorg goed op elkaar aan. Als specialist in de zorg voor mensen met multifactoriële problematiek, adviseert de psychosomatisch fysiotherapeut collega fysiotherapeuten indien nodig. Op deze manier ontstaan een gezamenlijke taal en een gezamenlijk beleid wat essentieel is in de zorg voor patiënten met multifactoriële problematiek.

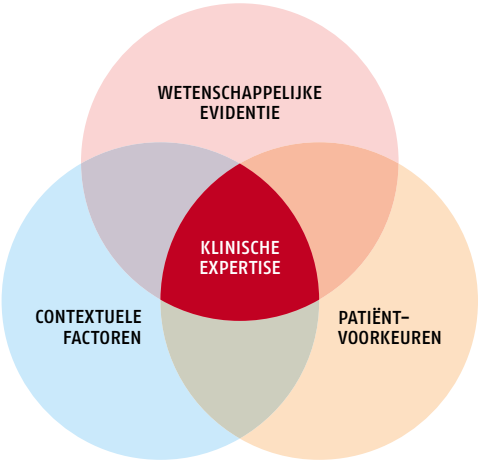
MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

Bij het behandelen van mensen met psychopathologie, onder andere depressie, angststoornis, persoonlijkheidsproblematiek of autismespectrumstoornis, kent de psychosomatisch fysiotherapeut de eigen grenzen van het vak. De psychosomatisch fysiotherapeut verwijst, zo nodig, naast de eigen behandeling door (of terug) naar de huisarts indien er nog geen behandeling voor deze psychopathologie plaatsvindt. Dit doet de fysiotherapeut altijd op transparante wijze door een heldere communicatie en afstemming met de patiënt.

Groeiende behoefte aan onderbouwing en transparantie van kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg wordt bepaald door de veiligheid, tijdigheid, efficiëntie, effectiviteit, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid (Richardson, 2001). Het onderbouwen en zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg en de (ervaren) waarde worden steeds belangrijker voor de daaruit voortvloeiende verantwoording en bekostiging van de zorg. In de onderbouwing van de kwaliteit van zorg wordt het belang van evidence-based practice (EBP) steeds meer erkend (zie figuur 1). In evidence-based practice vormt de afweging tussen wetenschappelijke evidentie, de context (patiënt, therapeut en omgeving) en voorkeuren van de patiënt de klinische expertise (Sackett, 1995; Sackett, 2000; Greenhalgh et al., 2014; Haynes et al., 2002). Wetenschappelijke evidentie dient hierbij als uitgangspunt. Andere belangrijke factoren in de weging zijn (praktische) toepasbaarheid en kosteneffectiviteit (Satterfield, 2009) en de context van zowel de patiënt, fysiotherapeut als omgeving (RVS, 2017). In de gezondheidszorg wordt steeds meer onderzoek gedaan naar niet-medicamenteuze en conservatieve behandelingen. Ook komt er ruimte voor andere onderzoeksmethoden, zoals praktijkgericht en kwalitatief onderzoek, die beter aansluiten bij het breder gezondheidsperspectief.

Figuur 1 **Principes van evidence-based practice**



De manier waarop patiënten waarde van zorg ervaren én toekennen, verandert richting een grotere focus op de bijdrage van zorg aan welzijn en welbevinden en daarmee de kwaliteit van leven. Veel patiënten wensen ook meer zicht in en regie over hun zorgtraject.

Voor een goede kwaliteit van zorg en optimale interprofessionele samenwerking, is het belangrijk dat zorgprofessionals transparant zijn over hun specifieke expertise en kennis. Dit geldt zowel voor (verbijzonderd) fysiotherapeuten onderling als voor andere professionals in gezondheidszorg en welzijn. Het is een voorwaarde dat zij kennis en inzicht hebben in elkaars waarde, relevantie en bijdrage aan de zorg, zowel op inhoud als op de uitkomst ervan.
Om kwaliteit van zorg transparant te maken en te borgen, is verantwoording noodzakelijk. De functies van verantwoording zijn breed. Ze variëren van controle op naleving van normen en regels, versteviging van de eigen positie tot ondersteuning bij leren, ontwikkelen en verbeteren. In plaats van opgelegde verantwoording vanuit bijvoorbeeld zorgverzekeraars, zal het vertrekpunt in de toekomst steeds meer moeten liggen bij degene die verantwoording aflegt. Dus bij de zorgverlener zelf in plaats van bij degene die verantwoording vraagt (RVS, 2019).

F

Wat betekent dit voor de fysiotherapie?

De effecten van een groeiende behoefte aan onderbouwing

- Fysiotherapeutische advisering, ondersteuning en behandeling zijn gebaseerd op evidentie en ervaring én op de individuele leefomgeving van de patiënt. Daarbij is er ruimte voor verscheidenheid en personalisering. Het uitgangspunt is dat elke patiënt, met zijn/haar eigen wensen, behoeften en mogelijkheden (binnen de eigen leefomgeving) uniek is en om een gepersonaliseerde aanpak vraagt. Zowel voor de fysiotherapeut als voor de patiënt gaat het om een lerende praktijk, waarin nieuwe evidentie wordt gegenereerd en klinische expertise wordt opgebouwd om de patiënt verder te helpen.
- Op basis van kennis, expertise, klinisch redeneren, standaarden en richtlijnen neemt de fysiotherapeut, samen met de patiënt, beslissingen over gezondheid en behandeling. De fysiotherapeut past zo mogelijk gepersonaliseerde zorg toe, zodat deze optimaal aansluit bij de doelen en de individuele kenmerken van de patiënt.
- De fysiotherapie heeft een stevige wetenschappelijke basis ontwikkeld, waarin ook steeds meer praktijkgericht onderzoek wordt gedaan. Belangrijk is dat de opgedane kennis uit onderzoek naar de fysiotherapeutische praktijk wordt vertaald, zodat deze kan worden toegepast.

V F

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Wat betekent dit aanvullend voor de psychosomatisch fysiotherapeut?

- De psychosomatisch fysiotherapeut is opgeleid om te werken vanuit evidence based practice. Dit vormt de leidraad van het klinisch redeneren bij mensen met multifactoriële problematiek waarbij psychosociale factoren een rol spelen. Binnen de opleiding tot specialist gaat de psychosomatisch fysiotherapeut hierin nog een stap verder door zelfstandig wetenschappelijk onderzoek te ontwerpen en uit te voeren, met als doel het handelen van de psychosomatisch fysiotherapeut verder te verbeteren (zie de kern van de psychosomatische fysiotherapie in module 2).

- Door de kennis en ervaring die de psychosomatisch fysiotherapeut heeft opgedaan tijdens de opleiding, is hij/zij een reflectieve en kritische zorgverlener die in staat is zijn eigen handelen te onderbouwen. Deze theoretische rationale draagt de psychosomatisch fysiotherapeut via educatie op begrijpelijke wijze over naar de patiënt zodat hij/zij begrijpt welke factoren een relatie hebben met de aanhoudende klachten (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017).
- De psychosomatisch fysiotherapeut fungeert binnen de eigen beroepspraktijk als kartrekker van innovatieve ontwikkelingen in de zorg voor mensen met multifactoriële problematiek waarbij psychosociale factoren een rol spelen.

De effecten van een groeiende behoefte aan transparantie en duurzaamheid

- Ook in de fysiotherapie wordt gezocht naar een goede balans tussen kwaliteit, transparantie en verantwoording. Het KNGF stimuleert dit door de ontwikkeling en implementatie van beroeps- en kwaliteitsstandaarden, bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en het faciliteren en stimuleren van professionele ontwikkeling. Het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF) van het KNGF stimuleert en initieert wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie met de Onderzoeksagenda Fysiotherapie 'Kennis van Waarde'[6].
- Het streven is dat de beroepsgroep zelf bepaalt hoe deze verantwoording vormgegeven wordt. Het helpt hierbij om het vakgebied fysiotherapie (zie MODULE 2) en de rollen van fysiotherapeuten (zie MODULE 3) duidelijk te kaderen.
- Voor de toekomstbestendigheid van fysiotherapie moet het voor de samenleving en het zorg-landschap helder zijn waar het vakgebied fysiotherapie (zie MODULE 2) voor staat en wanneer het effectief en doelmatig ingezet kan worden. Dit is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep als collectief.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Wat betekent dit aanvullend voor de psychosomatisch fysiotherapeut?

- De psychosomatisch fysiotherapeut is in staat om zijn of haar eigen bijdrage in een zorgproces op heldere en transparante wijze te formuleren en te onderbouwen aan de patiënt en diens omgeving en naar verwijzers en andere stakeholders.
- De psychosomatische fysiotherapeut maakt gebruik van zowel mono- als multidisciplinaire richtlijnen, onder andere op het gebied van aanhoudende pijn en/of aanhoudende lichamelijke klachten. Door als psychosomatisch fysiotherapeut uit te gaan van dezelfde basisprincipes en vanuit eenzelfde richtlijn te werken als andere zorgprofessionals, wordt de zorg voor de patiënt en de aansluiting op andere zorgprofessionals geoptimaliseerd (zie de screening en behandeling in module 2).
- De psychosomatisch fysiotherapeut draagt bij aan het verminderen van zorgconsumptie door passende zorg aan te bieden (zie indicatie en de screening in module 2).

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

[6] www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/onderzoek-wetenschap/onderzoeksagendafysiotherapie_kennisvanwaardedigitaal.pdf

Zorgstelsel, marktwerking en bekostiging

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op een aantal principes: er moet sprake zijn van goede zorg met verantwoorde kwaliteit, van betaalbare zorg en van beschikbaarheid van zorg voor iedereen.
Vanaf 2006 is er sprake van gereguleerde marktwerking. Het doel van de overheid was het bereiken van een beter systeem van gezondheidszorg, dat een verhoogde efficiëntie stimuleert en resulteert in zorg van betere kwaliteit, betere toegankelijkheid en transparantie. Bij gereguleerde marktwerking is sprake van een driehoeksrelatie tussen zorgvrager, zorgverlener en zorgverzekeraar.
Boven deze driehoek staat de overheid, die in de Zorgverzekeringswet de uitvoering van de basisverzekering heeft belegd bij zorgverzekeraars. Voor iedereen is het afsluiten van een basisverzekering verplicht. De zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering is voor iedereen gelijk. Daarnaast kunnen mensen kiezen voor een aanvullende verzekering, deze kan variëren tussen zorgverzekeraars. In de eerste lijn, wordt fysiotherapeutische zorg voor ongeveer een derde vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de overige fysiotherapie moet men zich aanvullend verzekeren of die kosten uit eigen middelen betalen. Daarnaast kan zorg bekostigd worden door gemeenten en aparte vergoedingsregelingen binnen instellingen in de tweede en derde lijn. Meer informatie over bekostiging van zorg is beschreven in bijlage 4.

2 Het vakgebied fysiotherapie

Veranderingen en ontwikkelingen om ons heen hebben invloed op het vakgebied fysiotherapie. De fysiotherapie beweegt daarin mee, binnen de mogelijkheden van het vakgebied. Dit hoofdstuk beschrijft het vakgebied van de fysiotherapie en de uitoefening ervan.

Fysiotherapie

De mens moet bewegen om te kunnen leven. De fysiotherapeut komt in beeld als bewegen niet meer vanzelfsprekend is: bij dreigende of bestaande gezondheidsproblemen die te relateren zijn aan het bewegend functioneren. Fysiotherapie ondersteunt bij het in beweging komen en blijven, op een manier die past bij de invulling die de patiënt aan het persoonlijk leven wil geven. Dit gebeurt in directe interactie en samenspraak met de patiënt en zijn/haar leefomgeving. En met oog voor de samenhang met eventuele andere vraagstukken in het leven van de patiënt. Fysiotherapie is daarmee een specialistische professie met bewegend functioneren als expertise-gebied, en biedt ondersteuning op maat bij het stimuleren, hervinden, behouden en/of optimaliseren van het bewegend functioneren. De fysiotherapeut houdt hierbij rekening met de behoeften, de mogelijkheden en het gezondheidsgedrag van de unieke mens, in zijn/haar eigen leefomgeving.

Fysiotherapeuten ondersteunen patiënten, van jong tot oud, in het bewegend functioneren. In dit Beroepsprofiel wordt '*de patiënt en/of zijn/haar naaste(n)*' gebruikt. Met naaste(n) wordt bedoeld: verwanten, partners, familieleden, mantelzorgers en anderen die voor de patiënt belangrijk zijn bij de ondersteuning in het dagelijks leven. Indien relevant en aan de orde, betrekt de fysiotherapeut de naaste(n) van de patiënt bij het fysiotherapeutisch handelingsproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten met cognitieve beperkingen en patiënten met een verminderd vermogen om besluiten te nemen.

De kern van fysiotherapie

De fysiotherapeut gaat uit van de gehele mens in zijn/haar leefomgeving en handelt volgens de principes van het biopsychosociaal model en het functie- en gezondheidsmodel. De fysiotherapeut hanteert een lichaamsgerichte, bewegingsgerichte en persoonsgerichte benaderingswijze. Daarbij kan hij/zij gericht en verantwoord kiezen voor toepassing van een variëteit van handelingen en interventies binnen de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) domeinen: participatie, activiteiten, functie, persoonlijke factoren, omgevingsfactoren en gezondheidssituatie. Deze domeinen interfereren met elkaar en staan daarom niet op zichzelf. Het fysiotherapeutisch handelen is gebaseerd op alfa- en gammawetenschappen, gerelateerd aan het bewegend functioneren. Hiertoe behoren ten minste de toepassing van kennis over functionele anatomie, inspanningsfysiologie, pathofysiologie, neurologie, immunologie, farmacologie, bewegingsleer, psychologie, algemene gezondheidsleer en gedragsbeïnvloeding in relatie tot bewegend functioneren. De fysiotherapeut richt zich op onderzoek en behandeling van mensen met een aandoening of ervaren beperking, bij wie bewegen in het dagelijks leven / in hun eigen leefomgeving niet (meer) vanzelfsprekend is of dreigt te worden (voorgoed of tijdelijk).

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

De kern van psychosomatische fysiotherapie

De psychosomatisch fysiotherapeut richt zich op patiënten met een multifactorieel gezondheidsprobleem en een hulpvraag gericht op het bewegend functioneren waarbij psychosociale en contextuele factoren in meerdere levensgebieden dominant belemmerend zijn.

De psychosomatisch fysiotherapeut inventariseert middels de anamnese, het onderzoek en bijbehorende klinimetrie (samen met de patiënt) op welke wijze de aanwezige factoren op fysiek, psychosociaal en contextueel gebied dominant zijn en op welke wijze deze factoren interacteren en een relatie hebben met het gezondheidsprobleem.

De psychosomatisch fysiotherapeut helpt de patiënt met multifactoriële problematiek om de wisselwerking van de (dominant) op elkaar inwerkende factoren op fysiek, psychosociaal en contextueel gebied inzichtelijk te maken voor de patiënt.

De psychosomatisch fysiotherapeut zet, in continue afstemming met de patiënt, verschillende interventies gelijktijdig in die gericht zijn op de psychosociale- en contextuele factoren die een dominante rol spelen (bijvoorbeeld cognitief-gedragsmatige interventies en lichaamsgerichte oefeningen), met als doel de belemmering in het bewegend functioneren te verminderen. Het zorgproces van de psychosomatisch fysiotherapeut kenmerkt zich door de inzet van effectieve communicatie en persoonlijke reflectie op het werkproces en de therapeutische relatie met de patiënt.

Indicatie voor fysiotherapie

Fysiotherapeutische zorg en ondersteuning is geïndiceerd bij een hulpvraag gerelateerd aan het bewegend functioneren, binnen de specifieke leefomgeving van de individuele patiënt. Om aan de hulpvraag tegemoet te komen, stimuleert, ondersteunt, bevordert en/of herstelt de fysiotherapeut het bewegend functioneren. Ook ondersteunt hij/zij het zelfmanagement van de patiënt in relatie tot het bewegend functioneren, als voorwaarde voor behoud en verbetering van de regie over het eigen leven, inclusief een gezonde leefstijl. Dit betekent dat het per patiënt kan verschillen of fysiotherapeutische zorg geïndiceerd is of dat de hulpvraag (mede)beantwoord kan worden door een andere (zorg)professional. Te denken valt aan een andere paramedicus of aan het reguliere of doelgroepsgerichte beweeg- en sportaanbod in het sociale domein.
Wanneer een patiënt verminderde tot geen beperkingen meer ervaart in het bewegend functioneren en participatie in het dagelijks leven, zijn de behandeldoelen over het algemeen behaald. Ook wanneer de patiënt zelf voldoende in staat is om het bewegend functioneren in stand te houden of verder te verbeteren (zodat de behandeldoelen verder zelfstandig kunnen worden behaald), is fysiotherapeutische zorg over het algemeen niet meer geïndiceerd. Uiteraard kan dit per patiënt, afhankelijk van zijn/haar wensen, behoeften, mogelijkheden en omstandigheden, verschillen. Het is aan de fysiotherapeut om hier samen met de patiënt en/of zijn/haar naaste(n) afspraken over te maken en op te blijven reflecteren. Goede communicatieve vaardigheden en interprofessioneel samenwerken zijn hiervoor belangrijke randvoorwaarden.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Indicatie voor psychosomatisch fysiotherapeut

Als zorgverlener richt de psychosomatisch fysiotherapeut zich op patiënten met een multifactorieel gezondheidsprobleem en een hulpvraag gericht op het bewegend functioneren. Hierbij spelen psychosociale en contextuele factoren een dominante rol en zijn deze in meerdere levensgebieden belemmerend voor het bewegend functioneren. Het gezondheidsprobleem strekt zich uit over meerdere levensgebieden zoals in de persoonlijke leefomgeving, het werk en sport. De patiënt heeft onder andere een verminderd of veranderd lichaamsbewustzijn en/of disfunctionele ziektepercepties die hardnekkig en niet eenvoudig corrigeerbaar zijn. Er kan ook sprake zijn van disfunctionele ziektegedragingen zoals een passieve of vermijdende copingstijl en de zelfregulatie-, zelfmanagement-, en gezondheidsvaardigheden van de patiënt zijn matig tot laag. Er zijn psychosociale en contextuele factoren die het herstel beïnvloeden zoals werkstress, problemen binnen het gezin, sociale kring, sociaal maatschappelijke omgeving, leefomgeving of financiële problemen. De behandeling is veelal monodisciplinair van aard, tenzij samenwerking noodzakelijk is voor het verminderen van de beperkingen in het bewegend functioneren.

Er kan ook sprake zijn van psychopathologie zoals stemmings- of angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, slaap-waakstoornissen, een somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen. Daarnaast kan er sprake zijn van ongunstige persoonskenmerken zoals externalisatie, achterdocht, afhankelijkheid of agressie en misbruik van middelen,bijvoorbeeld alcohol, medicatie of drugs. Hier kent de psychosomatisch fysiotherapeut de grenzen van het eigen vak en is de behandeling multidisciplinair van aard. De psychosomatisch fysiotherapeut werkt hierbij aanvullend, gericht op het lichamelijk functioneren, op de behandeling(en) van bijvoorbeeld de psycholoog, psychiater of revalidatiearts (vaak in de tweede lijn).

2.1 Uitgangspunten van fysiotherapeutisch handelen

Fysiotherapeutische zorgverlening is erop gericht mensen zo optimaal en zelfstandig mogelijk de regie over het bewegend functioneren in de eigen leefomgeving te laten voeren of hervinden. Een fysiotherapeut werkt lichaams-, bewegings- en persoonsgericht: met hoofd, hart en handen. Met het hoofd gebeurt dit op basis van gestructureerd en methodisch klinisch redeneren. Met het hart vanuit de intrinsieke motivatie om met een persoonsgerichte benadering iets te kunnen betekenen voor de patiënt, in zijn/haar eigen leefomgeving. Met handen op basis van een lichaams- en bewegingsgerichte benaderingswijze, die kan bestaan uit een hands-on of hands-off-benadering of een combinatie van beide.

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

Redeneren vanuit het biopsychosociaal model

De fysiotherapeut denkt en handelt vanuit een biopsychosociaal gezondheidsbeeld, waarbij alle drie de dimensies (biologisch, psychologisch en sociaal) een even grote invloed kunnen hebben op gezondheid. Per dimensie kunnen (gezondheids)determinanten worden onderscheiden

die, afhankelijk van het gezondheidsvraagstuk, een meer of minder dominante rol spelen. Deze (gezondheids)determinanten kunnen betrekking hebben op een of (een combinatie van) meerdere factoren: participatie, activiteiten, functie, persoonlijke factoren, omgevingsfactoren en gezondheidssituatie. Vanuit dit gezondheidsbeeld heeft de fysiotherapeut de mogelijkheid om diverse gezondheidsinstrumenten te implementeren in de beroepspraktijk.

Het bewegend functioneren van de patiënt, in zijn/haar eigen leefomgeving, staat centraal

Voor de fysiotherapeut is het bewegend (dis)functioneren en het ondersteunen van gezond beweeggedrag het uitgangspunt. De fysiotherapeut ziet functioneren als een voorwaarde om te kunnen participeren in de samenleving, met behoud van de eigen regie. De fysiotherapeut houdt rekening met persoonlijke factoren, de leefomgeving, gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement en de wensen en behoeften van de individuele patiënt.
De fysiotherapeut ondersteunt de patiënt vanuit de biopsychosociale ziens- en handelingswijze bij het accepteren, aanleren, herleren, verbeteren en optimaliseren van zowel het bewegend functioneren als de daarbij benodigde gezondheidskennis en -vaardigheden. De fysiotherapeut coacht de patiënt bij zelfmanagement en ondersteunt zijn/haar vermogen om regie te houden over het eigen leven. Dit doet de fysiotherapeut in samenspraak met de patiënt, met aandacht voor de leefomgeving, gezondheidsvaardigden en duurzame gedragsverandering. Waar zinvol, wordt technologie ingezet om de patiënt te monitoren of ondersteunen.
De fysiotherapeut helpt de individuele doelen van de patiënt, binnen zijn/haar unieke leefomgeving, te bereiken. Dit doet hij/zij door te luisteren, adviseren en/of te begeleiden en door samen met de patiënt te beslissen. Fysiotherapeutische zorg vindt daarom plaats in directe interactie en samenspraak met de patiënt (gedeelde besluitvorming). De fysiotherapeut helpt en ondersteunt de patiënt en treedt terug wanneer deze taak vervuld is. Om de juiste zorg te bieden, consulteert de fysiotherapeut collega-fysiotherapeuten of andere (zorg)professionals wanneer de patiënt en zijn/haar specifieke hulpvraag daarom vraagt.

Handelen volgens evidence-based practice

Evidence-based practice in het fysiotherapeutisch handelen is de weging van wetenschappelijke evidentie én de context[7] én voorkeuren en opvattingen van de patiënt. Deze weging vormt de klinische expertise. Fysiotherapeutisch handelen vindt plaats in de overlap tussen deze drie componenten (zie figuur 1). Zowel het genereren van nieuwe evidentie als het opbouwen van klinische expertise zijn belangrijk. Dit vraagt om een kritisch reflectief vermogen van de fysiotherapeut, zowel op basis van wetenschappelijke evidentie als op de specifieke leefomgeving van de patiënt. Daar waar wetenschappelijke evidentie ontbreekt of de effectiviteit ervan nog niet voldoende wetenschappelijk onderbouwd kan worden, maar de interventie in de praktijk wel waarde toevoegt, is een onderliggende westerse theoretische rationale van belang (Hallegraeff, Odenthal, 2016). De mechanismen waardoor werkzaamheid van de interventie wordt verondersteld, moeten in ieder geval aansluiten bij evidence-based opvattingen waarop de kern van fysiotherapie is gebaseerd. Daarnaast moet de interventie zinvol worden ingezet in en passend zijn bij de leefomgeving van de patiënt.

[7] Voorbeelden van de context van de patiënt als individu zijn: behoeften, mogelijkheden, vaardigheden en specifieke hulpvraag. Voorbeelden van de context van de fysiotherapeut zijn: specifieke kennis en vaardigheden en ervaring. Voorbeelden van de context van de omgeving zijn: de sociale omgeving en thuissituatie.

Handelen volgens wettelijke kaders en beroeps- en kwaliteitsstandaarden

De titel 'fysiotherapeut' is een beschermde beroepstitel en valt onder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De fysiotherapeut handelt in lijn met geldende wet- en regelgeving, normen en standaarden, waaronder beroeps- en kwaliteitsstandaarden.
Elke fysiotherapeut werkt binnen de kaders van wet- en regelgeving, zoals de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Zorgverzekeringswet (Zvw), het tuchtrecht en de Algemene Verordening Gegegevens-bescherming (AVG). Een overzicht van het wettelijk kader en geldende wet- en regelgeving voor de fysiotherapeut is opgenomen in bijlage 4.
De fysiotherapeut ondersteunt en coacht patiënten gewetensvol en oordeelkundig, in lijn met bestaande beroepsstandaarden, zoals de KNGF Beroepscode voor de Fysiotherapeut[8], en kwaliteits-standaarden, zoals richtlijnen[9]. De KNGF Beroepscode voor de Fysiotherapeut is een leidraad voor het professioneel fysiotherapeutisch handelen. Deze geeft de fysiotherapeut handvatten voor afwegingen om goede zorg te bieden in een concrete situatie, op dat moment en in die omstandigheid (Beroepscode, 2020). Deze handvatten hebben betrekking op de beroepsuitoefening, de relatie tussen fysiotherapeut en patiënt, communicatie, praktijkvoering en wetenschappelijk onderzoek.
De fysiotherapeut is zich van deze beroepsethiek bewust en heeft daarnaast ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep (zie bijlage 4). De fysiotherapeut toont vanuit deze beroepsethiek een continue kritische reflectie op bestaande normen en waarden van het zorgstelsel en de Nederlandse samenleving, die gekenmerkt wordt door etnische, religieuze en spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties. De fysiotherapeut is ook in staat tot kritische reflectie op de normen en waarden van de individuele hulpvrager en/of zijn/haar naaste(n).

Beroepsethiek

Het contextuele kader waarbinnen de beroepsgroep zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid gestalte moet geven, is het publieke zorgstelsel dat de zorg ordent om deze betaalbaar en toegankelijk te houden. De fysiotherapeut kan zich hierdoor, als professional in de zorg én als mens, gesteld zien voor morele dilemma's op macro-, meso- en microniveau. Ethiek is een manier van kijken naar fysiotherapeutisch handelen, naar de waarden die daarbij horen en de normen waartoe de waarden leiden (Engberts, 2017). De beroepsethiek is de bezinning op het gemeenschappelijk aanvaarde geheel van waarden en normen. Deze beroepsethiek is vooral een zaak van en voor fysiotherapeuten (ten Have, 2020).
Ethische reflectie vormt een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening van de fysiotherapeut. De vraag die een fysiotherapeut steeds stelt is: wat is goede zorg voor deze patiënt in deze situatie? Ethische reflectie hoort bij het professioneel handelen, omdat het beroep moreel geladen is. De fysiotherapeut is een professional als hij/zij een weloverwogen afweging maakt voor goede zorg voor de specifieke patiënt en zo het verschil weet te maken voor individuele patiënten (van Dartel, 2013). De fysiotherapeut is vanuit deze beroepsethiek in staat tot permanente kritische reflectie op bestaande normen en waarden van de Nederlandse samenleving met haar etnische, religieuze en

[8] Kijk voor de KNGF Beroepscode voor de Fysiotherapeut op www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/beroepscode-voor-de-fysiotherapeut
[9] Kijk voor de kwaliteitsstandaarden voor de fysiotherapeut op www.kngf.nl/kennisplatform

spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties (publieke moraal). Zorgen kan worden gezien als een morele handeling en worden omschreven als: "Een menselijke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze 'wereld' zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Die wereld omvat onze lichamen, ons persoon zijn en onze omgeving die we trachten samen te weven tot een complex, het leven ondersteunend web." Het proces van zorgen vraagt om morele kwaliteiten: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid (Tronto, 1993).

Naast deze morele kwaliteiten heeft een fysiotherapeut voor het zorgen voor zijn/haar patiënt een adequate beroepsattitude (een bepaalde instelling of grondhouding) nodig. Deze professionele attitude omvat een respectvolle benadering, de bereidheid tot het geven van informatie, het opbouwen en handhaven van een vertrouwensrelatie, de bereidheid tot samenwerking en tot het afleggen van verantwoording (Boiten, 2019).
De aanwezigheid van een beroepsethiek is aanleiding voor het opstellen van een beroepscode. Hierin staat, aan de hand van richtinggevende normen (gedragsregels), wat professioneel handelen inhoudt. De KNGF Beroepscode voor de Fysiotherapeut[10] is niet een van buitenaf opgelegd document. Deze is door fysiotherapeuten zelf opgesteld, als resultaat van reflectie op het dagelijks handelen (Engberts, 2017). De Beroepscode biedt een leidraad voor het professioneel handelen van de fysiotherapeut, en handvatten om afwegingen te maken voor het bieden van goede zorg in een concrete situatie, op dat moment, in die omstandigheid. De Beroepscode omvat een verzameling regels die het geheel van professionele waarden en normen relateert aan 'goed hulpverlenerschap' en 'goede zorg'. De regels zijn onderverdeeld in de algemene beroepsuitoefening, de relatie tussen de fysiotherapeut en de patiënt, de communicatie met collega's en andere hulpverleners, de praktijkvoering en wetenschappelijk onderzoek. De Beroepscode is samengesteld door de Ethiekcommissie van het KNGF, in overeenstemming met de huidige wet- en regelgeving, geldende KNGF-documenten en meningen vanuit het werkveld.

VAS F

Ook voor fysiotherapeuten met een verbijzondering, een aantekening of werkend in een specifieke setting, gelden bovenstaande aspecten met betrekking tot ethiek. Echter heeft deze fysiotherapeut te maken met meerdere ethische afwegingen tijdens zijn screening, diagnostiek of behandeling van patiënten met problematiek met een hoge mate van onzekerheid, onvoorspelbaarheid en veiligheidsrisico's. Het is daarom belangrijk om bij deze patiënten het eigen ethisch handelen extra kritisch te evalueren en, indien nodig, bij te stellen.

[10] Zie www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/beroepscode-voor-de-fysiotherapeut en https://youtu.be/V_9S7ACx8CQ

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Beroepsethiek voor de psychosomatisch fysiotherapeut

De psychosomatisch fysiotherapeut inventariseert de samenhang tussen de lichamelijke klachten van de patiënt en de psychosociale en contextuele factoren. Bij het inventariseren van deze samenhang kunnen bijvoorbeeld een (mogelijk) trauma, nog niet gediagnostiseerde psychopathologie of hechtingsproblematiek ter sprake komen. Dit vraagt van de psychosomatisch fysiotherapeut een inschatting over de kwetsbaarheid van de patiënt en hoe de anamnese, onderzoek of behandeling kan worden voortgezet of gewijzigd. Het kunnen omgaan met deze kwetsbaarheid, vraagt van de psychosomatisch fysiotherapeut een specifieke deskundigheid, een beroepsattitude met permanente kritische reflectie en een sterk bewustzijn van de persoonseigen inbreng en eigen cultureel maatschappelijke-achtergrond.

2.2 Elementen binnen fysiotherapeutisch handelen

Klinisch redeneren en methodisch handelen zijn essentiële elementen in het handelen van de fysiotherapeut en het bieden van patiëntgerichte fysiotherapeutische zorg en ondersteuning.

Klinisch redeneren

Klinisch redeneren is het proces van gegevens verzamelen, analyseren en interpreteren om zo een gezondheidsprobleem te begrijpen en een behandelplan op te stellen. Klinisch redeneren is sterk afhankelijk van leefomgeving en cultuur. Fysiotherapeutisch klinisch redeneren vindt plaats vanuit de biopsychosociale benadering en met behulp van een functie- en gezondheidsmodel (ICF). Klinisch redeneren is niet alleen een cognitief proces dat bewust verloopt. Toch is het belangrijk het expliciet te maken (bewust, goed uit te leggen, reproduceerbaar) met een persoonsgerichte, lichaamsgerichte en omgevingsgerichte benadering (Huhn et al., 2018).

Methodisch handelen

De fysiotherapeut werkt planmatig, doelgericht en procesmatig. 'Planmatig' houdt in dat het handelen gekenmerkt is door een voorbedachte, herkenbare, samenhangende en logische, uitlegbare planning, uitvoering en dossiervoering[11]. 'Doelgericht' houdt in dat het handelen is gericht op het bereiken van een helder en concreet doel dat tevoren is vastgesteld met de patiënt (en/of zijn/haar naaste[n]). 'Procesmatig' houdt in dat alle aspecten van het handelen met elkaar samenhangen en elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. Dit is mogelijk door het handelen continu beargumenteerd en in overleg te monitoren en bij te sturen.

[11] Kijk voor de KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering op www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019

Patiëntgerichte zorg gericht op zelfmanagement

In het fysiotherapeutisch handelen staat de patiënt met zijn/haar specifieke hulpvraag in de eigen leefomgeving centraal. Samen met de patiënt bepaalt de fysiotherapeut de behandeldoelen die passen bij de hulpvraag, mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt, zoals zelfmanagement[12] en gezondheidsvaardigheden. De fysiotherapeut ondersteunt bij het zelfmanagement, zodat de patiënt zoveel mogelijk eigen regie over het leven krijgt en ervaart.

2.3 Fasen van fysiotherapeutisch handelen

Het fysiotherapeutisch handelen bestaat uit intake, onderzoek en behandeling. De intake behelst screening en anamnese. Fysiotherapeutisch onderzoek omvat lichamelijk onderzoek en diagnostische verrichtingen, waarbij de fysiotherapeut eventueel gebruikmaakt van passende klinimetrie (meetinstrumenten). Dit alles resulteert in een fysiotherapeutische diagnose. De fysiotherapeutische behandeling bestaat uit therapeutische verrichtingen en evaluatie.
Het uitgangspunt van het eerder beschreven fysiotherapeutisch klinisch redeneren is dat bewegend disfunctioneren de kern vormt van het gezondheidsprobleem van de patiënt.
Er is sprake van een gezondheidsprobleem wanneer de patiënt ervaart niet te kunnen bewegen zoals hij/zij dat wil of zoals de leefomgeving dit vereist of verlangt. Onderdeel van het gezondheidsprobleem is dat de patiënt handelingen niet of onvoldoende kan uitvoeren, omdat hij/zij gehinderd wordt door beperkingen in participatie, activiteiten en/of functie en/of door persoonlijke en/of omgevingsfactoren. Het samenspel van al deze factoren beïnvloedt de gezondheidstoestand. De samenhang ervan wordt met behulp van het functie- en gezondheidsmodel (ICF) in kaart gebracht.
Of en in welke mate deze factoren van invloed zijn op de gezondheidstoestand (en het verloop daarvan) moet de fysiotherapeut inschatten en waar mogelijk bepalen. De fysiotherapeut spreekt na de anamnese het vermoeden uit of en in welke mate er invloed is van alle relevante factoren op de gezondheidstoestand van de patiënt.
De fysiotherapeut meet vervolgens alle, waar mogelijk, relevante factoren (via aanvullende anamnese, klinimetrie, lichamelijk onderzoek) en schat deze, in samenspraak met de patiënt, op waarde:

1. De relevantie van de gevonden waardes voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
2. De mate waarin elke (relevante) factor van invloed is op de gezondheidstoestand.

Ook worden de factoren gerelateerd aan de leefomgeving en persoonlijke factoren. Hiermee doet de fysiotherapeut een uitspraak over de samenhang van alle factoren van de gezondheidstoestand en de betekenis daarvan voor de gezondheidstoestand (de fysiotherapeutische diagnose). Vervolgens wordt, in samenspraak met de patiënt, ingeschat (en waar mogelijk bepaald) welke factoren met fysiotherapeutische interventies beïnvloed kunnen worden en wat daarvan de gevolgen zijn voor de gezondheidstoestand en het beloop.

[12] Zelfmanagement is het individuele vermogen om goed om te gaan met de gevolgen van een aandoening of klacht (zoals symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen), als voorwaarde voor behoud en/of verbetering van de eigen regie over het leven.

Screening

Screening is een proces waarbij de fysiotherapeut inzicht krijgt in de klachten en hulpvraag van de patiënt en besluit of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is (KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering, 2019). Bij screening stelt de fysiotherapeut (met gerichte vragen in de anamnese of diagnostische verrichtingen) in een beperkte tijd vast of al dan niet sprake is van een herkenbaar patroon van kenmerkende tekenen en/of symptomen ('pluis' of 'niet-pluis') die vallen binnen het vakgebied van de fysiotherapie én de competenties van de individuele fysiotherapeut. Daarnaast bepaalt de fysiotherapeut in het screeningsproces door een gerichte anamnese en eventuele aanvullende diagnostische verrichtingen, of er een indicatie is voor fysiotherapie.

Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie en screening

Sinds 2006 bestaat de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Hiermee hebben patiënten de wettelijke mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts de fysiotherapeut te consulteren. Wanneer een patiënt zich via DTF aanmeldt, zal de fysiotherapeut altijd een screening uitvoeren.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Screening door de psychosomatisch fysiotherapeut

Bij elke intake screent de psychosomatisch fysiotherapeut op de aanwezigheid van psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen en bepaalt aan de hand hiervan of er een indicatie is voor psychosomatische fysiotherapie.

Daarnaast screent de psychosomatisch fysiotherapeut op de aanwezigheid van factoren die de behandeling, of het normale beloop, kunnen belemmeren. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van huiselijk geweld, eerder doorgemaakte trauma's of ernstige psychiatrische klachten waarvoor nog geen of onvoldoende zorg is.

Indien er geen indicatie is voor psychosomatische fysiotherapie, wordt in overleg met de patiënt, verwijzer en/of collega fysiotherapeut passende zorg geadviseerd en eventueel georganiseerd.

De psychosomatisch fysiotherapeut zet tijdens de screening klinimetrie in op het inventariseren van psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen en is in staat deze te interpreteren en te bespreken met de patiënt.

De psychosomatisch fysiotherapeut screent op de aanwezigheid van psychopathologie. Wanneer er geen hulpvraag gericht is op het bewegend functioneren, wordt in overleg met de patiënt en verwijzer passende zorg geadviseerd.

De psychosomatisch fysiotherapeut kan in de screening een consulterende rol vervullen voor andere hulpverleners met het inschatten van passende zorg (nulde lijn, eerste lijn, tweede en derde lijn).

Diagnostiek

In het diagnostisch proces inventariseert en analyseert de fysiotherapeut de klachten, ervaren beperkingen in het bewegend functioneren en de specifieke hulpvraag van de patiënt. De fysiotherapeut maakt hierbij gebruik van lichamelijk onderzoek en diagnostische verrichtingen. Waar mogelijk en relevant voor het klinisch redeneren, kan de fysiotherapeut in het onderzoek klinimetrie inzetten.
Op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek vormt de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose. Ook wordt het behandelplan bepaald. Dit doet de fysiotherapeut samen met de patiënt en op basis van de hulpvraag, wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn/haar omgeving. In het behandelplan kunnen behandelbare grootheden en determinanten behorende tot de drie domeinen van het biopsychosociaal model en het ICF-model[13] opgenomen zijn, in termen van (beperkingen in) activiteiten, participatie en/of functie, persoonsfactoren en/of omgevingsfactoren.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Diagnostiek door de psychosomatisch fysiotherapeut

De psychosomatisch fysiotherapeut excelleert in het inventariseren van biopsychosociale- en contextuele factoren die een dominante rol spelen bij patiënten met een hulpvraag gericht op het bewegend functioneren met een multifactorieel gezondheidsprobleem. In eerste instantie doet de psychosomatische fysiotherapeut dit tijdens de anamnese.

De psychosomatisch fysiotherapeut beschikt over overstijgende competenties op het gebied van klinisch redeneren bij mensen met multifactoriële problematiek waarbij psychosociale en contextuele factoren dominant zijn. Deze overstijgende competenties hebben betrekking op hoe de psychosociale en contextuele factoren een bijdrage leveren aan het tot stand komen van de gezondheidsproblemen. Dit is essentieel om een hulpvraag gericht op het bewegend functioneren bij deze doelgroep adequaat te kunnen beantwoorden.

De psychosomatische fysiotherapeut voert een lichamelijk onderzoek uit. Tijdens het lichamelijk onderzoek zijn algemene methodieken zoals actief en passief bewegingsonderzoek en specifieke orthopedische testen ook voor de psychosomatisch fysiotherapeut van belang om fysieke herstelbelemmerende factoren te herkennen en mee te nemen in de behandeling of iemand hiervoor door te verwijzen.

De psychosomatisch fysiotherapeut onderscheidt zich ten opzichte van de algemeen fysiotherapeut tijdens het lichamelijk onderzoek met overstijgende kennis over de invloed van psychosociale en contextuele factoren op de uitkomsten van het fysieke onderzoek, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van functioneel neurologische problematiek of trauma- en stressgerelateerde problematiek in de voorgeschiedenis.

[13] ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

Specifieke onderzoeksmethodieken waar de psychosomatisch fysiotherapeut gebruik van maakt zijn bijvoorbeeld observatie van de ademhaling en het (pijn)gedrag en het onderzoeken van lichaamsbewustzijn, introceptie en spanningsregulatie.

De psychosomatisch fysiotherapeut maakt gebruik van klinimetrie ter ondersteuning van het klinisch redeneerproces binnen de diagnostische fase. Bijvoorbeeld met vragenlijsten gericht op de ademhaling, lichaamsbewustzijn, ziektepercepties, coping, gezondheidsvaardigheden, positieve gezondheid, slaap, sensitisatie, psychopathologie of het kwantificeren van subjectieve waarnemingen zoals pijn, spanning en vermoeidheid.

De psychosomatisch fysiotherapeut onderzoekt de aanwezigheid van hulp-, en krachtbronnen en in hoeverre deze worden ingezet door de patiënt of de omgeving.

De psychosomatisch fysiotherapeut onderzoekt of er factoren aanwezig zijn die de therapeutische relatie kunnen bemoeilijken of bevorderen.

De psychosomatisch fysiotherapeut bespreekt de uitkomsten van het klinisch redeneerproces met de patiënt (en eventueel zijn sociale omgeving, verwijzers, andere zorgverleners en collega fysiotherapeuten).

De psychosomatisch fysiotherapeut monitort gedurende het gehele zorgtraject de psychosociale en contextuele factoren. Het verloop en de onderlinge interacties tussen deze factoren worden continu geïnventariseerd. Kenmerkend voor de doelgroep van de psychosomatisch fysiotherapeut is dat psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen veranderlijk van aard zijn en/of soms pas gaandeweg het zorgtraject inzichtelijk worden.

Behandeling

Op basis van het behandelplan en de behandeldoelen die de fysiotherapeut samen met de patiënt heeft opgesteld, past hij/zij fysiotherapeutische verrichtingen toe om deze doelen te bereiken. Fysiotherapeutische verrichtingen kunnen lichaamsgerichte, bewegingsgerichte en beweeggedragsmatige interventies zijn. Kenmerkende voorwaardenscheppende lichaamsgerichte interventies zijn manuele technieken (zoals mobiliserende technieken van gewrichten), fysische technieken en massagetechnieken. Kenmerkende bewegingsgerichte interventies zijn oefentherapie en educatie. Kenmerkende beweeggedragsmatige interventies zijn coaching en advies bij het bewegend functioneren. Tijdens de behandeling worden behandeldoelen geëvalueerd en bijgesteld als daar aanleiding voor is. Aan de hand van de evaluatie bepaalt de fysiotherapeut, in samenspraak met de patiënt, of de behandeldoelen (voldoende) bereikt zijn.

Fysiotherapeutische dossiervoering

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO; artikel 454) wordt de zorgverlener, in dit geval de fysiotherapeut, geacht een dossier in te richten dat gegevens bevat over de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Voor een optimale zorgverlening en gegevensoverdracht is het belangrijk dat deze gegevens systematisch worden vastgelegd. Zie de KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering[14] voor aanbevelingen voor dossiervoering.

Behandeling door de psychosomatisch fysiotherapeut

Voor de psychosomatisch fysiotherapeut is het werken aan een sterke therapeutische relatie met de patiënt binnen de behandeling essentieel voor een succesvolle behandeling. Om dit te bereiken is de psychosomatische fysiotherapeut in staat om adequaat om te gaan met factoren die de therapeutische relatie bemoeilijken en de factoren te gebruiken die de relatie juist bevorderen.

De psychosomatisch fysiotherapeut reflecteert permanent op het behandelproces, de therapeutische relatie met de patiënt en de eigen rol hierin.

De psychosomatisch fysiotherapeut biedt de patiënt een ontwikkelingsproces dat ondersteunend is in het beantwoorden van de hulpvraag met betrekking tot het bewegend functioneren. Door de inzet van aandoeningoverstijgende interventies wordt het zelfmanagement geoptimaliseerd.

De psychosomatisch fysiotherapeut beschikt over verschillende soorten interventies gericht op relevante biopsychosociale en contextuele factoren. Dit betreft bijvoorbeeld adviseren, informeren en instrueren, pijn- of psycho-educatie, manuele handelingen, cognitief-gedragsmatige interventies, lichaamsbewustzijn- en spanningsregulatie methoden, bewegingsgerichte interventies en oefentherapie, terugvalpreventie en nazorg.

De psychosomatisch fysiotherapeut analyseert de (complexe) samenhang tussen bijvoorbeeld cognitief gedragsmatige factoren en het bewegend functioneren tijdens het gehele zorgproces en gebruikt deze analyse om de verschillende interventies adequaat in te zetten, te verwijzen naar andere zorgverleners en om eventueel collega fysiotherapeuten te adviseren.

De psychosomatisch fysiotherapeut stemt de keuzes binnen het zorgproces continu af met de patiënt en overlegt indien nodig met diens sociale omgeving, verwijzers, andere zorgverleners en collega fysiotherapeuten.

De psychosomatisch fysiotherapeut fungeert tijdens de behandelingen als coach om de nieuw verworven copingstrategieën gericht op het zelfmanagement van het gezondheidsprobleem te leren gebruiken.

[14] Zie KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering 2019 via www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019

De psychosomatisch fysiotherapeut biedt mogelijkheden bij patiënten die (nog) geen psychologische behandeling willen of uitbehandeld zijn en een hulpvraag hebben op het bewegend functioneren. Samen met bijvoorbeeld de huisarts en/of POH-GGZ.

De psychosomatisch fysiotherapeut behandelt op monodisciplinaire wijze nooit een patiënt met psychopathologie of de gevolgen van trauma- of stressorgerelateerde stoornissen zonder dat de patiënt een hulpvraag heeft met betrekking tot het bewegend functioneren.

2.4 Een gezonde leefstijl en preventie

De fysiotherapeut integreert aspecten van een gezonde leefstijl in het fysiotherapeutisch handelen, bijvoorbeeld via educatie aan de patiënt en door het faciliteren van gedragsverandering. De fysiotherapeut kan ook een rol spelen in preventie. Bijvoorbeeld bij het voorkomen van verergering van een aandoening of klacht, het voorkomen van complicaties bij een operatie (door pre- en postoperatieve fysiotherapie) of educatie over leefstijl aan mensen met aandoeningen met een chronisch karakter, zoals hart- en vaataandoeningen.

Het bevorderen van een gezonde leefstijl

Het bevorderen van een gezonde leefstijl is een van de meest voorkomende uitgangspunten van preventie. Leefstijl wordt vaak beschreven aan de hand van de BRAVOM-factoren: Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning en Middelengebruik. Het uitgangspunt is dat de fysiotherapeut in beeld is bij leefstijlverandering als er sprake is van een beperking in het bewegend functioneren, waarbij beperkingen worden ervaren in een of meerdere ICF-domeinen. De fysiotherapeut is expert in het bewegend (dis)functioneren en het stimuleren van gezond beweeggedrag. Hij/zij heeft specifieke kennis en expertise op het gebied van het bewegend functioneren, een van de BRAVOM-factoren. De fysiotherapeut integreert het belang van een gezonde leefstijl in het fysiotherapeutisch handelen, bijvoorbeeld via coaching bij gezond beweeggedrag en educatie gericht op de andere leefstijlfactoren.
De fysiotherapeut bezit daarnaast beperkte kennis van aanpalende leefstijlfactoren die van invloed kunnen zijn op het bewegend functioneren en op activiteiten en participatie in het dagelijks leven van de patiënt. Denk daarbij aan de invloed van roken, alcohol, voeding en middelengebruik, stressreacties en ontspanning op de gezondheid. De fysiotherapeut is kritisch en reflectief op zijn/haar eigen gedrag, handelen en vakbekwaamheden. Door kennis van de aanpalende leefstijlfactoren weet hij/zij wanneer specifieke deskundigheid op een van deze gebieden gewenst is en doorverwijzing of samenwerking noodzakelijk. Een goede afstemming en samenwerking met andere disciplines is essentieel, zowel binnen het zorgdomein als met het sociale domein.

Preventie

Het bevorderen van een gezonde leefstijl met gezond beweeggedrag is een preventieve interventie die sterk gestimuleerd wordt. Samen met andere disciplines (uit bijvoorbeeld zorg of welzijn) werken fysiotherapeuten proactief aan preventie en gezondheidsbevordering. Preventie is gericht op specifieke doelgroepen die ondersteuning nodig hebben. Hierbij wordt vaak een onderscheid gemaakt op basis van het ziektestadium: van de gezonde populatie (universele en selectieve preventie) tot en met mensen met een ziekte of aandoening (geïndiceerde of zorggerelateerde preventie). Tabel 1 geeft de doelen van preventie en de rol van de fysiotherapie bij specifieke doelgroepen weer.

Tabel 1 **Doelen van preventie en de rol van de fysiotherapie**

Doelgroep	Doel preventie	Rol fysiotherapie	Vorm van preventie
Gezonde bevolking	Voorkomen van ziekte of aandoening	Geen vakgebied fysiotherapie	Universele preventie
Bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op een aandoening of klacht	Voorkomen van daadwerkelijk ziek worden	Geen vakgebied fysiotherapie. De fysiotherapeut kan een signalerende rol vervullen	Selectieve preventie
Mensen met beginnende klachten	Voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening	Vakgebied fysiotherapie	Geïndiceerde preventie
Mensen met een ziekte/aandoening	Voorkomen van complicaties, beperkingen, recidieven, afname kwaliteit van leven, sterfte	Vakgebied fysiotherapie	Zorggerelateerde preventie

Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie behoren tot het vakgebied van de fysiotherapie. Bij selectieve preventie heeft de fysiotherapeut meer een signalerende en adviserende rol, bijvoorbeeld in overdracht en triage. De fysiotherapeut deelt kennis, ervaring en inzichten over bewegend functioneren, om zo te voorkomen dat mensen met een risico op een aandoening die ook daadwerkelijk krijgen. De fysiotherapeut is hierin deskundig en uniek in deze deskundigheid.

Universele preventie ter bevordering van gezondheid in het private of sociale domein, wordt niet gerekend tot het vakgebied van de fysiotherapie. Fysiotherapeuten zijn hierin deskundig maar niet uniek in deze deskundigheid. Fysiotherapeuten kunnen zich uiteraard, op basis van hun eigen specifieke expertise, wel actief inzetten in dit domein en buiten het fysiotherapeutisch vakgebied producten en/of diensten aanbieden. Een voorbeeld is het aanbieden van beweegactiviteiten voor 'gezonde' mensen (zonder hulpvraag op het gebied van het bewegend functioneren). Deelnemers

kunnen zelf kiezen of ze deze beweegactiviteiten bij een fysiotherapeut volgen of bij een andere aanbieder. In dit geval voert de fysiotherapeut een extra rol uit die buiten het vakgebied valt. Als het gaat om preventie, zijn de grenzen van het vakgebied niet volledig af te bakenen. Er is sprake van een grijs gebied. Verschillende factoren bepalen of preventie wel of niet binnen het vakgebied fysiotherapie past. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aantal factoren dat de gezondheidstoestand van de patiënt bepaalt en de mate van interactie tussen deze factoren, de medische status of medische voorgeschiedenis, de hulpvraag, de setting en leefomgeving van de patiënt. Belangrijk hierbij is de vraag: is de deskundigheid van de fysiotherapeut in het bewegend functioneren uniek of beschikken ook andere disciplines over voldoende deskundigheid?

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Preventie door de psychosomatisch fysiotherapeut

De kennis en vaardigheden over het in contact zijn met je lichaam is bij veel mensen beperkt. Het goed kunnen duiden en in balans brengen van relevante lichamelijke, psychische en sociale factoren is om deze reden een vaardigheid die mensen onvoldoende beheersen. De psychosomatisch fysiotherapeut geeft hier voorlichting en behandeling over binnen de context van de zorg. Dit zou echter veel breder getrokken kunnen worden ter preventie van het ontstaan van gezondheidsproblematiek of het vergroten van draagkracht. Bijvoorbeeld door projecten te ontwikkelen voor jonge ouders die bij de kinderfysiotherapeut komen of samenwerking met scholen zoeken in verband met de groeiende groep jongeren met stress in buurthuizen van wijken met een laag sociaaleconomische status. Deze projecten kunnen gericht zijn op leefstijl, chronische klachten, ziekte management en/of zelfmanagement in het algemeen. Ook zou de psychosomatisch fysiotherapeut kunnen ondersteunen in de wachtlijstproblematiek van de GGZ en samenwerking met de POH-GGZ. De psychosomatisch fysiotherapeut kan bij mensen met beginnende klachten in het bewegend functioneren een preventieve rol spelen bij het verergeren van de klachten en preventie van een aandoening of aanhoudende klachten door onder andere de benadering vanuit het positieve gezondheidsmodel (Huber, 2011). De psychosomatisch fysiotherapeut participeert hiervoor in samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld in multidisciplinaire (wijk)teams, en maakt samen met belangrijke stakeholders (zoals de gemeente) preventieve afspraken voor onder andere de implementatie van initiatieven die gezondheidsproblematiek kunnen voorkomen.

3 Rollen van de fysiotherapeut

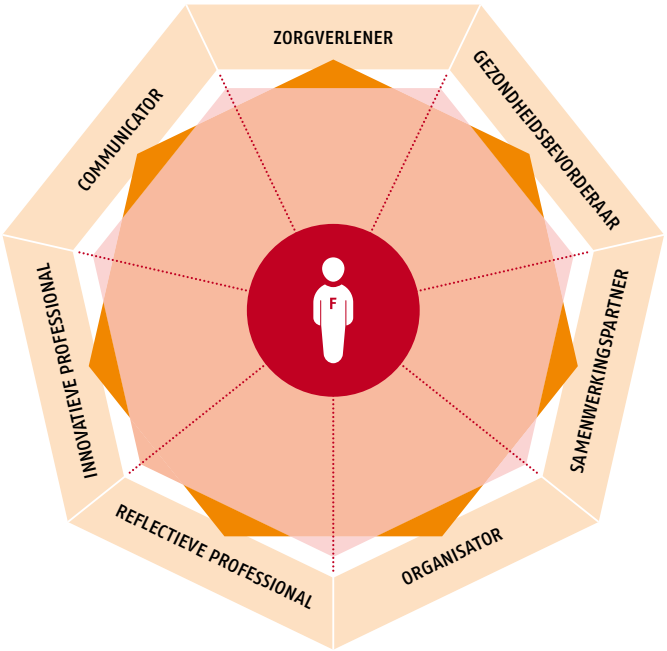
In MODULE 1 en MODULE 2 zijn de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, de fysiotherapeutische zorg en het beroep van fysiotherapeut beschreven. Deze ontwikkelingen hebben consequenties voor de uitoefening van de zorg, de taakgebieden en bijbehorende rollen van de fysiotherapeut.

Rollen

In dit Beroepsprofiel is de beroepsuitoefening van de fysiotherapeut beschreven aan de hand van zeven rollen. Deze rollen zijn afgeleid van het Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) 2015 model. Meer informatie over rollen binnen CanMEDS is te vinden in bijlage 5. Binnen dit model staat het werken als fysiotherapeut centraal en zullen altijd – in meer of mindere mate – meerdere rollen tegelijkertijd worden ingezet.

Elke rol is opgebouwd uit een aantal competenties. Deze competenties zijn vervolgens te verdelen in de samenhangende bouwstenen 'kennis', 'vaardigheden' en 'attitude'. Voor elke fysiotherapeut geldt dat hij of zij alle competenties behorende bij de rollen zodanig moet beheersen, dat uitoefening van de rollen in de beroepspraktijk mogelijk is. Daarbij moet de fysiotherapeut deze rollen ook, passend bij de praktijksituatie, in verschillende combinaties kunnen bekleden.
De volgende rollen worden onderscheiden: 1) Zorgverlener, 2) Gezondheidsbevorderaar, 3) Samenwerkingspartner, 4) Organisator, 5) Reflectieve professional 6) Innovatieve professional en 7) Communicator.

Figuur 2 **Rollen van de fysiotherapeut**



In MODULE 4 staan de zeven rollen van de fysiotherapeut verder uitgewerkt, inclusief bijbehorende competenties. De competenties zijn beschreven op het niveau waaraan de fysiotherapeut direct na afstuderen voldoet. De competenties van fysiotherapeuten met aantekening en de verbijzonderd fysiotherapeuten staan beschreven in desbetreffende profielen.

In het beroepsprofiel van een **verbijzonderd fysiotherapeut** worden de competenties beschreven die elke fysiotherapeut met deze specifieke opleiding moet beheersen, zodat de uitoefening van de rollen in de beroepspraktijk mogelijk is.

Bijzondere positie voor de rol van communicator

Het is onmogelijk om niet te communiceren. Daarom verdient de rol van communicator bijzondere aandacht. Deze rol is namelijk in elke beroepssituatie aanwezig. De hierbij behorende competenties zijn noodzakelijk om andere rollen zichtbaar en uitvoerbaar te maken.

Veranderingen ten opzichte van het vorige Beroepsprofiel (KNGF, 2014)

Zoals in de vorige paragrafen is beschreven, is de beschrijving van de bekwaamheid van de fysiotherapeut in dit Beroepsprofiel opgebouwd uit rollen en bijbehorende competenties.
In het vorige Beroepsprofiel Fysiotherapeut (KNGF, 2014) werd gesproken over afzonderlijke competentiegebieden binnen het fysiotherapeutisch handelen. In onderstaande tabel is weergegeven hoe de competentiegebieden uit het Beroepsprofiel van 2014 zich verhouden tot de rollen van de fysiotherapeut in het huidige Beroepsprofiel.

Tabel 2 **Competentiegebieden (2014) t.o.v. rollen fysiotherapeut (2021)**

Competentiegebieden (2014)	Rollen Fysiotherapeut (2021)
Fysiotherapeutisch handelen	Zorgverlener
Maatschappelijk handelen	Gezondheidsbevorderaar
Samenwerken	Samenwerkingspartner
Organiseren	Organisator
Professioneel handelen	Reflectieve professional
Kennis delen en wetenschap beoefenen	Innovatieve professional
Communiceren	Communicator

4 De competenties van de fysiotherapeut

Om het beroep van fysiotherapeut uit te oefenen, moet de fysiotherapeut over verschillende competenties beschikken. Deze zijn essentieel om de rollen binnen de genoemde taakgebieden van de fysiotherapeut te kunnen vervullen.
In deze module worden de rollen, met de daarbij behorende competenties, afzonderlijk beschreven. In de praktijk overlappen de rollen elkaar en zal de fysiotherapeut ze tegelijkertijd vervullen. De competenties zijn geformuleerd in werkwoorden als termen van gedrag. Bij de (omschrijving van) competenties gaat het om feitelijk (observeerbaar) gedrag in beroepssituaties.

Competenties

Het Beroepsprofiel Fysiotherapeut beschrijft de basis van de fysiotherapeut als kenmerken waar hij/zij direct na afstuderen aan voldoet. Niet het eindpunt maar het startpunt van de bekwaamheid van de fysiotherapeut wordt dus weergegeven. De competenties zijn daarom beschreven op niveau 6 van het European Qualifications Framework (EQF-niveau 6). De competenties hebben betrekking op het vakgebied fysiotherapie zoals beschreven in MODULE 2. Op de volgende pagina's zijn de competenties per rol beschreven. Meer informatie over EQF-6 is gegeven in bijlage 6.

Iedere fysiotherapeut is in staat om zelfstandig de rollen uit te voeren aan de hand van de beschreven competenties. Voor elke rol geldt dat de fysiotherapeut verantwoordelijkheid draagt voor eigen werk en handelt in lijn met geldende wet- en regelgeving en beroeps- en kwaliteitsstandaarden. De fysiotherapeut draagt gedeelde verantwoordelijkheid in processen waarbij hij/zij met meerdere (zorg)professionals samenwerkt.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut

Het beroepsprofiel voor de psychosomatisch fysiotherapeut beschrijft de basis van de psychosomatisch fysiotherapeut als kenmerken waar hij/zij na het afstuderen minimaal aan voldoet. De psychosomatisch fysiotherapeut bezit de competenties die de Bsc. fysiotherapeut ook beheerst, met daarbij aanvullende competenties op niveau 6 en 7 van het European Qualifications Framework (EQF-niveau 6 en 7). De psychosomatisch fysiotherapeut vult de competenties die de Bsc. fysiotherapeut ook beheerst aan met specifiek verworven aanvullende kennis, vaardigheden en een verder ontwikkelde professionele houding.
Dit staat beschreven in MODULE 2 en is hieronder gespecificeerd per rol. De competenties in MODULE 4 zijn daardoor niet te lezen zonder kennis te nemen van deze verdiepende rolbeschrijving en MODULE 2.

Professionele ontwikkeling

Elke fysiotherapeut ontwikkelt zich na de initiële opleiding op zijn of haar eigen manier. Op basis van passie, persoonlijke interesse, expertise, ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg en/of ervaring bepaalt iedere fysiotherapeut de eigen route in professionele ontwikkeling. Iedere fysiotherapeut ontwikkelt gedurende de professionele loopbaan dan ook competenties binnen de verschillende rollen. De vormen van professionele ontwikkeling zijn zeer divers. Zo kunnen fysiotherapeuten kiezen voor het volgen van opleidingen, cursussen, workshops, lezingen, blended en/of e-learnings (georganiseerde leeractiviteiten). Ook kunnen zij zich verder ontwikkelen tijdens het werk zelf of door te leren van anderen, bijvoorbeeld via reflectie, (intervisie)gesprekken, (collegiaal) overleg, coaching en feedback. Meer informatie over professionele ontwikkeling in de fysiotherapie is beschreven in de KNGF Beroepskolom.

De specifieke expertisegebieden en competenties van verbijzonderd fysiotherapeuten, fysiotherapeuten met aantekening en fysiotherapeuten werkzaam in een specifieke setting of met een specifieke doelgroep, staan beschreven in de desbetreffende profielen.

Zorgverlener

Als zorgverlener verleent de fysiotherapeut patiëntgerichte zorg aan patiënten met een hulpvraag gerelateerd aan ervaren beperkingen in het bewegend functioneren. Na afweging of er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie, verleent de fysiotherapeut zorg via begeleiding, coaching en/of behandeling. Fysiotherapeutische zorg is gebaseerd op klinisch redeneren en gedeelde besluitvorming. Hierin worden klinische expertise, wetenschappelijke evidentie, contextuele factoren en voorkeuren van de patiënt en/of zijn/haar naaste(n) gewogen (evidence-based practice). De fysiotherapeut ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt en houdt rekening met zijn/haar leefomgeving.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Als zorgverlener richt de psychosomatisch fysiotherapeut zich op patiënten met een multifactorieel gezondheidsprobleem en een hulpvraag gericht op het bewegend functioneren. Hierbij spelen psychosociale en contextuele factoren een dominante rol en zijn in meerdere levensgebieden belemmerend voor het bewegend functioneren. Er kan (tevens) sprake zijn van psychopathologie zoals stemmings- of angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen, slaap-waakstoornissen, een somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen. De psychosomatisch fysiotherapeut zet in continue afstemming met de patiënt verschillende interventies gelijktijdig in zoals cognitief-gedragsmatige interventies en lichaamsgerichte oefeningen. Het zorgproces van de psychosomatisch fysiotherapeut kenmerkt zich door de inzet van effectieve communicatie en doelbewuste reflectie op het werkproces en de therapeutische relatie met de patiënt. De psychosomatisch fysiotherapeut past cyclisch en

consequent zijn specialistische kennis toe op het gebied van de psychosomatiek, (inter) nationale wetenschappelijke bronnen en patient-values binnen het klinisch redeneren en handelen en kan hierbij hypotheses formuleren, ook wanneer er sprake is van onvolledige of beperkte informatie. Hierbij houdt de psychosomatisch fysiotherapeut rekening met sociaal-maatschappelijke, wetenschappelijke en ethische verantwoordelijkheden.

Competenties van de fysiotherapeut als zorgverlener

- De fysiotherapeut screent (met behulp van rode vlaggen, een gerichte [hetero]anamnese, zo nodig aangevuld met lichamelijk onderzoek) om te besluiten of de hulpvraag van de patiënt tot het vakgebied van de fysiotherapeut hoort en er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie.
- De fysiotherapeut inventariseert en analyseert met een gerichte (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek de hulpvraag van de patiënt, om te komen tot de fysiotherapeutische diagnose.
- De fysiotherapeut stelt, op basis van een afweging vanuit wetenschappelijk evidentie, klinische expertise, contextuele factoren en de voorkeuren van de patiënt (en/of zijn/haar naaste[n]), een behandelplan op, met als doel de hulpvraag van de patiënt te beantwoorden, het bewegend functioneren te bevorderen en het zelfmanagement van de patiënt waar nodig te ondersteunen.
- De fysiotherapeut voert, in samenspraak met de patiënt, het behandelplan uit, met als doel de hulpvraag van de patiënt te beantwoorden, het bewegend functioneren en het zelfmanagement van de patiënt te bevorderen.
- De fysiotherapeut begeleidt en coacht de patiënt (en/of zijn/haar naaste[n]), afgestemd op de leefomgeving van de patiënt, met als doel het bewegend functioneren en het zelfmanagement van de patiënt te bevorderen.
- De fysiotherapeut registreert, toetst en evalueert de behandelresultaten met behulp van relevante klinimetrie en de ervaringen van de patiënt, en stelt, indien passend, in samenspraak met de patiënt het behandelplan bij, om tegemoet te komen aan de hulpvraag van de patiënt.
- De fysiotherapeut verzorgt op geëigende wijze heldere en volledige dossiervoering voor het borgen van de continuïteit van de behandeling en gegevensoverdracht naar de patiënt en andere zorgprofessionals.
- De fysiotherapeut bouwt een constructieve en respectvolle vertrouwens- en behandelrelatie op met de patiënt (en/of zijn/haar naaste[n]) voor het doelmatig verlenen van fysiotherapeutische zorg met inachtneming van de privacy van de patiënt.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als zorgverlener

- De psychosomatisch fysiotherapeut analyseert op methodische wijze een probleem met het bewegend functioneren dat gekenmerkt wordt door een hoge mate van onzekerheid en/of onvoorspelbaarheid en/of veiligheidsrisico en past vakspecifieke en vakoverstijgende kennis toe om tot een (contra-)indicatiestelling te komen.
- De psychosomatisch fysiotherapeut neemt een besluit over een zorgvraag die gekenmerkt wordt door een hoge mate van onzekerheid en/of onvoorspelbaarheid en/of veiligheidsrisico, met behulp van geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis en vaardigheden, om tot een onderbouwd behandelplan te komen.
- De psychosomatisch fysiotherapeut past, waar nodig, een nieuwe procedure en/of behandelstrategie toe die afwijkt van richtlijnen, beroepsstandaarden en protocollen door systematisch en methodisch te werk te gaan, om zo een patiënt met een zorgvraag met een hoge mate van onzekerheid en/of onvoorspelbaarheid en/of veiligheidsrisico te behandelen.
- De psychosomatisch fysiotherapeut adviseert (on)gevraagd andere zorgprofessionals binnen een behandelteam door het inbrengen van geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis en draagt zo bij aan de professionele kennis en kwaliteit van werken van het behandelteam. ●

Gezondheidsbevorderaar

Als gezondheidsbevorderaar signaleert, herkent en analyseert de fysiotherapeut leefstijlfactoren in het kader van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De fysiotherapeut biedt vanuit een coachende rol zelfmanagementondersteuning aan, gericht op duurzame leefstijlverbetering in de leefomgeving van de patiënt. De primaire focus ligt op het bewegend functioneren gerelateerd aan de leefomgeving van de patiënt.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

De rol van gezondheidsbevorderaar vult de psychosomatisch fysiotherapeut in bij mensen met een multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij psychosociale en contextuele factoren een dominante rol spelen bij het gezondheidsprobleem. Het gezondheidsprobleem strekt zich uit over meerdere levensgebieden zoals in de persoonlijke leefomgeving, het werk en sport). Zelfregulatie, zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden van de patiënt zijn vaak matig tot laag. De psychosomatisch fysiotherapeut helpt de patiënt door het aanbieden van een ontwikkelproces waarin de focus ligt op het beïnvloeden van de psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen en door het inzetten van

interventies zoals educatie, cognitief gedragsmatige interventies en lichaamsbewustzijns- en spanningsregulatiemethoden. De psychosomatisch fysiotherapeut speelt eveneens een rol op beleidsmatig niveau. Door te participeren in multidisciplinaire (wijk)teams en samen met belangrijke stakeholders, zoals de gemeente, en preventieve afspraken te maken voor de implementatie van nieuwe initiatieven gericht op gezondheid en welzijn, kunnen gezondheidsproblematiek worden voorkomen.

Competenties van de fysiotherapeut als gezondheidsbevorderaar

- De fysiotherapeut signaleert en inventariseert met een gerichte anamnese, zo nodig aangevuld met klinimetrie, leefstijlfactoren van de patiënt en zijn/haar leefomgeving, om te besluiten of er een indicatie is voor zelfmanagementondersteuning gericht op duurzame leefstijlverbetering.
- De fysiotherapeut inventariseert en analyseert beïnvloedbare leefstijlfactoren, met als doel gezond (beweeg)gedrag te stimuleren met technieken voor gedragsverandering en zelfmanagementondersteuning.
- De fysiotherapeut stelt, afgestemd op en in samenspraak met de patiënt en eventuele samenwerkingspartners, vast welke vorm van zelfmanagementondersteuning passend is en maakt een plan van aanpak om een duurzame leefstijlverbetering te bevorderen.
- De fysiotherapeut begeleidt en coacht de patiënt en/of zijn/haar naaste(n), rekening houdend met zijn/haar mogelijkheden en leefomgeving, met als doel het ondersteunen van zelfmanagement gericht op een duurzame leefstijlverbetering.
- De fysiotherapeut registreert, toetst en evalueert met behulp van relevante klinimetrie en ervaringen van de patiënt en/of zijn/haar naaste(n), de resultaten van de leefstijlverbetering op basis van relevante leefstijlfactoren en stelt, indien nodig en in samenspraak met de patiënt en/of zijn/haar naaste(n), de vorm van ondersteuning bij.
- De fysiotherapeut bouwt een constructieve vertrouwensrelatie op met de patiënt en/of zijn/haar naaste(n) voor een doelmatige zelfmanagementondersteuning gerelateerd aan een duurzame leefstijlverbetering.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als gezondheidsbevorderaar

- De psychosomatisch fysiotherapeut integreert bij groepen mensen met een verhoogd risico op (toenemende) problemen bij het bewegend functioneren als gevolg van een aandoening of ziekte, zijn geavanceerde vakspecifieke, vakoverstijgende kennis en vaardigheden om te komen tot passende preventieve interventie(s).

- De psychosomatisch fysiotherapeut formuleert op basis van zijn vakspecifieke en vakoverstijgende kennis en vaardigheden een onderbouwde visie op geïndiceerde of zorggerelateerde preventie waarin veranderende maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg zijn meegenomen, met als doel een bijdrage te leveren aan nieuw beleid en/of strategieën.

Samenwerkingspartner

Als samenwerkingspartner initieert de fysiotherapeut intra- en interprofessionele samenwerking. Hij/zij werkt samen met collega-fysiotherapeuten en andere (zorg)professionals (samenwerkingspartners) om de juiste zorg voor de patiënt te organiseren en te bieden, en zo bij te dragen aan de ondersteuning en verbetering van de gezondheid van patiënten.
De fysiotherapeut informeert patiënten en samenwerkingspartners over het vakgebied van de fysiotherapeut. Hij/zij is op de hoogte van het vakgebied en de deskundigheid van samenwerkingspartners en verwijst patiënten, indien nodig, naar hen. Hiermee draagt de fysiotherapeut bij aan het organiseren van de juiste zorg voor de patiënt en de maatschappelijke positionering van het vakgebied van de fysiotherapie, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

De context waarin de psychosomatisch fysiotherapeut werkt is interprofessioneel en vindt plaats volgens de principes van matched care en passende zorg. De psychosomatisch fysiotherapeut screent op de aanwezigheid van psychosociale en contextuele factoren die een dominante rol spelen. In overleg met de patiënt kan worden besloten om door te verwijzen naar bijvoorbeeld een psycholoog of andere zorgverlener waarmee de psychosomatisch fysiotherapeut samenwerkt. Hierbij toont de psychosomatisch fysiotherapeut actief leiderschap in samenwerkingen en ketenzorg en heeft hiermee een belangrijke signaleringsfunctie van psychosociale problematiek. Doordat de psychosomatisch fysiotherapeut regelmatig overlegt en goed op de hoogte is van de werkwijzen van de andere zorgverleners, sluit de geleverde zorg goed op elkaar aan. Zo is de psychosomatische fysiotherapeut uitstekend in staat om samen te werken met de GGZ voor het bevorderen van het bewegend functioneren en het omgaan met lichamelijke manifestaties van psychische stoornissen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Ook werkt de psychosomatische fysiotherapeut samen met relevante patiëntenorganisaties, bijvoorbeeld Pijnpatiënten naar één stem, MIND en de Landelijke Pijn Organisatie, om het perspectief van de patiënt mee te nemen in zijn werkwijze. Als specialist in de zorg voor mensen met multifactoriële problematiek, adviseert de psychosomatisch fysiotherapeut collega fysiotherapeuten (indien nodig). Op deze manier ontstaan een gezamenlijke taal

en een gezamenlijk beleid, wat essentieel is in de zorg voor patiënten met multifactoriële problematiek. Het kan ook voorkomen dat de psychosomatisch fysiotherapeut mensen met multifactoriële gezondheidsproblematiek krijgt (terug)verwezen na een tweede/derdelijns behandeltraject, bijvoorbeeld na een revalidatietraject voor chronische pijn. Dit kan gezien worden als het 'afschalen van zorg' en 'de juiste zorg op de juiste plek' ((Taskforce JZOJP, 2018). Dit is geïndiceerd wanneer patiënten nog steeds een hulpvraag hebben, nieuwe vaardigheden en gedrag nog verder bestendigd mogen worden, een terugval voorkomen dient te worden of bij een recidief (Lamper, Beckers, Kroese, Verbunt, & Huijnen, 2021).

Competenties van de fysiotherapeut als samenwerkingspartner

- De fysiotherapeut werkt proactief samen met samenwerkingspartners en heeft daarbij oog voor onderlinge verhoudingen, met als doel goede, interprofessionele zorg te bieden.
- De fysiotherapeut verdiept zich in de deskundigheid en het vakgebied van (potentiële) samenwerkingspartners en de organisatie van zorg (lokaal, regionaal en/of landelijk), en stelt zich open voor samenwerking, met als doel potentiële samenwerkingspartners adequaat en proactief te benaderen en betrekken in de ondersteuning van patiënten.
- De fysiotherapeut informeert patiënten, samenwerkingspartners en andere (zorg)professionals over de relevantie van het vakgebied fysiotherapie en de eigen expertise in zorgverlening en gezondheidsbevordering, met als doel het aangaan en verkrijgen van een duurzame samenwerking om de juiste zorg voor de patiënt te organiseren.
- De fysiotherapeut volgt ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg die (potentieel) impact hebben op de fysiotherapie, om bij te dragen aan een toekomstbestendige maatschappelijke positie van het vak en het vak te vertegenwoordigen in samenwerkingsstructuren en de samenleving.
- De fysiotherapeut bouwt een constructieve relatie op met samenwerkingspartners, om zo te komen tot een effectieve en duurzame samenwerking.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als samenwerkingspartner

- De psychosomatisch fysiotherapeut neemt initiatieven, verbindt partijen en toont professioneel leiderschap binnen interprofessionele samenwerkingsverbanden om te komen tot doelmatige zorg. ●

Organisator

Als organisator coördineert, organiseert en registreert de fysiotherapeut de eigen werkzaamheden en de zorg voor de patiënt. Dit doet hij/zij binnen de fysiotherapie en met samenwerkingspartners daarbuiten, om zo de continuïteit van zorg te borgen. De fysiotherapeut draagt informatie op duidelijke wijze over op samenwerkingspartners, zoals collega-fysiotherapeuten. De fysiotherapeut is zich hierbij bewust van contextuele factoren, zoals de (sociale) omgeving, het dynamische gezondheidszorgsysteem, wet- en regelgeving en financieel economische factoren. De fysiotherapeut waarborgt de veiligheid en doelmatigheid van de zorg. De fysiotherapeut is zich bewust van de omgeving en organisatie waarbinnen hij/zij werkt. Dit geldt ook voor de bijhorende ambities en doelstellingen. De fysiotherapeut denkt hier proactief en constructief in mee en kiest de best passende wijze van informatieoverdracht.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

De rol van de psychosomatisch fysiotherapeut gaat verder dan alleen de zorg rondom de individuele patiënt en richt zich ook op het mesoniveau van de organisatie van zorg. De psychosomatisch fysiotherapeut overlegt proactief buiten de muren van de eigen organisatie. De psychosomatisch fysiotherapeut is zich bewust van de eigen rol in bijvoorbeeld het ontwikkelen van een gezamenlijke taal en beleid dat essentieel is voor de multidisciplinaire behandeling van patiënten met een multifactorieel gezondheidsprobleem. De psychosomatisch fysiotherapeut herkent vraagstukken in de zorgketen en neemt hierin initiatief om deze om te zetten naar oplossingen met een maatschappelijk belang op zowel lokaal, regionaal als nationaal niveau. Binnen de regionalisering van de zorg kan de psychosomatisch fysiotherapeut vanuit zijn verbindende rol tussen de somatische en psychische zorg een belangrijke rol spelen, dit zou bijvoorbeeld kunnen binnen een multidisciplinaire zorggroep. Daarnaast organiseert de psychosomatisch fysiotherapeut op doelmatige, transparante en veilige wijze de eigen werkzaamheden en initieert, organiseert en participeert in interdisciplinaire samenwerkingen.

Competenties van de fysiotherapeut als organisator

- De fysiotherapeut plant en organiseert de zorgverlening en/of gezondheidsbevordering voor de individuele patiënt, zodanig dat er efficiënt, doelmatig en veilig gebruik wordt gemaakt van de beschikbare mogelijkheden en middelen van de patiënt, fysiotherapeut, werkorganisatie, omgeving en van de samenleving.
- De fysiotherapeut volgt en bewaakt het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces van de individuele patiënt, om tijdig aanpassingen te doen in de planning of uitvoering wanneer de situatie daarom vraagt.
- De fysiotherapeut evalueert de fysiotherapeutische werkzaamheden en registreert deze zodanig dat het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces uitlegbaar en begrijpelijk is voor patiënt, naaste(n) en samenwerkingspartners, om de continuïteit en transparantie van de zorg te borgen.

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

- De fysiotherapeut weegt factoren af die een rol kunnen spelen en invloed kunnen hebben op de fysiotherapeutische zorgverlening, en maakt deze factoren op heldere wijze bespreekbaar met de patiënt en samenwerkingspartners, zodanig dat continuïteit van zorg geborgd is binnen de mogelijkheden van de patiënt, fysiotherapeut en samenleving.

- De fysiotherapeut stelt zich actief op de hoogte van de doelstellingen en ambities van de eigen werkomgeving of -organisatie, denkt hier proactief in mee en past zich hieraan, waar nodig, aan, met als doel bij te dragen aan de positionering van de fysiotherapie op lokaal, regionaal en/of landelijk niveau.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als organisator

- De psychosomatisch fysiotherapeut signaleert tekortkomingen binnen samenwerkingsverbanden en neemt initiatief om een organisatorisch proces (ter verbetering) op te stellen en op systematische- en methodische wijze te initiëren om de samenwerking te optimaliseren.

Reflectieve professional

Als reflectieve professional hanteert, bevordert en onderhoudt de fysiotherapeut de eigen vakbekwaamheid en draagt bij aan die van collega-fysiotherapeuten en andere samenwerkingspartners. Kern hierbij is het ontwikkelen van een (eigen) professionele identiteit, waarbij voortdurende reflectie op eigen handelen essentieel is. De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor het plannen en organiseren van de eigen professionele ontwikkeling, en ondersteunt die van collega-fysiotherapeuten en andere samenwerkingspartners door reflectie op hun handelen en/of gedrag.

V

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Als reflectieve professional is de psychosomatisch fysiotherapeut zich zeer bewust van de persoonseigen inbreng en eigen cultureel-maatschappelijke achtergrond binnen de therapeutische relatie. Het inventariseren van de samenhang, veelal op grond van onvolledige of beperkte informatie, tussen lichamelijke klachten, psychosociale factoren en leef- en werkomstandigheden van de patiënt met veelal een verhoogde kwetsbaarheid door de ernst van de problematiek, vergt specifieke sensitiviteit en deskundigheid. De psychosomatisch fysiotherapeut ontwikkelt dit tijdens de initiële opleiding en dit blijft een continu proces gedurende diens professionele loopbaan. De psychosomatisch fysiotherapeut beschikt hierdoor over een goed ontwikkeld vermogen om te kunnen reflecteren op het eigen functioneren, de relatie en samenwerking met patiënt en andere samenwerkingspartners.

MODULE 1
MODULE 2
MODULE 3
MODULE 4

Competenties van de fysiotherapeut als reflectieve professional

- De fysiotherapeut plant en organiseert de eigen professionele ontwikkeling op basis van zijn/haar wensen, behoeften en mogelijkheden, met als doel zichzelf in de verschillende rollen van de fysiotherapeut structureel en planmatig te ontwikkelen.
- De fysiotherapeut reflecteert op de eigen expertise in relatie tot de hulpvraag van de patiënt, om te besluiten of hij/zij zelf bekwaam is om de patiënt te begeleiden, of advies zal vragen aan of verwijzen naar een collega-fysiotherapeut of andere samenwerkingspartner.
- De fysiotherapeut reflecteert kritisch op de eigen kennis, vaardigheden en het fysiotherapeutisch handelen, met als doel zich voortdurend te ontwikkelen als professional.
- De fysiotherapeut vraagt feedback aan collega-fysiotherapeuten en andere samenwerkingspartners en stelt zich open op voor het ontvangen van feedback, met als doel zich voortdurend te ontwikkelen als professional.
- De fysiotherapeut reflecteert op het professioneel handelen van collega-fysiotherapeuten en geeft constructieve feedback, met als doel bij te dragen aan de ontwikkeling van collega-fysiotherapeuten.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als reflectieve professional

- De psychosomatisch fysiotherapeut reflecteert op zijn attitude als zorgprofessional, fysiotherapeutisch handelen, geavanceerde vakspecifieke kennis en vaardigheden en stelt verbeterplannen op met als doel zichzelf continu te ontwikkelen als professional.
- De psychosomatisch fysiotherapeut herkent en evalueert in een behandelrelatie (ethische) handelingsdilemma's en kan door middel van expliciet moreel beraad een afweging maken ten behoeve van de behandeling van de patiënt. ●

Innovatieve professional

F

MODULE 1

MODULE 2

MODULE 3

MODULE 4

Als innovatieve professional draagt de fysiotherapeut bij aan innovatie binnen de zorg in het algemeen en binnen het vakgebied van de fysiotherapeut in het bijzonder. De fysiotherapeut signaleert, analyseert en interpreteert organisatorische, vakinhoudelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de zorg in het algemeen, en fysiotherapie in het bijzonder, en deelt deze met collega's. De fysiotherapeut neemt deel aan initiatieven voor vernieuwing en/of verbetering van (fysiotherapeutische) zorg.
Het is de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om relevante innovaties toe te passen en te implementeren in het eigen handelen. De fysiotherapeut zet zorgtechnologie, zoals blended care en andere e-health-toepassingen, in wanneer dit past bij de hulpvraag en leefomgeving van de

patiënt. Dit kan aanvullend aan de behandeling gebeuren, maar ook als (gedeeltelijke) substitutie van de fysiotherapeutische behandeling met het streven de zorg beter en/of doelmatiger te maken. De fysiotherapeut heeft ten aanzien van innovaties een open en kritische attitude. Zorgtechnologie kan worden ingezet wanneer dit past bij de hulpvraag en leefomgeving van de patiënt.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Als innovatieve professional initieert, ontwerpt, genereert, implementeert en evalueert de psychosomatisch fysiotherapeut de ontwikkeling van nieuwe kennis, zorgvernieuwingen en procedures. De psychosomatisch fysiotherapeut integreert hierbij ook kennis uit verschillende andere vakgebieden en handelt hierbij over de grenzen van de eigen praktijk heen en in co-creatie met patiënten, collega-professionals en andere relevantie stakeholders. Op basis van gespecialiseerde kennis op het gebied van psychosociale en contextuele factoren en onderzoeks- en innovatievaardigheden, beschouwt de psychosomatisch fysiotherapeut praktijkvraagstukken vanuit metaperspectief. Dit leidt tot innovatie in het eigen werk en tot inzichten en innovaties in het bredere vakgebied van de psychosomatiek.

Competenties van de fysiotherapeut als innovatieve professional

- De fysiotherapeut signaleert (mogelijkheden voor) innovatie op basis van de ontwikkeling van het vak, de behoeften uit het veld en de eigen professionele ontwikkeling, met als doel om verbetersuggesties te identificeren, formuleren en onderbouwen.
- De fysiotherapeut past, indien relevant en zinvol, innovaties toe, al dan niet samen met samenwerkingspartners, met als doel om de (fysiotherapeutische) zorg te verbeteren, op korte en langere termijn en zowel inhoudelijk als organisatorisch.
- De fysiotherapeut zet zorgtechnologie in, met als doel de zorg beter en/of doelmatiger te maken waarbij de fysiotherapeut samen met de patiënt een weloverwogen keuze maakt of en in welke vorm zorgtechnologie zinvol kan worden toegepast.
- De fysiotherapeut leest en interpreteert vakinhoudelijke en wetenschappelijke informatie en past deze, waar relevant, toe, met als doel de fysiotherapeutische zorgverlening te allen tijde zo actueel, efficiënt en doelmatig mogelijk vorm te geven.
- De fysiotherapeut analyseert de innovatie en de mogelijkheden voor toepassing, rekening houdend met patiënt en omgeving, met als doel de innovatie op een doelmatige en veilige manier te implementeren.
- De fysiotherapeut participeert in wetenschappelijk onderzoek en past uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek toe, teneinde de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg te bevorderen en het vakgebied fysiotherapie te positioneren in de maatschappij.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als innovatieve professional

- De psychosomatisch fysiotherapeut initieert praktijkgericht onderzoek op basis van geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis, zo nodig in samenwerking met andere onderzoekers, met als doel kennis te verbreden of verdiepen.
- De psychosomatisch fysiotherapeut ontwikkelt (op basis van zorgvragen) innovaties op een planmatige wijze en maakt een implementatie plan, met als doel de zorg zowel inhoudelijk als organisatorisch te verbeteren op de korte en lange termijn.
- De psychosomatisch fysiotherapeut implementeert innovaties op een procesmatige manier, gebruikmakend van zijn geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis met als doel de zorg zowel inhoudelijk als organisatorisch te verbeteren op de korte en lange termijn.
- De psychosomatisch fysiotherapeut onderzoekt zelfstandig een praktijkvraagstuk door middel van passende methodologische technieken met als doel het verdiepen en verbreden van kennis.
- De psychosomatisch fysiotherapeut implementeert onderzoeksresultaten binnen de eigen werksetting en/of binnen en buiten het eigen beroepenveld door middel van passende methodologische technieken om te komen tot een verbetering van de beroepspraktijk.
- De psychosomatisch fysiotherapeut toont professioneel leiderschap binnen een onderzoek- en/of innovatieproject bij (interprofessionele samenwerkingsverbanden) en zet hierbij zijn geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis en vaardigheden in, om de projectdoelen te behalen. ●

F

Communicator

De communicatie van de fysiotherapeut richt zich zowel op de patiënt, zijn/haar naaste(n) en collega-fysiotherapeuten als op andere samenwerkingspartners, waar mogelijk en passend met technologische hulpmiddelen. Communicatie behelst het communiceren met alle zintuigen. Het omvat mondelinge en schriftelijke communicatie, lichaamstaal en -houding en tactiele communicatie (bijvoorbeeld via aanraking). Als communicator is de fysiotherapeut gericht op effectieve uitwisseling van informatie. De fysiotherapeut kan de informatiebehoefte van de zorgvrager en zijn/haar informele netwerk inschatten en houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren, culturele achtergrond, taalbeheersing, begripsniveau en draagkracht van de zorgvrager en zijn naasten. In een interprofessionele informatie-uitwisseling is de fysiotherapeut in staat doelgericht, zorgvuldig en ondubbelzinnig verslag te doen en informatie in te winnen. Het is de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut om de zorgvrager en andere betrokken partijen tijdig en optimaal te voorzien van begrijpelijke informatie die past bij het zorg- of begeleidingsvraagstuk.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Het zorgproces van de psychosomatisch fysiotherapeut kenmerkt zich door de inzet van effectieve communicatie en doelbewuste reflectie op de therapeutische relatie met de patiënt. Gezien de doelgroep met een verhoogde kwetsbaarheid en mogelijk een verminderd vertrouwen in de gezondheidszorg door eerdere negatieve ervaring, zet de psychosomatisch fysiotherapeut de communicatie gericht en passend in waarbij er constant reflectie en afstemming met de patiënt plaatsvindt. Het betrekken van de patiënt (en diens sociale omgeving), verwijzers, andere zorgverleners en collega fysiotherapeuten is een essentieel onderdeel van het zorgproces van de psychosomatisch fysiotherapeut. De psychosomatisch fysiotherapeut fungeert als een kartrekker voor het ontwikkelen van een gezamenlijke taal en eenduidige communicatie, wat essentieel is in de zorg voor patiënten met multifactoriële problematiek. Door de empathische, reflectieve, open en nieuwsgierige werkhouding in de communicatie schetst de psychosomatisch fysiotherapeut een positieve zorgcontext waarin nocebo's bewust worden vermeden. De psychosomatisch fysiotherapeut communiceert op academisch niveau, in intra- en interdisciplinair verband, met als doel bij te dragen aan kennisontwikkeling en -circulatie in de (psychosomatische)fysiotherapie en het zorglandschap.

Competenties van de fysiotherapeut als communicator

- De fysiotherapeut verzamelt tijdens een anamnese, gebruikmakend van op maat gesneden gesprekstructurerende en -regulerende technieken (o.a. actief luistergedrag, doorvragen en parafraseren), gegevens voor het verkrijgen van diagnostische informatie.
- De fysiotherapeut verzamelt en verstrekt tijdens behandelingen, gebruikmakend van op maat gesneden vraagstelling en voorlichting (gebaseerd op bestaande en uitlegbare didactische principes), gegevens teneinde doelmatige fysiotherapeutische zorg te verlenen.
- De fysiotherapeut informeert de zorgvrager en/of zijn/haar naaste(n) (o.a. mondeling, schriftelijk en gebruikmakend van de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën), teneinde deze in staat te stellen om, op basis van gelijkwaardigheid, keuzes te maken voor mogelijkheden en consequenties in zorg en begeleiding.
- De fysiotherapeut verzorgt op geëigende wijze heldere en volledige (digitale) dossiervoering voor het borgen van de continuïteit van de behandeling en gegevensoverdracht naar de patiënt en andere zorgprofessionals.
- De fysiotherapeut communiceert mondeling (o.a. via motivational interviewing), schriftelijk, met lichaamstaal en -houding en/of op tactiele wijze met, en afgestemd op, de patiënt en/of zijn/haar naaste(n) voor begeleiding en coaching van de patiënt naar een duurzame leefstijlverbetering.

- De fysiotherapeut informeert (o.a. met presentatietechnieken) patiënten, samenwerkingspartners en andere (zorg)professionals over de mogelijkheden van het vakgebied fysiotherapie en de eigen expertise in zorgverlening en gezondheidsbevordering, met als doel het aangaan en verkrijgen van een duurzame samenwerking.

- De fysiotherapeut beheerst verschillende gesprekstechnieken (o.a. voorlichtings-, slechtnieuws- en ontslaggesprek) en regulerende vaardigheden (o.a. conflicthantering) om de fysiotherapeutische (on)mogelijkheden in een zorg- of begeleidingstraject aan de patiënt duidelijk te maken.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Aanvullende competenties van de psychosomatisch fysiotherapeut als communicator

- De psychosomatisch fysiotherapeut communiceert op gelijkwaardig niveau met patiënten, hun leefomgeving, verwijzers en andere stakeholders en zet daarbij zijn geavanceerde vakspecifieke en vakoverstijgende kennis en vaardigheden in om te komen tot een duurzame samenwerking.

- De psychosomatisch fysiotherapeut communiceert op academisch niveau in intra- en/of interdisciplinair verband, met als doel bij te dragen aan kennisontwikkeling en samenwerking binnen en buiten zijn vak.

Referenties

- Boiten, JC & Bunskoek, MS (2019). Diagnostiek in de fysiotherapie (8ste editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Engberts, DP (2017). Leerboek Gezondheidsrecht (4th 2017 ed.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Greenhalgh T. Evidence based medicine: a movement in crisis? Brit Med Journal, 2014;348, g3725
- Have, HAMJ, ter Meulen, RHJ, de Vries, MC, & ter Meulen, BC (2020). Leerboek ethiek in de gezondheidszorg. Bohn Stafleu van Loghum.
- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. BMJ Evidence Based Medicine. 2002;7:36-8.
- Idenburg & van Schaik, Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, Rabobank Nederland, 2010
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Vertrouwen in beweging: een visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut, KNGF, Amersfoort, 2018
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF): Bunskoek M, van Esch-Smeenge J, Hoogeland E, Klomp F, KNGF Ethiekcommissie. KNGF Beroepscode voor de Fysiotherapeut 2020. Leidraad voor het professioneel fysiotherapeutisch handelen, KNGF, Amersfoort, 2019.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Beroepsprofiel Fysiotherapeut 2014, KNGF, Amersfoort, 2014
- Ministerie van Economische Zaken en Klimaat, Kamerbrief Missiegedreven topsectoren- en innovatiebeleid, Den Haag, april 2019
- Nationaal Preventie Akkoord, Nationaal Preventieakkoord: naar een gezonder Nederland, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2018
- Nivel: Heijmans M, Zwikker H, van der Heide I, Rademakers J. Nivel kennisvraag 2016: Zorg op maat, Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen bij lage gezondheidsvaardigheden? Nivel, 2016, Utrecht
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), Zonder context geen bewijs: over de illusie van evidence-based practice in de zorg, Den Haag, 2017
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), Blijk van vertrouwen: Anders verantwoorden van goede zorg. Den Haag, 2019
- Richardson WC, Berwick DM, Bisgard CJ, Bristow LR, Buck CR, Cassel CK, Warden GL 2001 Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21St Century. Washingthon D.C: Institute of Medicine
- Sackett DL, Rosenberg WM. On the need for evidence-based medicine. J Public Health Med. 1995;17(3):330-4.
- Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2e druk. Edinburgh, Schotland: Churchill-Livingstone; 2000.
- Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, et al. Toward atransdisciplinary model of evidence-based practice. Milbank Q, 2009 Jun;87(2):368-90.
- Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, Rapport Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018
- Tronto, J (1993). Moral Boundaries (1ste editie). Taylor & Francis.
- Van Dartel, H & Molewijk, B (2013). In gesprek blijven over goede zorg (1ste editie). Amsterdam University Press.

Referenties

- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2018, beschikbaar via: www.vtv2018.nl
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR), Weten is nog geen doen, Den Haag, 2017
- World Health Organization (WHO), 2007

Aanvullende referenties psychosomatisch fysiotherapeut

- Alhowimel, A., Alotaibi, M., Radford, K., & Coulson, N. (2018). Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist: A systematic review. SAGE Open Medicine, 6.
- Alhowimel, A. S., Alotaibi, M. A., Alenazi, A. M., Alqahtani, B. A., Alshehri, M. A., Alamam, D., & Alodaibi, F. A. (2021). Psychosocial Predictors of Pain and Disability Outcomes in People with Chronic Low Back Pain Treated Conservatively by Guideline-Based Intervention: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc, 14, 3549-3559.
- AArtus, M., Campbell, P., Mallen, C. D., Dunn, K. M., & van der Windt, D. A. (2017). Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. BMJ Open, 7, e012901.
- ABala M, B. T., Riemsma R, Harker J, Huygen F, Kleijnen J. (2011). Epidemiology of chronic pain in the Netherlands. Centrum voor pijngeneeskunde van het Erasmus Medisch Centrum, 0–202
- ABekkering, G. E., Bala, M. M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. Neth J Med, 69, 141-153.
- ABreivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain, 10, 287-287.
- ABussemaker, J., 'S Jongers, T., & Vonk, R. (2021). Gezondheidsverschillen voorbij: complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen, 99, 36-39.
- ACherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., Turner, J. A. (2016). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. Jama, 315, 1240-1249.
- ACieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396, 2006-2017.
- ACormack, B., Stilwell, P., Coninx, S., Gibson, J,. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. Physiother Theory Pract. 2022 May 28:1-16.
- ACraig, K. D., Holmes, C., Hudspith, M., Moor, G., Moosa-Mitha, M., Varcoe, C., & Wallace, B. (2020). Pain in persons who are marginalized by social conditions. Pain, 161, 261-265.
- ADe Baets, L., Matheve, T., Meeus, M., Struyf, F., & Timmermans, A. (2019). The influence of cognitions, emotions and behavioral factors on treatment outcomes in musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. Clin Rehabil, 33, 980-991.

Referenties

- Dean, E., & Söderlund, A. (2015). What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? BMC Musculoskelet Disord, 16, 87.
- Dold, M., Bartova, L., Souery, D., Mendlewicz, J., Serretti, A., Porcelli, S.,Kasper, S. (2017). Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorders – results from a European multicenter study. J Psychiatr Res, 91, 1–13.
- Han, C., & Pae, C. U. (2015). Pain and depression: a neurobiological perspective of their relationship. Psychiatry Investig, 12, 1–8.
- Hayden, J. A., Wilson, M. N., Riley, R. D., Iles, R., Pincus, T., & Ogilvie, R. (2019). Individual recovery expectations and prognosis of outcomes in non-specific low back pain: prognostic factor review. Cochrane Database Syst Rev, 2019.
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. Physiother Theory Pract, 36, 886–898.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Vereniging van Oefen-therapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). (2022) KNGF-richtlijn Zelfmanagement. Amersfoort/Utrecht.
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. Pain, 162, 2629–2634.
- Lamper, C., Beckers, L., Kroese, M., Verbunt, J., & Huijnen, I. (2021). Interdisciplinary Care Networks in Rehabilitation Care for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine, 10, 2041.
- Lardon, A., Dubois, J. D., Cantin, V., Piché, M., & Descarreaux, M. (2018). Predictors of disability and absenteeism in workers with non-specific low back pain: A longitudinal 15-month study. Appl Ergon, 68, 176–185.
- Leidelmeijer K, M., M., Marlet, G. (2019). Leefbaarheid in Nederland 2018. Een analyse op basis van de leefbarometer 2018.
- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. S. (2018). Understanding the Etiology of Chronic Pain From a Psychological Perspective. Phys Ther, 98, 315–324.
- Murillo, C., Vo, T. T., Vansteelandt, S., Harrison, L. E., Cagnie, B., Coppieters, I., Meeus, M. (2022). How do psychologically based interventions for chronic musculoskeletal pain work? A systematic review and meta-analysis of specific moderators and mediators of treatment. Clin Psychol Rev, 94, 102160.
- O'Sullivan, P. B., Caneiro, J. P., O'Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K., & O'Sullivan, K. (2018). Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. Phys Ther, 98, 408–423.
- Rossettini, G., Camerone, E. M., Carlino, E., Benedetti, F., & Testa, M. (2020). Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. Arch Physiother.
- RIVM; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018; Een gezond vooruitzicht.

Referenties

- RVS. (2019). Blijk van vertrouwen: Anders verantwoorden van goede zorg. Den Haag.
- Shields-Zeeman, L., van Bon-Martens, M., Smit, F. (2021). Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie. Trimbos instituut.
- Taskforce JZOJP (2018). De Juiste Zorg Op de Juiste Plek, wie durft?
- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., Sherman, K. J., & Cherkin, D. C. (2016). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Pain, 157, 2434-2444.
- Varela, A. J., & Van Asselt, K. W. (2022). The relationship between psychosocial factors and reported disability: the role of pain self-efficacy. BMC Musculoskelet Disord, 23, 21.
- Wertli, M. M., Eugster, R., Held, U., Steurer, J., Kofmehl, R., & Weiser, S. (2014). Catastrophizing-a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. Spine J, 14, 2639-2657.
- Yoshikawa, K., Brady, B., Perry, M. A., & Devan, H. (2020). Sociocultural factors influencing physiotherapy management in culturally and linguistically diverse people with persistent pain: a scoping review. Physiotherapy, 107, 292-305.
- Zorgstandaard Chronische Pijn. (2017). Leiden Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem

Bijlagen

1

Opleidingseisen voor toegang tot beroepsuitoefeningen van de fysiotherapeut

Beroepsuitoefening	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut met aantekening	Verbijzonderd fysiotherapeut
Minimale* diplomagraad toegang**	Bachelor*	Bachelor*	Master**
EQF-niveau van diplomagraad (minimaal)	6	6	7
Opleiding voor toegang tot register	Bachelor, conform eisen BIG	Erkende‡ post-HBO opleiding	Erkende‡ master opleiding
Wettelijk kader	Artikel 3 Wet BIG		

* De minimale diplomagraad voor toegang tot de betreffende beroepsuitoefening en/of het betreffende register is weergegeven. Een hogere diplomagraad is ook mogelijk bij de betreffende beroepsuitoefening, zoals bijvoorbeeld geldt voor master-opgeleide fysiotherapeuten of fysiotherapeuten met een PhD.

** Per 1 januari 2015 is een diploma van een masteropleiding nodig voor toegang tot deelregisters van verbijzonderd fysiotherapeut. Voor 1 januari 2015 was er geen masterdiploma nodig voor toegang. Een eventuele master-eis voor herregistratie in deelregisters, wordt bepaald door de betreffende beroepsinhoudelijke vereniging.

‡ Conform 'Lijst erkende opleidingen toegang tot register' (besluit bestuur KNGF op zwaarwegend advies betreffende beroepsinhoudelijke vereniging).

2

Proces van de herziening van het Beroepsprofiel Fysiotherapeut

VAS F

Proces van herziening van de beroepsprofielen van de verbijzonderingen, aantekeningen en fysiotherapeuten in een specifieke setting.

In 2021 is het beroepsprofiel van De Fysiotherapeut goedgekeurd in de ALV van het KNGF. In navolging hierop zijn er gesprekken gevoerd tussen de beroepsinhoudelijke verenigingen (BI's) en het KNGF over de beroepsprofielen van de BI's. Er is besloten om de herziening van de beroepsprofielen van de BI's gezamenlijk vorm te gaan geven om meer eenheid in de beroepsgroep te creëren. Deze gesprekken hebben ertoe geleid dat er in september 2021 een projectplan is goedgekeurd door de besturen van de BI's en het KNGF.
Onder leiding van de projectleider is het project van start gegaan. Er is een stuurgroep geformeerd met een vertegenwoordiging van KNGF en de BI's.
Voor elk beroepsprofiel is er een schrijfgroep geformeerd. Het schrijven heeft plaatsgevonden aan de hand van een blauwdruk en is afgestemd op de structuur en inhoud van het beroepsprofiel van De Fysiotherapeut. Een onderwijskundige heeft geholpen met het inventariseren en schrijven van de aanvullende competenties in MODULE 4 . Hierdoor is er een uniforme set competenties ontwikkeld, waar de schrijfgroepen de competenties uit konden kiezen die voor hen van toepassing zijn. Ook is er tijdens het proces nauw samengewerkt met de schrijfgroep van het beroepsprofiel van De Fysiotherapeut. Daarnaast heeft namens het KNGF de ethiekcommissie feedback gegeven op de inhoud met betrekking tot ethiek.

Het schrijven heeft plaatsgevonden in de periode van januari 2022 tot april 2023.

PSYCHOSOMATISCH FYSIOTHERAPEUT

Veranderingen ten opzichte van het Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut 2009 (NFP, 2009)

In het voorliggend Beroepsprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut zijn de volgende onderwerpen toegevoegd, verduidelijkt en/of meer benadrukt:

- De structuur die in het nieuwe Beroepsprofiel wordt aangehouden is die van de CanMeds, waarmee de oude structuur van rollen; specialist, beroepsontwikkelaar, professioneel leider en adviseur is veranderd naar de 6 rollen uit de CanMeds, zorgverlener, gezondheidsbevorderaar, samenwerkingspartner, organisator, communicator, reflectieve professional en innovatieve professional. Elke rol in de CanMeds heeft bijbehorende competenties.
- In het nieuwe profiel worden de complexiteitsniveau's niet meer gebruikt, omdat elke verbijzondering binnen de fysiotherapie wordt gekenmerkt door een toenemende mate van complexiteit en daarmee niet onderscheidend is. Het zijn vaak meerdere factoren die bepalen of een mono of multidisciplinaire aanpak nodig is of een andere aanpak zoals consulteren.

- In de fysiotherapeutische zorg staat het bewegend functioneren van de patiënt, met zijn of haar wensen, behoeften, mogelijkheden, gezondheidsvaardigheden en specifieke hulpvraag, centraal. Onder bewegend functioneren wordt verstaan: het in beweging komen en blijven op een manier die past bij de invulling van ieders persoonlijke leven.
- Het spreken over het 'domein van de Psychosomatische fysiotherapie' is losgelaten. In plaats daarvan wordt gesproken over het vakgebied van de fysiotherapie. Dit door meer eer aan de veelzijdigheid en de professionaliteit van de fysiotherapie, en focust op wat de fysiotherapie specifiek maakt in plaats van de afbakening ten opzichte van andere (zorg) professionals.
- De indicatie voor fysiotherapie is specifieker beschreven, aan de hand van generieke criteria.
- De belangrijke rol van preventie en leefstijlverbetering in de fysiotherapeutische zorg en zorg van de toekomst is beschreven.

De structuur en opbouw van het document is ook veranderd:

- Het Beroepsprofiel bestaat uit vier generieke modules: 1) de context van de fysiotherapie, 2) het vakgebied fysiotherapie, 3) de rollen van de fysiotherapeut, en 4) de competenties van de fysiotherapeut.
- De eerste drie modules hebben betrekking op de fysiotherapie als geheel. De context beschrijft de aanvullingen voor de Psychosomatische fysiotherapie op de ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg en hun impact op de Psychosomatische fysiotherapie. Het vakgebied beschrijft wat Psychosomatische fysiotherapie is en waar het Psychosomatisch fysiotherapeutisch handelen uit bestaat. In navolging van het herziene CanMEDS-model uit 2015, worden de verschillende rollen van de Psychosomatisch fysiotherapeut beschreven
- De vierde module beschrijft de competenties waar de fysiotherapeut na afstuderen aan voldoet en is aangevuld met een specifieke rolbeschrijving en uniforme competenties van de Psychosomatisch fysiotherapeut.
- Het Beroepsprofiel sluit aan bij de Beroepskolom, en vice versa.

3

Overzicht van betrokkenen

Overzicht betrokkenen namens beroepsgroep en externe stakeholders:

Schrijfgroep

M. (Markwin) van Veelen, Master Manuele Therapie (voorzitter)	Psychosomatisch fysiotherapeut bij Fysiotherapeutisch Centrum Palenstein Zoetermeer en De Singel Fysiotherapie Leiden
M.E.C. (Mariëlle) Dekker-Beems MSc, MPt	Psychosomatisch fysiotherapeut bij Fysio Centrum Den Haag, Docent/onderzoeker Hogeschool Rotterdam, Docent Hogeschool Utrecht
Dr. S.M. (Sanneke) Don	psychosomatisch fysiotherapeut bij Gezondheidscentra Haarlemmermeer en docent/onderzoeker Hogeschool Rotterdam en Pain in Motion
R. (Robert) van der Noord, MSc	Psychosomatisch fysiotherapeut, EFIC pijn fysiotherapeut bij specialistisch centrum voor aanhoudende pijn en psychosomatiek inter-fysio Groningen, Promovendus UMC Groningen afdeling revalidatie

Focusgroep

Een afvaardiging van eigen leden en opleidingen heeft feedback gegeven op en meegedacht over de inhoud van het beroepsprofiel.

Interne klankbordgroep

Er heeft een interne klankbordgroep gekeken naar de herkenbaarheid van de inhoud van de beroepsprofielen voor het werkveld en de overlap en verschillen tussen de vakgebieden.
Deze groep heeft bestaan uit een afvaardiging namens:

- Dutch Educational Network Masters of Physiotherapy (DEMP)
- Studie Richting Overleg Fysiotherapie (SROF)
- Initiatiefgroep Fysiotherapie Wetenschap (IFW)
- Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF)
- Werkveld fysiotherapie

Externe klankbordgroep

De algemene externe klankbordgroep bestond uit een afvaardiging van stakeholders uit de wereld om de fysiotherapie heen. Zij hebben naar de aanvullende profielen van de 13 BI's gekeken, in relatie tot de herkenbaarheid voor de buitenwereld.
De externe klankbordgroep, specifiek voor de Psychosomatisch Fysiotherapie, heeft gekeken naar de inhoud en herkenbaarheid binnen het specifieke vakgebied.

Projectgroep

Lotte Kunst	Projectleider, niet praktiserend Geriatriefysiotherapeut
Stein van de Heuvel	Medior beleidsmedewerker, afdeling Kwaliteitsbeleid, KNGF
Yvonne Kappe	Adviseur beroepsinhoudelijke verenigingen/medior beleidsmedewerker, afdeling Kwaliteitsbeleid, KNGF
Maarten Schmitt	Lector Bewegen naar Gezondheid, Hogeschool Rotterdam
Theo Ruitenbeek	Fysiotherapeut bij Fysiotherapie de Vijfhoek Deventer, docent en cursusleider NPi.
Cindy Veenhof	Hoogleraar Gezondheidswetenschappen, in het bijzonder fysiotherapiewetenschap, UMC Utrecht, Hogeschool Utrecht
Bob Timmer	Onderwijskundig adviseur, Onderwijs.pro

4

Wettelijk kader van de fysiotherapeut

De titel 'fysiotherapeut' is een beschermde beroepstitel en valt onder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De Wet BIG is een kwaliteitswet ter bescherming van patiënten en heeft een tweeledig doel: het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Daarmee heeft de fysiotherapeut een wettelijk beschermde beroepstitel, moet hij/zij zich registreren (en vijfjaarlijks herregistreren) in het BIG-register en valt hij/zij onder het wettelijk tuchtrecht. Om als fysiotherapeut toegelaten te worden tot het BIG-register, moet de fysiotherapeut beschikken over een diploma van een opleiding voor fysiotherapie die is opgenomen in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs en die voldoet aan de in Algemene Maatregel van Bestuur geformuleerde eisen. Om in het BIG-register te mogen blijven, dient de fysiotherapeut zich elke vijf jaar te herregistreren. De belangrijkste eis daarvoor is een werkervaringseis.

Wet- en regelgeving

Onderstaande tabel geeft kort de meest relevante wetten en regelingen weer van de overheid en van de beroepsgroepen zelf, die van toepassing zijn op patiënten/cliënten en beroepsbeoefenaren, en die van belang zijn voor het werk in de dagelijkse praktijk.

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)	De AVG bevat regels voor het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) houdt toezicht op naleving van deze wet.
Beroepscode voor de fysiotherapeut	De Beroepscode ziet toe op praktische waarden en normen van het beroep van fysiotherapeut. Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) zijn gehouden te handelen overeenkomstig de Beroepscode. Het toezicht wordt uitgeoefend door de Commissie van Toezicht Fysiotherapie (CvT).
Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut	Het Besluit bevat regels over de opleiding tot en de deskundigheid van de fysiotherapeut.
Mededingingswet (Mw)	De Mededingingswet stemt het nationale mededingingsrecht af op dat van de Europese Unie, onder meer door de invoering van een verbod op kartelvorming en het misbruiken van economische machtsposities. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt toezicht op het naleven van de Mw.
Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)	De Wabvpz omvat waarborgen voor cliënten bij elektronische uitwisseling van medische gegevens en bepalingen rondom rechten van cliënten. De wet regelt daarnaast ook de rechten van cliënten bij elektronische gegevensuitwisseling.
Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb)	Het burgerservicenummer is een uniek persoonsgebonden nummer in Nederland. Iedereen die zich laat inschrijven in de Basisregistratie Personen krijgt zo'n nummer om het elektronisch verkeer tussen overheid en burger in goede banen te leiden.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	De Wkkgz is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van zorg, en omvat de verplichting tot het bieden van een klachtenregeling en de aansluiting bij een geschilleninstantie. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is toezichthouder.
Wet langdurige zorg (Wlz)	De Wlz regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening.
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	De Wmo bevat regels voor de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang van de inwoners.
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	De Wmg geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en bevat regels voor marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder.
Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)	De Wmcz regelt de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen en is ook van toepassing op fysiotherapiepraktijken met meer dan 25 zorgverleners. De ACM houdt toezicht op de mededinging.
Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO)	De WMO heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te bieden.
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)	De Wet BIG is een kaderwet. Deze regelt het handelen van beroepsbeoefenaren/fysiotherapeuten op het gebied van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van bepaalde beroepsbeoefenaren, zoals de fysiotherapeut. Ook regelt deze wet het tuchtrecht voor artikel 3 – beroepen. De tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de regionale en centrale tuchtcolleges.
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	De WGBO regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de cliënt dan wel zijn/haar juridische vertegenwoordiger.
Wet toelating zorginstellingen	De wet regelt de toelating van zorginstellingen die zorg willen leveren met vergoedingen via de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg. Ook bevat de wet regels voor een goed bestuur en wanneer er winst uitgekeerd mag worden. Deze wet wordt vervangen door het voorliggende wetsvoorstel (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en de daar bijbehorende (lagere) regelgeving.
Wet zorg en dwang (Wzd)	De Wzd regelt gedwongen opnames in zorginstellingen en gedwongen zorg voor mensen met dementie en/of een verstandelijke beperking.
Zorgverzekeringswet (Zvw)	De Zvw regelt een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking in Nederland.

Noot: Relevante aanhangige wetsvoorstellen:
Wetsvoorstel (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en de daar bijbehorende (lagere) regelgeving.
Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz)
Wetsvoorstel bevordering samenwerking en rechtmatige zorg

Zorgverzekeringswet

Fysiotherapie is een vorm van paramedische zorg die in de eerste lijn een complex systeem van vergoeding kent. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor deze regeling via het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De inhoud is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw).[15] De huidige Zorgverzekeringwet stamt uit 2006. Met de introductie van de wet heeft toenmalig minister Hoogervorst het verschil tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeringen opgeheven. Het Zorginstituut Nederland legt uit welke zorg binnen de Zvw verzekerd is en onder welke voorwaarden.[16] Ook de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) is in dit verband van belang. Tweede- en derdelijns fysiotherapie (zorg in instellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra) wordt via de vergoedingsregelingen voor die instellingen bekostigd. De basis daarvan ligt ook in de Zorgverzekeringswet en de WMG. Ook is er bekostiging mogelijk vanuit Diagnose Behandel Codes (DBC's) zoals in ziekenhuiszorg gebruikelijk is.

Basisverzekering

Wie in Nederland woont of werkt, moet een polis voor een basisverzekering afsluiten. Men verzekert zich daarmee voor zorg uit het basispakket. Denk aan zorg van de huisarts, het ziekenhuis, de psychiater en de apotheek. De overheid stelt vast wat er in de basisverzekering opgenomen wordt. De basisdekking vergoedt veruit de belangrijkste zorgkosten. Naar schatting is 94% van de zorgkosten wordt gedekt door de basisdekking. Er bestaat een mogelijkheid om aanvullende zorg te verzekeren. De verzekeraars bieden hiervoor een of meer aanvullende verzekeringen. De inhoud van deze aanvullende verzekeringen is niet wettelijk vastgesteld en het varieert welke kosten gedekt zijn.
Niet alle fysiotherapeutische zorg komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking. Welke klachten of aandoeningen (indicaties) onder de basisdekking vallen, staat vermeld in het besluit Zorgverzekeringswet (art.2, lid 6) en op de zogenaamde (gelimiteerde) chronische lijst[17]. Deze indicaties worden aan personen tot 18 jaar vanaf de eerste behandeling vergoed, onder de voorwaarden voor duur en tijd voor zover binnen de regeling als bedoeld in bijlage 1. Personen vanaf 18 jaar hebben dezelfde vergoedingsrechten maar de vergoeding uit de Zorgverzekeringswet geldt pas vanaf de 21e behandeling. De uitzonderingen op deze 'drempel' van twintig behandelingen zijn de specifieke regelingen ten aanzien van de pakketadviezen als hierboven genoemd, die vanaf de eerste behandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Hierbij kan in het algemeen worden aangetekend dat 'altijd recht op fysiotherapie' niet mag worden verward met 'recht op altijd fysiotherapie'. Als centraal aangrijpingspunt voor fysiotherapeutische indicatiestelling en fysiotherapeutische interventie moet er immers sprake zijn van bewegend (dis) functioneren of het risico op bewegend disfunctioneren volgens dit Beroepsprofiel.
Fysiotherapie wordt momenteel voor ongeveer een derde deel uit de basisverzekering vergoed. Voor de overige fysiotherapie moet men zich aanvullend verzekeren of die kosten uit eigen middelen betalen.

[15] www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/is-fysiotherapie-opgenomen-in-het-basispakke
[16] www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/f/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw
[17] Zie wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2021-01-01/#Bijlage1

Aanvullende verzekering

Alle fysiotherapeutische behandelingen die niet door de wettelijk verplichte basisverzekering worden vergoed, komen ten laste van de gebruiker zelf. Men kan zich hiervoor extra verzekeren met een vrijwillige aanvullende zorgverzekering. De basisverzekering en eventuele aanvullende verzekering hoeven niet bij dezelfde verzekeraar te worden afgesloten, hoewel dit in de praktijk doorgaans wel gebeurt. De verzekeringstermijnen zijn meestal gelijk aan het kalenderjaar.
De vergoedingsmogelijkheden vanuit de aanvullende verzekeringen zijn legio. De regelingen zijn meestal in omvang, aantal of totale kosten per jaar beperkt tot een maximum.
Het recht op vergoeding voor behandeling is dus enerzijds bepaald door de wettelijke voorwaarden voor aanspraak op de basisverzekering, en anderzijds door de naar eigen keuze afgesloten aanvullende zorgverzekering.
In beginsel heeft iedereen toegang tot de fysiotherapeut, hetzij via een verwijzing van een arts hetzij door zich bij een probleem met bewegend functioneren rechtstreeks tot de fysiotherapeut te wenden via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF).

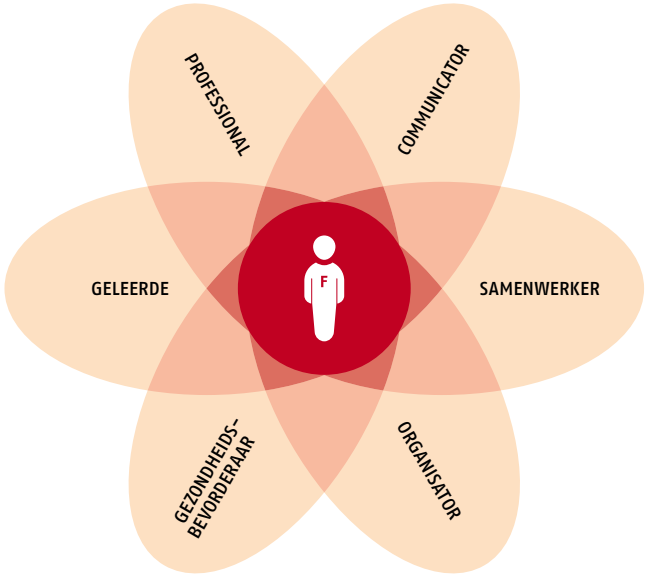
5

Algemene informatie over CanMEDS

CanMEDS, oftewel het Canadian Medical Education Directives for Specialists, is een framework dat zowel in Nederland als internationaal veelvuldig wordt gebruikt om de bekwaamheden van zorgprofessionals te beschrijven. Het overkoepelende doel van CanMEDS is verbetering van de patiëntenzorg.

De competenties waarover zorgprofessionals moeten beschikken, zijn thematisch gegroepeerd naar zeven rollen. Het idee is dat een zorgprofessional naadloos de competenties die vallen onder deze zeven rollen in zijn/haar werk kan integreren. Onderstaand een afbeelding (model van 2015) van de door CanMEDS onderscheiden zeven rollen.

CanMEDS model



Zie voor meer informatie over CanMEDS 2015 het CanMEDS 2015 Physician Competency Framework[18]. Daarin staan zowel het framework als de rollen uitgebreid beschreven en verder uitgewerkt met 'key competencies' en 'enabling competencies'.

[18] Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

6

Raamwerk voor beschrijving van competenties op EQF-6 niveau

	Wel	Niet*
Kennis	Diepgaand en breed binnen fysiotherapeutisch vakgebied	Gespecialiseerd en buiten het fysiotherapeutisch vakgebied tredend, ziet lacunes en verbindt expertisegebieden
Vaardigheden	Uitgebreide set aan intellectuele en praktische vaardigheden voor creatieve oplossingen voor abstracte problemen	Gespecialiseerd probleemoplossend vermogen, benodigd voor onderzoek en innovatie en om kennis uit andere velden te integreren
Verantwoordelijkheid en autonomie	Praktijksituaties managen. Verantwoordelijkheid nemen voor besluitvorming in onvoorspelbare situaties en voor de professionele ontwikkeling van het individu en groepen	Praktijksituaties transformeren (nieuwe benaderingen ontwikkelen). Verantwoordelijkheid nemen voor het ontwikkelen van de kennis- en kundebasis van het vakgebied
Context	Werkt samen in een onbekende, wisselende leef- en/of werkomgeving. Ook internationaal met gelijken, collega's, specialisten, niet-specialisten, leidinggevenden en relevante derden.	Werkt samen in een onbekende, wisselende leef- en/of werkomgeving die zich kenmerkt door situaties met een hoge mate van onzekerheid. Ook internationaal met gelijken, collega's, specialisten, niet-specialisten, leidinggevenden en relevante derden.

* Het hier beschreven niveau past bij EQF7.

Colofon

© 2023 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Dit is een publicatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP) en is digitaal toegankelijk via **www.kngf.nl**

Redactie en eindredactie: afdeling Kwaliteitsbeleid, Marketing en Communicatie, KNGF
Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden: NFP Beroepsprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut, M.E.C. Dekker-Beems, S. Don, R. van der Noord, M. van Veelen, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP), Amersfoort, 2023.

Alle copyrightrechten voorbehouden. Uit deze publicatie kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke en correcte bronvermelding.

KNGF, de fysiotherapeuten van Nederland

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek