

Beroepsprofiel Geriatriciefysiotherapeut

Juli 2015

J.S.M. Hobbelen

I.A.L. van de Kamp – Hofman

R.A.T. Looijen

H. Risseeuw

M. van der Velde

T.P.M.M. Vluggen



Inhoud

Inhoud	2
Hoofdstuk 1 Het domein geriatriefysiotherapie	4
1.1 Fundamentele uitgangspunten	4
1.1.1 Visie op gezondheid	4
1.1.2 Visie op bewegen	4
1.1.3 Visie op hulpverlening	5
1.2 Theoretische rationale	6
1.2.1 Wetenschappelijk fundament	6
1.2.2 Evidence based practice	6
1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health.....	7
1.3 De Geriatriefysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg.....	7
1.3.1 Werkdomein van de geriatriefysiotherapeut.....	7
1.3.2 Werkterrein van de geriatriefysiotherapeut	8
1.4 Werkwijze geriatriefysiotherapeutisch handelen	13
1.4.1 Methodische handelen.....	13
1.4.2 Fasen geriatriefysiotherapeutisch methodisch handelen	13
1.4.3 Verrichtingen.....	14
1.5 Beroepsethiek	15
1.6 Wet- en regelgeving	16
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod in de geriatriefysiotherapie	19
2.1 Ontwikkelingen in de vraag naar geriatriefysiotherapie	19
2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	19
2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	20
2.4 Technologische ontwikkelingen	20
2.5 Opleidingsniveau en deskundigheid van de geriatriefysiotherapeut.....	21
Hoofdstuk 3 De competente geriatriefysiotherapeut	22
3.1 Context en niveau	22
3.1.1 De Geriatriefysiotherapeut EQF 7	23
3.2 Competentieprofiel van de geriatrefysiotherapeut	23

3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel	23
3.2.2 De competentiegebieden	24
3.2.3 Geriatriefysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving	25
3.3 Body of Knowledge and Skills	26
Referenties	31
Deel 2 Competentieprofiel geriatriefysiotherapeut.....	34
Colofon Projectleden Beroepsprofielen KNGF en CSV	47

Hoofdstuk 1 Het domein geriatriefysiotherapie

Een geriatriefysiotherapeut is een geschoolde en vakbekwame fysiotherapeut die zich, middels een, door de NVAO geaccrediteerde en KNGF en NVFG erkende, opleiding, heeft gespecialiseerd in de zorg voor kwetsbare ouderen. Het specialisme richt zich op verbetering en behoud van gezondheid, zelfredzaamheid, participatie en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen of ouderen die het risico lopen kwetsbaar te worden, met de focus op het bewegend functioneren.

Het domein van de geriatriefysiotherapie valt onder de medische, bewegings- en gedragswetenschappen en baseert zich op actuele wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken uit deze kennisgebieden.

1.1 Fundamentele uitgangspunten

1.1.1 Visie op gezondheid

Wat is gezondheid? De Wereldgezondheidsorganisatie definieert het als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.[1] Huber definieert gezondheid als het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.[2]

In beide definities wordt aangegeven dat gezondheid niet alleen afhankelijk is van de aan- of afwezigheid van ziekte, maar ook wordt beïnvloed door welzijn en het kunnen voeren van een eigen regie over de gezondheidstoestand. De beleving van gezondheid is dan ook per individu en per situatie verschillend. De zorgverlener zal deze individuele beleving van gezondheid moeten betrekken in zijn besluitvorming en handelen.

1.1.2 Visie op bewegen

“Alles lijkt zo eenvoudig en vanzelf te gaan. Dagelijks voeren we duizenden bewegingen uit; we lopen, rennen, pakken voorwerpen, praten met anderen, sporten, maken muziek, lezen, eten schrijven..... Bewegen is zo normaal dat we bijna kunnen stellen dat bewegen gelijk staat aan leven”. Deze herkenbare woorden komen uit hoofdstuk 2 van ‘De geboren aanpasser’ van prof dr. T. Mulder, over beweging, bewustzijn en gedrag’.[3] Pas als er iets mis gaat met bewegen, realiseren we ons hoe belangrijk dat in ons leven is. Het menselijk bewegen is mooi en ingewikkeld. We hebben grote aanpassingsmogelijkheden om op welke wijze dan ook te kunnen blijven bewegen, ondanks schade aan het bewegingsapparaat.

Bovendien heeft het lichaam bewegen nodig. Bewegen heeft invloed op onze gezondheid en is ook direct van invloed op de snelheid waarmee we fysiek en cognitief verouderen. Te weinig bewegen leidt tot een groter risico op het vroegtijdig krijgen van ziekten en aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2, kanker en dementie [4]. Ook is er meer risico op vroegtijdig overlijden.[4] In de westerse samenleving is onvoldoende beweging verantwoordelijk voor 7.7% van de sterfgevallen.[5] Door bewegingsarmoede ontstaan namelijk biologische verstoringen die slecht zijn voor onze gezondheid. Zo leidt bewegingsarmoede tot een aantasting van ons bioritme en bevordert het systemische inflammatie, waardoor ons afweersysteem wordt aangetast. Ook leidt te weinig bewegen tot een groter risico op het vroegtijdig krijgen van ziekten en aandoeningen.

De relatie tussen bewegen en gezondheid is wederkerig. Voldoende beweging leidt tot een betere gezondheid en een betere gezondheid leidt tot meer bewegingsmogelijkheden.[4] Om zelfredzaam

te zijn, is het noodzakelijk om in staat te zijn zelfstandig te bewegen, eventueel ondersteund met hulpmiddelen.

Bewegen is de kern van de geriatriefysiotherapie. De behandeldoelen liggen veelal op dit gebied. Daarnaast wordt bewegen gebruikt als middel om andere gezondheidsdoelen te behalen.

1.1.3 Visie op hulpverlening

Uit onderzoek blijkt dat voor kwetsbare ouderen welzijn en participatie de belangrijkste zaken in het leven zijn. Goede zorg maakt dat mogelijk. Door de zorg optimaal te organiseren staan ziekte en gebrek minder op de voorgrond en kan medicalisering van de laatste levensfase worden gereduceerd.[6]

Iedere cliënt heeft recht op een persoonlijke benadering. Binnen de geriatriefysiotherapie wordt de cliënt naar diens eigen wil en kunnen als autonoom beschouwd. Huber et al. benadrukken dat regievoeren over het eigen leven cruciaal is voor het ervaren van gezondheid.[2] De cliënt krijgt een centrale rol bij de behandeling. De cliënt beslist mee over behandeldoelen en behandeling (shared decision making). Dit staat onder druk bij wilsonbekwame cliënten (die via artikel 60 van de BOPZ zijn opgenomen) maar ook daar geldt dat het in samenspraak gaat met de cliënt waarbij dan nadrukkelijk ook de naasten van de cliënt worden betrokken.

In de geriatriefysiotherapie ligt het accent niet op ziekte en zorg, maar op behoud en/of herstel van functies en participatie, op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. De geriatriefysiotherapeut werkt daaraan via het beweeggedrag en een gezonde leefstijl, hierbij dient ook (indien mogelijk) het zelfmanagement van de cliënt gestimuleerd te worden. Hij begeleidt de cliënt bij het herwinnen en het behoud van bewegingsmogelijkheden, maar biedt ook begeleiding bij de achteruitgang ervan.

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

Ouderen met meervoudige, complexe problematiek hebben vaak te maken met tal van instellingen en zorgverleners.[7] De geriatriefysiotherapeut is in dit zorgveld een van de schakels in de keten; hij zorgt voor een goede afstemming met andere zorgverleners. Zijn benadering is multidisciplinair en hij beziet het persoonlijk gezondheidsprobleem van de cliënt in de context van het cliëntensysteem. Onder het cliëntensysteem wordt verstaan het zorgsysteem rondom de cliënt. Dit kan onderverdeeld worden in een formeel, een semiformeel en een informeel zorgsysteem. Het formele zorgsysteem bestaat uit alle professionele hulpverleners rondom de cliënt (huisarts, paramedici, wijkzorg, etc.). Het semiformele zorgsysteem wordt gevormd door diverse maatschappelijke organisaties die ondersteuning bieden (patiëntenverenigingen, kerkelijke organisaties, ouderenorganisaties, etc.). Het informele zorgsysteem kan bestaan uit partners, kinderen, burens, vrienden of anderen. Zij leveren zowel materiële als immateriële ondersteuning. Op basis van deze indeling wordt het cliëntensysteem gedefinieerd als de cliënt en het informele zorgsysteem.

Het domein van de geriatriefysiotherapeut is daarmee veelal op de persoon gerichte geriatriefysiotherapeutische zorg en niet de op het collectief gerichte gezondheidsbevordering in zijn algemeenheid (zie 1.3.2.1).

1.2 Theoretische rationale

1.2.1 Wetenschappelijk fundament

In de afgelopen jaren is de verpleeghuisfysiotherapeut uitgegroeid tot de geriatriefysiotherapeut. Er is veel werk verzet om dit specialisme wetenschappelijk te onderbouwen. Net als bij de algemene fysiotherapie maakt het vakgebied de laatste decennia een ontwikkeling door van 'authority based' denken naar 'evidenced based' handelen. De geriatriefysiotherapie bouwt voort op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar verouderingsprocessen en ouderdomsgerelateerde ziekten.[26-28] Ook worden inzichten gebruikt uit toegepast wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van fysiotherapeutische interventies zoals oefentherapie, preventief bewegen en geriatrische revalidatie.[29-33] Met name voor het oefenen van functies - één van de kernactiviteiten van de geriatriefysiotherapeut - is wetenschappelijk bewijs voorhanden.[34, 35]

Voor de juiste inzet van de meest effectieve interventie in de veelal complexe zorgproblematiek is de combinatie van wetenschappelijk en klinisch redeneren, en het kunnen stellen van prioriteiten - allen kerncompetenties van de geriatriefysiotherapeut - van groot belang.[36-38]

1.2.2 Evidence based practice

De geriatriefysiotherapeut fundeert zijn handelen op evidence based practice (EBP). EBP is gestoeld op vier elementen: wetenschappelijke evidentie, de omstandigheden van en rondom de cliënt, de voorkeuren van de cliënt en de klinische expertise om de eerste drie elementen te integreren tot een optimale behandelstrategie. [42]

Het is een benadering waarin de beroepsbeoefenaar het best mogelijke wetenschappelijke bewijs en/of de meest relevante informatie gebruikt om tot een gefundeerde klinische beslissing te komen voor een individuele cliënt. Deze aanpak houdt in dat er continu aandacht is voor kwaliteitsverbetering, niet alleen met betrekking tot klinische expertise maar ook als het gaat om de toepassing van de meest recente en goed onderbouwde kennis over ziektemechanismen en pathofysiologie.

Klinische besluitvorming op basis van EBP is complex maar ook zeer zorgvuldig. Deze is immers niet alleen gebaseerd op de beschikbare gegevens, maar ook op patiëntkenmerken, de individuele situatie en voorkeuren van de cliënt. Deze aanpak is de erkenning dat de zorg individueel is, steeds verandert en onzekerheden bevat. [41]

Omdat er binnen de geriatriefysiotherapie veelal sprake is van complexe multimorbiditeit en de groep kwetsbare ouderen per definitie geen homogene groep is, is het vaak niet mogelijk om volgens gestandaardiseerde richtlijnen en wetenschappelijke literatuur te handelen. De geriatriefysiotherapeut zoekt in de volle breedte van relevante wetenschappelijke literatuur, die helaas vaak betrekking heeft op onderzoek naar andere, meer homogene onderzoeksgroepen. Het is aan de geriatriefysiotherapeut om een vertaalslag te maken naar de casuïstiek van de individuele kwetsbare oudere. Geriatriefysiotherapie vereist dan ook grote kundigheid in het efficiënt en effectief klinisch redeneren.

De behandeling van psychogeriatrische, wilsonbekwame of niet-aanspreekbare cliënten geeft een extra dimensie aan het handelen volgens EBP. Omdat rechtstreekse communicatie met deze cliënten vaak niet of nauwelijks mogelijk is, is het vaststellen van het 2^{de} en 3^{de} element van EBP (de omstandigheden van en rondom de cliënt, de voorkeuren van de cliënt en de klinische expertise) problematisch. Hiervoor zal vaak de familie moeten worden bevraagd, wat een juiste interpretatie voor de geriatriefysiotherapeut lastig maakt. [43, 44]

1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health

De Nederlandse gezondheidszorg gebruikt in toenemende mate de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Ook voor de geriatriefysiotherapeut is dit een uiterst waardevol instrument. ICF is een internationale, multiprofessionele classificatie en biedt een heldere indeling als het gaat om het functioneren van een persoon in het dagelijks leven in relatie tot de factoren die daarop van invloed zijn. De ICF onderscheidt verschillende niveaus: functie, activiteit, participatie en daarnaast persoonlijke en externe factoren.[40] De classificatie wordt niet alleen gebruikt bij het stellen van een diagnose en het bepalen van een behandeling maar ook voor het ontwikkelen van beleid (zorgtoewijzing/indicatiestelling en financiering van zorg en hulpmiddelen), voor documentatie, het ontwikkelen van richtlijnen, onderzoek en onderwijs.[39]

In de gezondheidszorg wordt de ICF gebruikt naast andere classificaties, zoals de International Classification of Diseases (ICD) waarmee met name ziekten kunnen worden benoemd.

1.3 De Geriatriefysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg

1.3.1 Werkdomein van de geriatriefysiotherapeut

1.3.1.1 Het fenomeen ouderdom

De laatste decennia is er veel veranderd in het maatschappelijk beeld van ouderen en het moment dat men iemand als 'oudere' wordt beschouwd. Het 'ouder' zijn begint al jong, vanaf het 50^{ste} levensjaar. Dan begint wat ook wel de derde levensfase wordt genoemd. De meeste mensen zijn in deze periode nog tamelijk gezond en actief. Vanaf 75-jarige leeftijd begint de vierde levensfase. Deze gaat meestal gepaard met een toenemende afhankelijkheid, achteruitgang en kwetsbaarheid, gevolgd door de dood.[8] In deze fase komen ouderdomsverschijnselen meer en meer aan het licht en begint een stapeling van aandoeningen. Vaak zijn het specifieke klachten met een enorme impact op de zelfredzaamheid.

1.3.1.2 Beschrijving van de doelgroep

De doelgroep van de geriatriefysiotherapie wordt gevormd door kwetsbare ouderen, ouderen die het risico lopen tot deze kwetsbare groep te gaan behoren en ouderen met chronische of langdurige aandoeningen. De geriatriefysiotherapeut richt zich – zoals al eerder genoemd - op het bewegend functioneren van de cliënt waarbij de doelstelling is gericht op het behoud of herwinnen van activiteiten en participatie en begeleiding bij achteruitgang. Of het voorkomen, terugdringen of beperken van andere gezondheidsproblemen door middel van bewegen.

Over het begrip kwetsbaarheid bestaat nog veel discussie. De afgelopen jaren zijn er verschillende wetenschappers geweest die het begrip kwetsbaarheid - ook wel fragiliteit of 'frailty' - hebben geprobeerd te definiëren. Daaruit blijkt dat de multifactoriële aard van de problematiek vraagt om een geïntegreerde kijk op de mens en om een multidisciplinaire benadering.[9] Biologische, psychologische, sociale en omgevingsfactoren die gedurende de levensloop op elkaar inwerken, worden gezien als de determinanten van kwetsbaarheid. Het proces van kwetsbaarheid kan veranderd of omgekeerd worden.[10]

Om de kwetsbare oudere te kunnen identificeren is een conceptuele definitie minder adequaat. Een operationele definitie is noodzakelijk. Operationele definities omschrijven een begrip in termen van waarneembare gegevens. [10] Bij kwetsbaarheid gaat het om de volgende aspecten: mobiliteit, fysieke fitheid, visus, gehoor, gewichtsafname, co-morbiditeit, cognitie, depressie, angst en eenzaamheid. [11] Belangrijke criteria voor het voorspellen van kwetsbaarheid zijn: de afname in de

loopsnelheid, de afname in het fysieke activiteitenpatroon, gewichtsverlies en de mogelijk aanwezige cognitieve beperkingen. [12]

De werkgroep heeft ervoor gekozen de definitie te hanteren die wordt voorgesteld door het Sociaal en Cultureel Planbureau in het Rapport Kwetsbare Ouderen uit 2011:

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). [13]

De kwetsbare oudere cliënt is iemand met een hoge biologische leeftijd en een variabele kalenderleeftijd die gemiddeld hoog is. Er is sprake van achteruitgang van fysiologische processen dat wordt gecompliceerd door multimorbiditeit. De presentatie van symptomen verloopt vaak atypisch en kan zelfs geheel ontbreken. Veel voorkomende symptomen zijn mobiliteitsproblemen, incontinentie, verwardheid, neerslachtigheid en achteruitgang van het geheugen (Geriatric Giants). Een beperkte reservecapaciteit van organen kan leiden tot complicaties en vertraging van het herstel. Het proces van fysieke en geestelijke achteruitgang kan beïnvloed worden door sociale problemen zoals eenzaamheid, zwakke financiële situatie etc.[14]

De problematiek van de kwetsbare oudere cliënt is veelal hoog complex en vraagt veel specialistische kennis en vaardigheden om adequate zorg aan deze doelgroep te kunnen verlenen.

Interprofessioneel overleg zal vaak noodzakelijk zijn om een optimale zorgverlening na te streven.

1.3.1.3 Uitzonderingen op het geriatrisch doelgroeprofiel

Soms hebben mensen met een 'jonge' kalenderleeftijd een hoge biologische leeftijd. Zij zijn op jonge leeftijd kwetsbaar en hun symptomen en aandoeningen komen overeen met de kwetsbare oudere zoals hierboven beschreven. Ook deze groep heeft behoefte aan behandeling en begeleiding door een geriatriefysiotherapeut.

Voorbeelden van aandoeningen waarbij sprake kan zijn van 'jonge kwetsbare ouderen' zijn:

Downsyndroom, M. Alzheimer, M. Korsakov, M. Huntington, Multiple Sclerose, ALS, M.

Parkinson/Parkinsonismen, kanker en cerebrovasculair accident.

1.3.2 Werkerterrein van de geriatriefysiotherapeut

1.3.2.1 Plaats in de gezondheidszorg

Tegenwoordig is het gangbaar om de gezondheidszorg onder te verdelen in publieke gezondheidszorg, cure en care.[15] De geriatriefysiotherapeut werkt in alle drie de sectoren. Hij beweegt zich met name op het vlak van cure en care, maar naast behandelen, oplossen en het onderhouden van bestaande functies staat ook preventie centraal in zijn handelen. Het preventief handelen door de geriatriefysiotherapeut past zowel binnen cure en care als binnen de publieke gezondheidszorg.

Publieke gezondheidszorg voor (kwetsbare) ouderen

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. Centraal in de publieke gezondheidszorg staat de aandacht voor de gezondheid van de samenleving als geheel en risicogroepen in het bijzonder. Daarbij gaat het vooral om preventie: voorkomen dat mensen een beroep doen op dure gezondheidszorg. Deze zorg vult de reguliere, op het individu gerichte, zorg aan. Deze zorg is met name gericht op behandeling ter genezing en verzorging van cliënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is. [16]

De focus voor de geriatriefysiotherapeut ligt bij de groep kwetsbare ouderen tussen de 50 en 75 jaar die vanwege lichamelijke belemmeringen niet kunnen voldoen aan de Nederlandse norm gezond bewegen (zie tabel 1). Hierbij zal de geriatriefysiotherapeut zich richten op het bevorderen van een gezonde leefstijl en beweeggedrag bij kwetsbare ouderen met complexe fysieke problematiek. De geriatriefysiotherapeut heeft ook een adviserende rol voor algemeen fysiotherapeuten of anderen die zich bezig houden met het bevorderen van het bewegen voor groepen kwetsbare ouderen.

Cure bij (kwetsbare) ouderen

Het domein van de geriatriefysiotherapeut binnen de cure betreft kortdurende revalidatie van kwetsbare ouderen en van hen die het risico lopen kwetsbaar te worden. Meestal is er bij de cliënten sprake van een kortdurende afhankelijkheid van zorg (< 6 maanden), of is er een verlies van functies ten gevolge van een ouderdomsziekte. (Zie tabel 1 voor een schematisch overzicht van de doelgroep) Deze kortdurende revalidatie kan zowel in de thuissituatie als in een instelling plaatsvinden.

Van de cliënten die naar het verpleeghuis gaan voor kortdurende revalidatie, zijn de volgende cijfers bekend. Jaarlijks worden er 25.000-30.000 cliënten na ontslag uit het ziekenhuis in een verpleeghuis opgenomen om te revalideren. Na een gemiddelde opnameduur van twee maanden keert 60% terug naar de oorspronkelijke woonomgeving. Ongeveer 10% van de cliënten overlijdt tijdens de opname. Voor de overige 30% is een (interne) verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis noodzakelijk.

Deze cliënten hebben naast een hoge leeftijd (de gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 81 jaar; van de mannen 78 jaar) gemiddeld vier nevenaandoeningen en daarnaast frequent beperkingen op het gebied van ADL, mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag. Hoewel het dagelijks functioneren van de cliënten gedurende het revalidatieverblijf gemiddeld verbetert, bereikt 53% van hen niet het functionele niveau van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid bereikt dus niet het oude niveau, maar leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren. De revalidatie richt zich derhalve ook op aanpassingen in de omgeving van de cliënt. [17, 18]

Care bij kwetsbare ouderen

Het domein van de geriatriefysiotherapeut binnen de care betreft de langdurige zorg voor kwetsbare ouderen. De groep die in aanmerking komt voor langdurige zorg is meestal ouder dan 75 jaar en is vanwege multimorbiditeit langdurig afhankelijk van zorg (zie tabel 1.1). Van de 2,6 miljoen 65-plussers in Nederland wonen er ruim 100.000 in een verzorgingshuis en 50.000 in een verpleeghuis.[7] Bij een groot gedeelte van deze groep zal de zelfredzaamheid steeds verder afnemen en de behoefte aan en noodzaak van intensieve zorg toenemen. Driekwart van de verpleeghuisbewoners is vanwege bestaande beperkingen in mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag dagelijks afhankelijk van hulp en ondersteuning bij de persoonlijke verzorging en andere ADL-activiteiten.

Prevent-model voor Persoonlijke Preventie

Recent heeft het klassieke systeem dat preventie indeelt in primaire, secundaire en tertiaire preventie plaatsgemaakt voor een nieuw model: het Prevent-model voor Persoonlijke Preventie. Dit model is gebaseerd op het Expanded Chronic Care model. Het koppelt de maatschappelijke vraag/individuele zorgbehoefte aan een interventieaanbod, om al dan niet te komen tot een advies op maat. Dit model onderscheidt universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.[19]

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking en heeft als doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen en gezondheid te bevorderen. Selectieve preventie heeft het doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren, zodat de gezondheid wordt bevorderd. Het doel van geïndiceerde preventie is het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade bij mensen met een verhoogd risico te voorkomen, door middel van een interventie of behandeling. Zorggerelateerde preventie tenslotte richt zich op het ondersteunen van een individu met bestaande gezondheidsproblemen. Met als doel de ziektelast te reduceren, complicaties tegen te gaan en zelfredzaamheid te ondersteunen.[20]

De geriatriefysiotherapeut richt zich voornamelijk op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie bij (kwetsbare) ouderen. Ook selectieve preventie is onderdeel van het domein van de geriatriefysiotherapeut als het gaat om de groep vitale ouderen.[21] Met diepgaande kennis van chronische en leeftijdsgelateerde aandoeningen heeft de geriatriefysiotherapeut zicht op gezondheidsrisico's in de nabij of verdere toekomst. De geriatriefysiotherapeut kan in maatschappelijk belang deze risicogroepen duiden en in algemene zin of op persoonlijk niveau adviseren.

De preventieve zorg die de geriatriefysiotherapeut biedt, gaat niet alleen om het voorkómen en uitstellen van ziekte en sterfte, maar zeker ook om de preventie van beperkingen in het functioneren, het voorkómen van verlies van zelfredzaamheid en het terugdringen van afhankelijkheid van de zorg. Het concrete doel van preventieve acties verschilt per situatie, maar beoogt de toename van kwetsbaarheid en functieverlies te voorkomen.[22]

Hoewel leeftijd geen absoluut criterium is, neemt over het algemeen de gezondheid af met het vorderen van de leeftijd. Bij het ouder worden verschuift dus ook de doelstelling van preventie. Tot een leeftijd van ongeveer 75 jaar gaat het om 'langer leven in goede gezondheid'. Bij ouderen boven de 75 jaar is de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven belangrijker. Veel ouderen hebben dan immers al met (meerdere) ziekten en aandoeningen en/of beperkingen te kampen.[23]

Tabel 1.1: Schematische weergave van de geriatrische doelgroep

Publieke gezondheidszorg	Cure	Care
<u>Algemene kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ouderen met lichamelijke belemmeringen • < Nederlandse Norm Gezond Bewegen. 	<u>Algemene kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Kortdurende afhankelijkheid van zorg (< 6 maanden); • Kortdurend verlies van zelfredzaamheid (< 6 maanden); 	<u>Algemene kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Langdurige afhankelijkheid van zorg (> 6 maanden); • Langdurige afhankelijkheid t.a.v. zelfredzaamheid.
<u>Specifieke kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • 'Dreigende' afname van zelfredzaamheid. 	<u>Specifieke kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hoge biologische leeftijd; • Co-morbiditeit; • Afwijkend herstel/ beloop. 	<u>Specifieke kenmerken van de doelgroep:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hoge biologische leeftijd; • Kwetsbaarheid; • Complexe gezondheidsproblematiek; • A-typische presentatie;
<u>ICF-domeinen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stoornisniveau; • Activiteitsniveau 	<u>ICF-domeinen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stoornisniveau; • Activiteitsniveau; • Participatieniveau. 	<u>ICF-domeinen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stoornisniveau; • Activiteitsniveau; • Participatieniveau.
Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie / zorggerelateerde preventie	

1.3.2.1 Werksetting van de geriatriefysiotherapeut

Geriatriefysiotherapeuten zijn werkzaam in zowel de extramurale (eerstelijns praktijken), de intramurale (verpleeghuizen, ziekenhuizen en revalidatiecentra) als de transmurale gezondheidszorg. Transmurale zorg is een verzamelbegrip voor die vormen van zorg waarbij zowel hulpverleners uit de extramurale als de intramurale zorg betrokken zijn. Daarbij zijn over de zorgverlening en de verantwoordelijkheden afspraken gemaakt tussen de verschillende zorgverleners.[24] Transmurale zorg is dynamisch en is regionaal of lokaal georganiseerd.[25]

In het verlengde van transmurale zorg liggen begrippen als ketenzorg, integrale zorg, diseasemanagement en gestuurde zorg. Deze termen worden in de literatuur vaak door elkaar heen gebruikt.

1.3.2.2 Samenwerking

Het werkdomein en het werkterrein zoals beschreven in bovenstaande paragrafen maakt duidelijk dat de geriatriefysiotherapeut een teamspeler is die multidisciplinair werkt en denkt. In tabel 1.2 wordt een overzicht gegeven van de samenwerkingspartners. Met deze professionele samenwerkingspartners heeft de geriatriefysiotherapeut dagelijks/wekelijks of maandelijks contact.

In verband met de complexiteit en heterogeniteit van de cliënten van de geriatriefysiotherapeut is er ook een diversiteit aan samenwerkingspartners waar incidenteel bij individuele casuïstiek overleg mee is. Deze incidentele samenwerkingspartners zijn niet in dit overzicht meegenomen.

Tabel 1.2 Overzicht multidisciplinaire samenwerking geriatriefysiotherapeut

De geriatriefysiotherapeut werkt samen met:	Indicatie
<u>Huisarts en praktijkondersteuner huisarts</u>	Kwetsbare ouderen, ouderen die het risico lopen tot deze kwetsbare groep te gaan behoren en ouderen met chronische of langdurige aandoeningen in het bewegend functioneren verwezen door de huisarts, of via DTF bij de geriatriefysiotherapeut onder behandeling.
<u>Specialist Ouderen Geneeskunde, Klinisch Geriater en Physician assistant (PA)</u>	Kwetsbare ouderen, ouderen die het risico lopen tot deze kwetsbare groep te gaan behoren en ouderen met chronische of langdurige aandoeningen in het bewegend functioneren verwezen door de Specialist Ouderen Geneeskunde of klinisch geriater, of via DTF bij de geriatriefysiotherapeut onder behandeling.
<u>Revalidatiearts</u>	Overleg en advisering omtrent de revalidatie, inzet van orthesen, en prothesen als ook overleg over het reduceren van specifieke spiertonusstoornissen d.m.v. fenoliseren/botox of anderszins.
<u>Medisch specialisten</u>	Patiënten met diverse aandoeningen of combinaties van aandoeningen op o.a. orthopedisch, neurologisch, chirurgisch gebied verwezen door een medisch specialist
<u>Ergotherapeut</u>	Bij vragen op ergotherapeutisch gebied, zoals bij A.D.L, woningaanpassingen, beperkingen in activiteiten en participatie, neuropsychologische functiestoornissen etc.
<u>Logopedist</u>	Bij vragen op logopedisch gebied, zoals bij taal- en spraakstoornissen, slikstoornissen etc.
<u>Diëtist</u>	Bij vragen over de voedingstoestand (over-ondervoeding), spieropbouw (eiwit intake), glucose-huishouding bij inspanning
<u>Psycholoog</u>	Het meespelen van psychische factoren en neuropsychologische functiestoornissen waardoor herstel belemmerd wordt. Psychogeriatrische ziektebeelden zoals dementie met gedragsstoornissen, depressie, angst.
<u>Algemeen fysiotherapeut</u>	Doorverwijzing van geriatriecliënten naar algemeen fysiotherapeut de in de 1 ^e of 2 ^{de} lijn en advisering van 1 ^e of 2 ^{de} lijnsfysiotherapeuten op het gebied van de geriatriefysiotherapie.
<u>Revalidatiefysiotherapeut</u>	Doorverwijzing van geriatriecliënten naar revalidatie fysiotherapeut de in de 2 ^{de} lijn en advisering van 2 ^{de} lijnsfysiotherapeuten op het gebied van de geriatriefysiotherapie.
<u>Ziekenhuisfysiotherapeut</u>	Doorverwijzing van geriatriecliënten naar ziekenhuis fysiotherapeut. Advisering op het gebied van de geriatriefysiotherapie.
<u>Bekkenfysiotherapeut</u>	Doorverwijzing en advisering bij incontinentie
<u>Bewegingsagoog/sport en beweegadviseur/trainer</u>	Doorverwijzing en advisering over oefenprogramma, intensiteit en frequentie en mogelijke risico's
<u>Verzorgenden/verpleging/thuiszorg</u>	Bij vragen op het (geriatrie)fysiotherapeutisch gebied. Beweegbeleid intramuraal. Adviezen op maat. Signalerende

	functie naar geriatriefysiotherapie
<u>Maatschappelijk werker</u>	Bij vragen op het sociaal maatschappelijk en participatiegebied.
<u>Leveranciers:</u>	<u>Voor:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • orthopedisch schoenmaker; • orthopedisch instrumentmaker; • leverancier van rolstoelen; • leveranciers van andere hulpmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • (semi-)orthopedisch schoeisel, schoenaanpassingen etc. • orthesen en prothesen • rolstoelen • ligorthesen, loophulpmiddelen, transferhulpmiddelen etc.

1.4 Werkwijze geriatriefysiotherapeutisch handelen

1.4.1 Methodische handelen

De geriatriefysiotherapeut kan worden geconsulteerd voor diagnostiek, probleemanalyse, behandeling en advisering bij kwetsbare ouderen of ouderen met een complexe problematiek.

De geriatriefysiotherapeut werkt planmatig, doelgericht en procesmatig.¹ Planmatig houdt in dat het handelen gekenmerkt is door een voorbedachte, herkenbare, logische samenhang, planning, uitvoering en verslaglegging. Doelgericht houdt in dat het handelen is gericht op het bereiken van een tevoren vastgesteld helder en concreet doel, samen met de cliënt. Procesmatig houdt in dat alle aspecten van het handelen met elkaar samenhangen en elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. Dit laatste betekent dat er altijd sprake is van beargumenteerd en gecombineerd monitoren en bijsturen van het handelen.¹⁴ Kenmerkend voor een geriatriefysiotherapeutische werkwijze is shared decision making. Hierbij maakt de geriatriefysiotherapeut onderscheid tussen het door de cliënt getoonde bewegen ('actual performance' en 'abilities'), het ingeschatte vermogen tot bewegen ('capacity' en 'capabilities'), de praktische externe mogelijkheden, bewegingsomstandigheden en bewegingcontext van de cliënt ('opportunity' en 'attractors') en de motieven en motivatie tot bewegen van de cliënt ('drivers' en 'vitality'). Door deze methodische werkwijze kan de geriatriefysiotherapeut transparante en toetsbare zorg op maat leveren.

1.4.2 Fasen geriatriefysiotherapeutisch methodisch handelen

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

1. Screeningsproces: waarin door middel van een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, besloten wordt of het gepresenteerde gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de geriatriefysiotherapie valt.
2. Diagnostisch proces: waarin de geriatriefysiotherapeut op methodische wijze het gezondheidsprobleem van de cliënt inventariseert en analyseert en relateert aan de hulpvraag van de cliënt. Dit proces leidt tot het formuleren van een voor de cliënt gewenst

¹ Gegeven het procesmatige karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is er hierbij sprake van een permanente monitoring.

en haalbaar behandelplan met expliciete doelen, of tot een door- of terugverwijzing van de cliënt.

3. Therapeutisch proces: waarin de geriatriefysiotherapeut in samenspraak met de cliënt en/of clientsysteem cq wettelijke vertegenwoordiger in geval van wilsonbewzaamheid het opgestelde behandelplan toepast en op methodische wijze de geïndiceerde behandeling uitvoert. Ook de evaluatie en afsluiting vindt tijdens dit proces plaats. In de evaluatie² evalueert de geriatriefysiotherapeut met de cliënt, zijn naasten en andere betrokkenen in het behandelproces, de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van beide in relatie tot elkaar. Na evaluatie van de behandeling besluit de cliënt in samenspraak met de geriatriefysiotherapeut, aan de hand van het behaalde resultaat en de informatie van de fysiotherapeut, of de behandelperiode wordt afgesloten.

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

1.4.3 Verrichtingen

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

- het gesprek aangaan (anamnese en eventueel heteroanamnese);
- testen, meten en analyseren;
- formuleren van de geriatriefysiotherapeutische diagnose;
- begeleiden; het informeren of adviseren van een cliënt of cliëntsysteem, individueel of in groepsverband
- oefenen; het individueel of in groepsverband geven van uitleg, instructie en/of hulp bij het uitvoeren van oefeningen
- toepassen fysieke therapie in engere zin (i.e.z.);
- toepassen van manuele verrichtingen.
- Voorzien in hulpmiddelen: het aanmeten, aanvragen, ontwerpen, maken, veranderen, aanbrengen of verwijderen van hulpmiddelen

Kenmerkende indirect cliëntgebonden verrichtingen zijn:

² Gegeven het procesmatig karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is er hierbij geen sprake van een enkele, maar van een voortdurende evaluatie. Gepaster is dan ook de term 'monitoren'. Het doel van monitoren is, aan de hand van de reactie op de behandeling, vaststellen of de behandeling bijgesteld moet worden, en nadelige gevolgen van de behandeling detecteren. Door middel van monitoren wordt met hoge frequentie de *plan-do-check-act*-cyclus doorlopen.

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

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

1.5 Beroepsethiek

De beroepsethiek van de geriatriefysiotherapie heeft bijzondere aandacht voor 'zorg' in de breedste zin van het woord. Deze beroepsethiek is een normatieve ethiek³, met als kern dat deze langdurig geldig, ofwel, duurzaam is. De geriatriefysiotherapeut is zich van deze ethiek bewust en heeft, naast kennis van de beroepsethiek, ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep. De geriatriefysiotherapeut is zich ervan bewust dat binnen de beroepsgroep de Ethiekcommissie KNGF de randvoorwaarden schept voor het ethisch fysiotherapeutisch denken en handelen. Met deze randvoorwaarden borgt de Ethiekcommissie KNGF het proces van ethische reflectie op mesoniveau, waarbinnen 'zorgen' wordt gedefinieerd als *'een specifieke activiteit die alles omvat wat de mens kan helpen om "zijn of haar wereld" zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat hij of zij daarin zo goed mogelijk kan leven.'*¹⁷ Dat betekent voor de fysiotherapeut dat gewetensvol handelen als basisgrondhouding vraagt om de morele kwaliteiten aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid. Deze kwaliteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De geriatriefysiotherapeut kent ook de ethische grondbeginselen zoals vastgelegd in Beroepsethiek en gedragsregels,¹⁸ de leidraad op ethisch gebied voor de gehele beroepsgroep. De geriatriefysiotherapeut is vanuit deze beroepsethiek in staat tot permanente kritische reflectie op bestaande normen en waarden van de Nederlandse samenleving die gekenschetst wordt door etnische, religieuze en spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties (publieke moraal). De geriatriefysiotherapeut is ook in staat tot kritische reflectie op de normen en waarden van de cliënt. Op grond van deze kritische reflectie is de geriatriefysiotherapeut in staat gestalte te geven aan de zorgrelatie. De geriatriefysiotherapeut heeft hierbij oog voor de invloed van zijn persoonlijke normen en waarden.¹⁹

³ Normatieve ethiek is een analyse maken van de concrete alledaagse praktijk vanuit abstracte, rationele en verantwoorde uitgangspunten. Die uitgangspunten dienen als richtsnoer en om het eigen handelen te kunnen beoordelen, denk aan: 'Wat moet ik doen als fysiotherapeut?' (Naar: Have *et al.*, p. 9 en p. 19.¹⁶)

Het contextuele kader waarbinnen de beroepsgroep haar maatschappelijke verantwoordelijkheid gestalte moet geven, is het publieke zorgstelsel dat de zorg ordent om deze betaalbaar en toegankelijk te houden. De geriatriefysiotherapeut kan zich hierdoor, als professional in de zorg én als mens, gesteld zien voor morele dilemma's die zich kunnen afspelen op verschillende niveaus (macro-, meso- en microniveau). Hierbij past een gewetensvol, bewust, verantwoord handelen van de geriatriefysiotherapeut, vanuit de herkenning van morele dilemma's en het tegen elkaar afwegen van morele principes⁴ om te achterhalen wat 'goed doen' is. Vervolgens kan de geriatriefysiotherapeut vanuit deze overweging handelend optreden. Binnen bedoelde overwegingen is de geriatriefysiotherapeut zich er steeds van bewust dat persoonlijke ideeën, intuïties en gevoelens, bewust dan wel onbewust, een rol spelen bij de afweging van wat goed is om te doen. Maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en persoonlijke ontwikkelingen roepen de geriatriefysiotherapeut op tot voortdurende alertheid op dit vlak. De geriatriefysiotherapeut is beroepsinhoudelijk geschoold in het klinisch redeneren, en geeft zich rekenschap van zijn handelen vanuit een wetenschappelijk en juridisch kader. Daarnaast is de geriatriefysiotherapeut een normatief professional die beschikt over zelfreflecterend vermogen, dat zich afspeelt binnen de zorgrelatie met de cliënt. Dit krijgt gestalte doordat de geriatriefysiotherapeut oog heeft voor de wensen, verwachtingen en doelstellingen van de cliënt (*patient values*). Het is vanuit dit klinisch en normatief redeneren én het zelfreflecterend vermogen dat de geriatriefysiotherapeut op *patient values* aansluitende doelgerichte, efficiënte en passende zorg verleent.

Gewetensvol handelen houdt in dat de geriatriefysiotherapeut bij dilemma's nadenkt over wat goed handelen is en hiernaar ook handelt. Afstemming is noodzakelijk met de doelgroep van de geriatriefysiotherapeut welke een meer uitgesproken opvatting over het begrip kwaliteit van leven heeft en zich vaker vragen stelt over de zin en betekenisvolheid van het bestaan. Een extra appèl op deze competentie kan zich voordoen als het handelen betrekking heeft op de doelgroep met (eind-)levensfase problematiek. Ook doelgerichte, efficiënte en passende zorg voor cliënten welke wilsonbekwaam zijn vraagt communicatieve kwaliteiten die een professionele attitude met zich meebrengt. Daar waar shared decision making onmogelijk lijkt te worden is het betrekken van derden (in casu cliënt vertegenwoordigers) in het communicatieproces van groot belang.

1.6 Wet- en regelgeving

Deze paragraaf geeft kort enkele relevante wetten en regelingen weer van de overheid en van de beroepsgroep zelf, die van toepassing zijn op cliënten en fysiotherapeuten, en van belang zijn voor de cliënt en het werken als fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk (tabel 1.3).

⁴ Zoals: weldoen, niet schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid.

Tabel 1.3 Wet- en regelgeving

<u>Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)</u>	Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. Voor de fysiotherapeut betekent dit dat hij in het BIG-register opgenomen moet zijn om de titel te kunnen voeren.
<u>Tuchtrecht</u>	Binnen de Wet BIG artikel 3 is ook het tuchtrecht van de geregistreerde beroepsbeoefenaren geregeld. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle) met als beroepsinstantie het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
<u>Kwaliteitswet zorginstellingen</u>	Dit is een kaderwet, evenals de Wet BIG, die is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling. In deze wet is onder andere de meldplicht van calamiteiten bij de Inspectie opgenomen evenals het hanteren van een melding huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt ook voor de fysiotherapiepraktijk.
<u>Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)</u>	Deze wet regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is toezichthouder.
<u>Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)</u>	In deze wet zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens toegestaan. In de WBP Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op naleving van deze wet.
<u>Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)</u>	Deze wet regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de cliënt, dan wel zijn juridische vertegenwoordiger.
<u>Modelregeling Fysiotherapeut -Cliënt</u>	<ul style="list-style-type: none">○ In deze regeling zijn de rechten en plichten zoals opgenomen in de WGBO voor de fysiotherapeut nader uitgewerkt en toegelicht. De regeling is tot stand gekomen in samenspraak met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de NPCF.○ Naast deze regelgeving zijn leden van het KNGF en fysiotherapeuten die ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie gehouden zich te gedragen overeenkomstig de Beroepsethiek en gedragsregels van de Ethiekcommissie van het KNGF.
<u>Wet klachtrecht cliënten zorgsector</u>	Deze wet verplicht iedere zorgaanbieder een onafhankelijke klachtenregeling te treffen die de cliënt de mogelijkheid geeft laagdrempelig een klacht in te dienen over een gedraging van de zorgaanbieder dan wel een medewerker van de zorgaanbieder.
<u>Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen (Wet Bopz)</u>	In deze wet staat onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen en onvrijwillig mag worden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Belangrijk doel van de wet is burgers die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden.
<u>Reglement Tuchtrechtspraak KNGF</u>	Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.
<u>Zorgverzekeringswet (Zvw)</u>	De Zvw is een Nederlandse wet die op 1 januari 2006 in werking is getreden. De Zvw maakt, naast de Algemene wet bijzondere ziektekosten

	(AWBZ), deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de AWBZ. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen, maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.
<u>Bopz art. 60</u>	Artikel 60 Wet Bopz beschermt de rechten van mensen die niet zelf kunnen aangeven of zij het eens zijn met een opname of niet. Opname via artikel 60 is een opname zonder instemming en zonder verzet.
<u>Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)</u>	Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te kunnen bieden.
<u>Good clinical practice</u>	Dit is een internationale ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaard voor het opzetten, uitvoeren en rapporteren van klinisch onderzoek waarbij sprake is van deelname van proefpersonen. Door aan deze standaard te voldoen, wordt publiekelijk gewaarborgd dat de rechten, de veiligheid en het welzijn van de proefpersonen zijn beschermd in overeenstemming met de beginselen die hun oorsprong vinden in de Verklaring van Helsinki, en dat de gegevens uit het klinisch onderzoek betrouwbaar zijn.

Naast het wettelijk tuchtrecht van de Wet BIG is er het niet-wettelijke verenigingstuchtrecht op grond van het Reglement Tuchtrechtspraak KNGF. Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod in de geriatriefysiotherapie

2.1 Ontwikkelingen in de vraag naar geriatriefysiotherapie

Demografische en epidemiologische ontwikkelingen

In 2011 werden de eerste leden van de babyboomgeneratie 65 jaar. Gezien de omvang van deze generatie zal het aantal ouderen in Nederland de komende decennia sterk toenemen. Rond 2040 wordt de piek bereikt. Volgens de meest actuele prognose van het CBS (december 2010) groeit het aantal ouderen in dertig jaar tijd van bijna 2,6 miljoen naar 4,6 miljoen. Dat is iets meer dan een kwart van de totale bevolking. Niet alleen worden we gemiddeld ouder, ook de groep oudste ouderen groeit gestaag. Het percentage 80-plussers zal vanaf ongeveer 2025 sterk stijgen, van een kwart tot ruim 40% in 2050 (dubbele vergrijzing). De vergrijzing in Nederland zal zorgen voor een enorme toename van de vraag naar zorg. Ook de inhoud van de zorgvraag zal veranderen, omdat de babyboomgeneratie een andere leefstijl heeft en andere wensen heeft ten aanzien van de laatste levensjaren dan de voorgaande generatie ouderen.[13]

Bij ouderen zal de behoefte aan zorg toenemen vanaf het zeventigste levensjaar en bereikt zijn piek boven de tachtig jaar. De groeiende behoefte aan zorg is meestal een gevolg van de beperkingen die ontstaan naar aanleiding van chronische ziekte en comorbiditeit.[8] Onder ouderen zijn relatief veel chronisch zieken. Ramingen wijzen uit dat de helft van de ouderen boven 65 jaar met een of meer chronische aandoeningen kampt, die hen beperken in hun functioneren. [47] Met de vergrijzing zal naar verwachting het absolute aantal mensen met een chronische ziekte toenemen.[23] Voor de geriatriefysiotherapie betekent dit naar verwachting een toename van het aantal cliënten.

Maatschappelijke ontwikkelingen

In de zorg voor ouderen verschuift het zorgaanbod van intramuraal naar trans- en extramuraal. Het aantal ouderen dat in verzorgings- en verpleeghuizen verblijft is de afgelopen jaren al gedaald en door verandering van financiële structuren sluiten veel verzorgingshuizen. [48] Steeds meer ouderen wonen zelfstandig en verblijven in levensloopbestendige woonvormen. Deze ontwikkeling weerspiegelt niet alleen een van overheidswege ingezette substitutie van dure door goedkopere zorgvormen, maar ook dat ouderen zelf kiezen voor behoud van zelfstandigheid, autonomie en meer woongenot in de vertrouwde omgeving. Deze ontwikkeling zal in de komende decennia doorgaan. Ook internationaal is er een duidelijke trend om intramurale zorg te vervangen door thuis- of gemeenschapszorg. [47]

2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

De afgelopen veertig jaar zijn de zorguitgaven ieder jaar gestegen. Vaak groeiden ze sterker dan het nationaal inkomen, waardoor een steeds groter deel van het inkomen opgaat aan zorg. Kijkend naar de totale uitgaven aan zorg, dan zijn deze toegenomen van 8% van het bruto binnenlands product (bbp) in 1972 naar ruim 13% in 2010. [49] De vergrijzing in combinatie met de prijsstijgingen in de zorg door de toenemende medische mogelijkheden, maken dat het stelsel op den duur onhoudbaar wordt. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de overheid en de zorgaanbieders om de kostenstijging een halt toe te roepen.

De geriatriefysiotherapeut kan onnodige zorgkosten voorkomen door middel van preventie, en efficiënt en doelgericht interveniëren. Ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis bewegen veel te weinig, wat kan leiden tot onnodige schade aan de gezondheid, stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het rapport 'Staat van de gezondheidszorg 2012'. De inspectie is van mening dat instellingen een verantwoordelijkheid hebben om bewegen te stimuleren als een vanzelfsprekend onderdeel van verantwoorde zorg. De geriatriefysiotherapeut heeft een belangrijke rol in het opzetten van beleid, het delen van kennis en het implementeren van activering in de dagelijkse zorgverlening.[50] Naar verwachting zal het bewegen als preventief en curatief middel de komende jaren steeds vaker worden ingezet en zal er steeds meer een beroep worden gedaan op de geriatriefysiotherapeut om behandelend en beleidsmatig zijn kennis en vaardigheden in te zetten.

2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Het is de verwachting dat toegepast wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheid van ouderen zal toenemen, waaronder onderzoek op basis van data van ouderen met complexe problematiek. Dit zal het wetenschappelijke fundament onder de geriatriefysiotherapie verder versterken. Ook doelmatigheidsonderzoek naar geriatriefysiotherapie wordt belangrijk, bijvoorbeeld naar de kosteneffectiviteit van de specialisatie ten opzichte van de algemene fysiotherapie bij kwetsbare ouderen, en naar de meerwaarde van specifieke geriatriefysiotherapeutische interventies ten opzichte van andere (para)medische interventies. De resultaten van deze doelmatigheidsstudies kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de het belang van de specialisatie geriatriefysiotherapeut, maar ook aan de wijze van uitoefening van het vak.

2.4 Technologische ontwikkelingen

De technologie om zelfmanagement van cliënten te ondersteunen, de zorg efficiënter te maken en de zorgkosten in de hand te houden neemt een grote vlucht. Ook de fysiotherapeut maakt er gebruik van. Voor de geriatriefysiotherapeut, die werkt met kwetsbare ouderen, zijn er mogelijkheden, maar ook kanttekeningen.

E-Health is zo'n ontwikkeling die sterk in opkomst is. Bij e-health gaat het om het verbeteren van de gezondheid van het individu en van de gezondheidszorg in het algemeen door middel van informatie- en communicatietechnologie. De technologie focust op de cliënt in het primaire zorgproces. Er komen steeds meer websites en app's waar mensen (deels) online fysiotherapeutisch behandeld kunnen worden. In de toekomst zullen er steeds meer van dit soort home-based programma's worden toegepast.

En er zijn meer mogelijkheden voor 'virtuele' geriatriefysiotherapie. Voor ouderen blijkt gamen goed bruikbaar. Oefenen tijdens een game stimuleert deelname aan oefentherapie en maakt het interessanter.[51] Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar dergelijke interventies bij kwetsbare ouderen, wel zijn er bij Parkinsonpatiënten en bij (gezonde) ouderen positieve resultaten aangetoond.[52]

Lang niet alle ouderen zijn meegegaan in de digitale ontwikkelingen. Wanneer zij onvoldoende kennis hebben van de nieuwe online-technologie en/of een verminderde cognitie, zijn e-health-toepassingen wellicht niet zo makkelijk. Bovendien maken complexe ziektebeelden het lastig om cliënten met deze toepassingen te behandelen.

2.5 Opleidingsniveau en deskundigheid van de geriatriefysiotherapeut

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

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

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

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

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

Hoofdstuk 3 De competente geriatriefysiotherapeut

Deskundigheidsontwikkeling in de geriatriefysiotherapie speelt zich af op twee niveaus; op het niveau van het beroep en op het niveau van de individuele professional. Op het niveau van het beroep verwijst deskundigheidsontwikkeling naar een proces van beroepsontwikkeling met specifieke kenmerken als de ontsluiting en vorming van een 'body of Knowledge and Skills'. Daarnaast verwijst deskundigheidsontwikkeling naar de bewustwording en erkenning van het eigen deskundigheidsdomein. Op het niveau van de individuele professional verwijst deskundigheidsontwikkeling naar het proces waarin de individuele geriatriefysiotherapeut zijn kennis, kunde en professioneel oordeel verder ontwikkelt en nieuwe inzichten integreert in zijn professioneel handelen. Beide processen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden maar richten zich op verschillende doelen. De processen komen samen in het beroepsprofiel dat voor iedere geriatriefysiotherapeut van kracht is. Deskundigheid wordt daarbij niet meer opgevat als de optelsom van kennis, vaardigheden en attitudes maar als geïntegreerde gehelen, aangeduid met de term 'competenties'.

3.1 Context en niveau

Bij het beschrijven van de competentieprofielen in deel 2 van dit beroepsprofiel is uitgegaan van de omschrijving van het Europees kwalificatiekader (EQF). Het doel van het EQF is het vergroten van de internationale studenten- en arbeidsmobiliteit en het faciliteren van een leven lang leren. Door het EQF kunnen opleidingsniveaus internationaal met elkaar vergeleken worden. Het EQF levert door deze vergelijkingsmogelijkheid een bijdrage aan de transparantie van de verschillende onderwijssystemen in Europa. Het NLQF beschrijft alle kwalificatieniveaus binnen Nederland met hetzelfde begrippenkader. De niveaubeschrijvingen van het NLQF zijn gekoppeld aan de niveaubeschrijvingen van het EQF maar zijn specifiekier uitgewerkt. Het EQF onderscheidt, acht niveaus.

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

De sleutelbegrippen die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving zijn: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. (ref NLQF)

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

- communicatieve vaardigheden

3.1.1 De Geriatriefysiotherapeut EQF 7

De context voor de fysiotherapeut op niveau 7 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving met een hoge mate van onzekerheid, ook internationaal. Voor geriatriefysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF-niveau 7), gelden andere kwaliteitscriteria, dan de op EOF 6 opgeleide fysiotherapeut.

Voor geriatriefysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (=Europees Kwalificatiekader (EQF) niveau 7), gelden de volgende kwaliteitscriteria:

- De geriatriefysiotherapeut bezit bijzonder gespecialiseerde kennis, die ten dele zeer geavanceerd is op geriatriefysiotherapeutisch vakgebied en voor de geriatriefysiotherapie relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën.
- De geriatriefysiotherapeut heeft een kritisch bewustzijn van kennisproblemen op geriatriefysiotherapeutisch vakgebied, voor de geriatriefysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- De geriatriefysiotherapeut bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vergevorderde vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- De geriatriefysiotherapeut analyseert, organiseert, transformeert en managet complexe en onvoorspelbare werkcontexten die een alternatieve en/of nieuwe aanpak behoeven. Het betreft hier zowel complexe situaties in het kader van de diagnostiek, prognostiek en/of therapie van één cliënt, als complexe situaties in het kader van de beroepsuitoefening op micro-, meso- of macroniveau. Het probleem wordt multifactorieel en multidimensionaal geanalyseerd, waarna de geriatriefysiotherapeut een gerichte oplossingsstrategie formuleert en waar mogelijk uitvoert.
- De geriatriefysiotherapeut neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen tot professionele kennis en manieren van werken en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

3.2 Competentieprofiel van de geriatriefysiotherapeut

3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel

De competenties van de geriatriefysiotherapeut zijn geordend volgens het CanMeds-model waarin zeven competentiegebieden centraal staan.[ref canmeds} Er is gekozen voor het beschrijven van de competenties in gebieden conform de systematiek in de medische specialistische beroepen (KNMG) en niet in rollen zoals in het CanMeds model. Het beschrijven in competentiegebieden doet naar onze mening meer recht aan het geïntegreerd inzetten van competenties bij het centrale handlingsgebied.

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd:

- Zeven competentiegebieden

- Per competentiegebied een omschrijving/ definiëring
- Per competentiegebied zijn vier zogenaamde sleutelcompetenties (key competencies) beschreven.
- De sleutelcompetenties zijn vervolgens geoperationaliseerd in indicatoren (enabling competencies)

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

3.2.2 De competentiegebieden

Er worden zeven competentiegebieden zijn beschreven:

1. **Geriatriciefysiotherapeutisch handelen:** De geriatriciefysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan kwetsbare ouderen met problemen in het bewegend functioneren, ouderen die het risico lopen tot deze risicogroep te gaan behoren en ouderen met een chronische of langdurige aandoening waarbij bewegen ingezet kan worden als interventie. Hij verzamelt en interpreteert gegevens zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van evidence based practice beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, curatieve en preventieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.
2. **Communiceren:** Om een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de geriatriciefysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen, met collega fysiotherapeuten en met andere bij de cliënt betrokken disciplines. De geriatriciefysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het geriatriciefysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie.
3. **Samenwerken:** De geriatriciefysiotherapeut werkt samen met collega's (geriatriciefysiotherapie, andere betrokken zorgverleners, leveranciers van hulpmiddelen, zorgverzekeraars en maatschappelijke- en overheidsinstanties en participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening
4. **Kennis delen en wetenschap beoefenen:** De geriatriciefysiotherapeut handelt volgens de principes van evidence-based practice, levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise van zichzelf en anderen, levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek en handelt daarbij volgens de daaraan gekoppelde wet- en regelgeving.
5. **Maatschappelijk handelen:** De geriatriciefysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
6. **Organiseren:** Om als geriatriciefysiotherapeut efficiënt en effectief te functioneren spant hij zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de geriatriciefysiotherapeut als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook in relatie met werkzaamheden van andere zorgverleners treedt hij als manager op. De geriatriciefysiotherapeut neemt besluiten met betrekking tot gebruik of inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en

prioriteiten en het maken van beleid. Hij organiseert het werk naar een balans tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en indien relevant, de zorgorganisatie waarin hij werkt.

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

3.2.3 Geriatriefysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving

De geriatriefysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundige hulp aan kwetsbare ouderen met een probleem in het bewegen of andere gezondheidsproblemen die door middel van bewegen voorkomen, teruggedrongen of beperkt kunnen worden. De competentie 'fysiotherapeutisch handelen' vormt het centrale competentiegebied dat gebruik maakt van alle overige competenties. Geriatriefysiotherapeutisch handelen in engere zin is gericht op vakdeskundige expertise.

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

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

Tabel 3.1 Geriatriefysiotherapeutisch handelen

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

3.3 Body of Knowledge and Skills

De body of Knowledge and Skills voor de geriatriefysiotherapeut is een surplus (EQF 7) boven de kennisdomeinen zoals beschreven in het Nationaal Transcript Fysiotherapie (2008), wat is beschreven op EQF 6. Voor het bepalen van de juiste interventie bij de cliënt, op het juiste moment juist toegepast, is diepgaande kennis van de kerngebieden functionele anatomie, de biomechanica, de (neuro)fysiologie, de bewegingsturing theorieën, de pathologie, de psychologie, maar ook van gezondheidskunde en gezondheidseconomie, onontbeerlijk. Ook dient de geriatriefysiotherapeut te beschikken over specifieke communicatie en samenwerkingsvaardigheden en attitude. Zie Tabel 3.2 en 3.3 Body of Knowledge en Body of Skills.

Tabel 3.2 Body of knowledge

Kennisdomein	Verdiepende kennis
<u>Anatomie</u>	Normale en afwijkende beloop van lichamelijke achteruitgang
<u>Fysiologie</u>	Motorische kenmerken van geriatrische ziektebeelden
* <u>Specificatie: motoriek</u>	Cognitieve stoornissen, gedragsstoornissen, psychiatrische stoornissen en benaderingswijzen
* <u>Specificatie: mentaal / cognitief</u>	Hersengebieden en functies
* <u>Specificatie: neurofysiologie</u>	Trainingsleer; voldoende intensieve trainingsprikkel bij geriatrische populatie.
* <u>Specificatie: inspanningsfysiologie</u>	
<u>Biomechanica</u>	Mobiliteit Spierkracht (ook bij afwijkende biomechanica zoals bij amputaties, contracturen en deformiteiten)
<u>Psychologie</u>	Omgaan met verliezen (verliezen van partner / familieleden, kwijtraken van regie over het eigen leven ed) Gedragsproblemen
<u>Pathologie</u>	Cognitieve stoornissen, gedragsstoornissen en psychiatrische stoornissen
* <u>Specificatie: psychopathologie</u>	Stoornissen centraal en perifeer zenuwstelsel
* <u>Specificatie: neuropathologie</u>	Cardiovasculaire stoornissen
* <u>Specificatie: cardiovasculaire ziektebeelden</u>	Orthopedische operaties
* <u>Specificatie: orthopedie</u>	
<u>Ouderengeneeskunde</u>	Cardiovasculaire beelden Neurologische ziektebeelden Orthopedie, indicaties en normaal / afwijkend beloop Overige interne aandoeningen
<u>Co-morbiditeit</u>	Interferentie van verschillende ziektebeelden met elkaar
<u>Kwetsbaarheid</u>	Opeenstapeling van problemen in verschillende domeinen; lichamenlijk, sociaal en psychologisch
<u>Farmacologie</u>	Invloed (versterkend of maskerend) van geneesmiddelen op het bewegend functioneren. Invloed van geneesmiddelen op de effecten van de

	therapeutische interventies.
<u>Sociologie</u>	Invloed cultuur, diversiteit
<u>Communicatie</u>	Gesprekstechnieken bij de geriatrische cliënt en familieleden / mantelzorgers Communicatie binnen instellingen / multidisciplinaire centra Benaderingswijzen dementerenden
<u>Gezondheidskunde</u>	Gezonde leefstijl bevorderen
<u>Klinimetrie</u>	Kennis van meetinstrumenten en toepasbaarheid bij de verschillende ziektebeelden / stoornissen
<u>Epidemiologie</u>	
<u>Methodologie en wetenschappelijke oriëntatie</u>	Voorkomen en verspreiding van geriatrische ziektebeelden onder de bevolking
<u>Filosofie</u>	Basis onderzoeksoptzet kwantitatief en kwalitatief Statistiek Onderzoeksethiek Modellen en theorieën Past EBP op Master niveau toe
<u>Ethiek</u>	Kunnen omgaan met gedeelde verantwoordelijkheid van de geriatrische cliënt en de betrokken partijen tijdens diagnostiek en interventies. Kunnen omgaan met ethische dilemma's zoals het stoppen van therapie die door cliënt als belangrijk wordt ervaren maar niet effectief (meer) is. Of andersom het accepteren van het niet meer willen doorgaan met therapie ondanks dat dit toch effectief zou kunnen zijn
<u>Wetgeving</u>	Wetten van toepassing op de behandeling van de geriatrische cliënt
<u>Organisatiekunde</u>	Praktijk- instellings- en beroepsverenigingsniveau en in het bredere maatschappelijke niveau (op micro-meso en macro niveau)
<u>Bedrijfskunde</u>	Praktijk- instellings- en beroepsverenigingsniveau

Tabel 3.2 Body of skills

Competentie gebied	SKILLS
<u>Geriatricfysiotherapeutisch handelen</u>	<p>Vaardig in:</p> <ul style="list-style-type: none"> * DTF en screening * Uitvoeren en interpreteren van diagnostiek en diagnostische gegevens * Uitvoeren en interpreteren van klinimetrie * Uitvoeren van inspanningstesten * Afnemen van vragenlijsten * Omgaan met kwetsbare ouderen * Klinisch redeneren en inzicht hebben in de interferentie van verschillende ziektebeelden met elkaar * Prioritering in de verschillende behandeldoelen kunnen aanbrengen * Behandelen van geriatrische ziektebeelden * Methodisch handelen * Afsluiten geriatricfysiotherapeutisch handelen
<u>Communiceren</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Communiceren met verwijzers * Communiceren in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden * Communiceren met familieleden en mantelzorgers * Mondelinge en schriftelijke verslaglegging * Kiezen van de juiste benaderingswijze bij cliënt en zijn belevingswereld * Herkent effecten van eigen verbale en non-verbale gedragsuitingen
<u>Kennis delen en wetenschap beoefenen</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Data verzamelen * Data analyseren * Interpreteren van wetenschappelijke gegevens die mogelijk niet geheel aansluiten bij geriatrische cliënt uit de eigen praktijk (door aanwezigheid van co-morbiditeit t.o.v. enkelvoudige problematiek in de literatuur) * Publiceren * Innovatie / implementatieplan opstellen * Ontwikkelen protocollen en richtlijnen

Maatschappelijk handelen,
organiseren, samenwerken en
professioneel handelen

Context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid als beschreven in EQF niveau 7, bepalen op welke wijze de basiskennis en vaardigheden van deze competentiegebieden worden ingezet.

Referenties

1. *Constitution of the World Health Organization*. American journal of public health and the nation's health, 1946. **36**(11): p. 1315-23.
2. Huber, M., et al., *How should we define health?* BMJ BMJ, 2011. **343**(7817).
3. Mulder, T., De geboren aanpasser. Ideeën over beweging, bewegings- stoornissen en herstel. PSYCHOLOOG -AMSTERDAM-, 1996. **31**(12): p. 458-462.
4. Greef, M.d., Het belang van bewegen voor onze gezondheid 2009.
5. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks, ed. C. Mathers, et al.2009, Geneva, Switzerland :: World Health Organization.
6. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, 2010, KNMG.
7. Campen, C.v. and J. Ross, *Kwetsbare ouderen*.2011, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
8. Herwaarde van, H. and N. Leven van 't, *Paramedische zorgverlening aan ouderen*2008, Den Haag: LEMMA.
9. Gobbens, R.J., et al., *Frail elderly. Identification of a population at risk*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007. **38**(2): p. 65-76.
10. Gobbens, R.J.J., et al., *Fragiele ouderen: de identificatie van een risicovolle populatie*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007. **38**(2): p. 59-68.
11. Gobbens, R.J., et al., *Determinants of frailty*. Journal of the American Medical Directors Association, 2010. **11**(5): p. 356-64.
12. Rothman, M.D., L. Leo-Summers, and T.M. Gill, *Prognostic significance of potential frailty criteria*. Journal of the American Geriatrics Society, 2008. **56**(12): p. 2211-116.
13. Gobbens, R., et al., *Wetenschappelijke definities en metingen van kwetsbaarheid*, in *Kwetsbare ouderen*2011, Sociaal en Cultureel Planbureau. p. 39 - 48.
14. Jansen, P.A.F., *Het Geriatrie formularium : een praktische leidraad*2007, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
15. Bovendeur, I., Wat is publieke gezondheidszorg?, in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*2009, RIVM: Bilthoven.
16. Wieren, S.v., Publieke gezondheidszorg samengevat, in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*2009, RIVM: Bilthoven.
17. ETC Tangram, P.L., Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit, 2008: Leusden.
18. Verenso, s.i.o., *Behandelkaders Geriatrie Revalidatie*, 2010: Utrecht.
19. Mastenbroek, C., *Van preventie verzekerd verder*. TSG, 2007. **85**(8): p. 412-413.
20. *Het Prevent-model voor Persoonlijke Preventie*. Available from: <http://www.preventweb.nl>.
21. Chodzko-Zajko, W.J., et al., *American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults*. Medicine and science in sports and exercise, 2009. **41**(7): p. 1510-30.

22. Gezondheidsraad, *Jaarverslag 2009*. A10/01 ed2009, Den Haag: Gezondheidsraad.
23. Zantinge, E.M., et al., *Gezond ouder worden in Nederland*, 2011.
24. Boot, J.M., *Organisatie van de gezondheidszorg*2010, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
25. Spreeuwenberg, C. and D.M.M. Elfahmi, *Transmurale zorg: redesign van het zorgproces : achtergrondstudie*1998, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
26. Fried, L.P., et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001. **56**(3): p. M146-56.
27. Kirkwood, T.B., *Understanding the odd science of aging*. Cell, 2005. **120**(4): p. 437-47.
28. Rockwood, K. and A. Mitnitski, *Frailty in relation to the accumulation of deficits*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2007. **62**(7): p. 722-7.
29. Chodzko-Zajko, W.J., et al., American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc, 2009. **41**(7): p. 1510-30.
30. Gremeaux, V., et al., *Exercise and longevity*. Maturitas, 2012. **73**(4): p. 312-7.
31. Kujala, U.M., Evidence on the effects of exercise therapy in the treatment of chronic disease. Br J Sports Med, 2009. **43**(8): p. 550-5.
32. Liu, C.J. and N.K. Latham, Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. Cochrane Database Syst Rev, 2009(3): p. CD002759.
33. Weening-Dijksterhuis, E., et al., Frail institutionalized older persons: A comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life. Am J Phys Med Rehabil, 2012. **90**(2): p. 156-68.
34. Littbrand, H., et al., The effect of a high-intensity functional exercise program on activities of daily living: a randomized controlled trial in residential care facilities. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(10): p. 1741-9.
35. Ashworth, N.L., et al., *Home versus center based physical activity programs in older adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2005(1): p. CD004017.
36. Jensen, G.M., J. Gwyer, and K.F. Shepard, *Expert practice in physical therapy*. Phys Ther, 2000. **80**(1): p. 28-43; discussion 44-52.
37. Engelbert R, W.H.r., *Klinisch redeneren volgens de HOAC II*2010, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
38. Shaw, J.A. and R.T. DeForge, *Physiotherapy as bricolage: theorizing expert practice*. Physiother Theory Pract, 2012. **28**(6): p. 420-7.
39. Heerkens, Y.F. and C.D.v. Ravensberg, Toepassingsmogelijkheden van de multiprofessionele International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in de paramedische zorg2007, Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut (NPI).
40. Classifications, N.W.C.C.f.t.F.o.l., ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health : compilatie2002: Bohn Stafleu Van Loghum.
41. Haynes, R.B., P.J. Devereaux, and G.H. Guyatt, *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. Vox sanguinis, 2002. **83** Suppl 1: p. 383-6.

42. Haynes, R.B., What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC health services research*, 2002. **2**: p. 3.
43. Gevers, S., *Dementia and the law*. *European journal of health law*, 2006. **13**(3): p. 209-17.
44. Wrigley, A., *Proxy consent: moral authority misconceived*. *Journal of medical ethics*, 2007. **33**(9): p. 527-31.
45. Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen, in versie Fysiotherapie.
46. Heerkens, Y.F. and F. Nederlands Genootschap voor, *Fysiotherapeutische verslaglegging : praktijkrichtlijn2007*, Amersfoort: KNGF.
47. Geest, L.v.d., *Blijvende zorg : economische aspecten van langdurige ouderenzorg2005*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
48. Peeters, J.M. and A.L. Francke, Verpleging en verzorging: Hoe groot zijn de vraag en het gebruik en nemen ze toe of af?, in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid2006*, RIVM: Bilthoven.
49. Horst, A.v.d., F.v. Erp, and J.d. Jong, Trends in gezondheid en zorg, Zorg blijft groeien. Financiering onder druk., in *Policy Brief*, CPB, Editor 2011.
50. Staat van de gezondheidszorg, in *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen.*, Inspectie voor de Gezondheidszorg: Utrecht.
51. van den Burgt, R. and J. Wiersinga, *Moderne ouderenzorg: revalidatie met behulp van computerspellen*. *Fysiotherapie en ouderenzorg*, 2009. **23**(3): p. 43-50.
52. Kroodsma, R., *Gebruik van de Nintendo Wii bij Parkinsonpatiënten en ouderen: een literatuuroverzicht en marktonderzoek*. *Fysiotherapie en ouderenzorg*, 2012.
53. Meeteren, N.L.U.v., et al., *De Utrechts opleidingskolom Fysiotherapie*. *Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management*, 2006. **13**(2): p. 12-17.

Deel 2 Competentieprofiel geriatriefysiotherapeut

De geriatriefysiotherapeut is opgeleid en functioneert op Masterniveau EQF 7. Bij alle competenties geldt dat de geriatriefysiotherapeut alle algemene competenties als beschreven in het Beroepsprofiel Fysiotherapeut, uitvoert in de context van de specifieke situatie van kwetsbare oudere en de complexiteit van het gezondheidsprobleem. Hij maakt hierbij gebruik van bijzonder gespecialiseerde kennis uit het domein geriatriefysiotherapie, met een kritisch bewustzijn van kennisproblemen op het domein geriatriefysiotherapie en op het raakvlak van verschillende specialismen.

1	Geriatriciefysiotherapeutisch handelen
	De geriatriefysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met problemen in het bewegend functioneren of zet bewegen in als interventie bij andere gezondheidsproblematiek. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van Evidence Based Practice beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.
1.1	Screening De geriatriefysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de (geriatrie-)fysiotherapie valt.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het screenen uit; ○ inventariseert met goedkeuring van de cliënt vanuit verschillende bronnen (gegevens arts en/of andere zorgprofessionals, ziekenhuisgegevens, verwijzing) de medische voorgeschiedenis van de cliënt. ○ vraagt het gezondheidsprobleem uit bij de cliënt en/of het cliëntensysteem, evenals diens verwachtingen over de oplossing; ○ past de werkwijze van het afnemen van de anamnese toe (inventariseren van de aard, de lokalisatie, het beloop, de intensiteit en de samenhang van symptomen en tekens); ○ voert zo nodig lichamelijk onderzoek uit en gebruikt relevante meetinstrumenten; ○ past bij het analyseren van het gezondheidsprobleem van de cliënt patroonherkenning toe; ○ herkent interfererende pathologieën en medicatie (comorbiditeit en bijwerkingen) ○ Herkent geriatrie-specifieke en omgevings-specifieke rode en gele vlaggen en handelt hiernaar; ○ beoordeelt, op basis van kennis uit het geriatriefysiotherapeutisch domein, of hij bekwaam en/of bevoegd is om een besluit te nemen over de indicatiestelling/ contra-indicatiestelling voor geriatriefysiotherapeutisch hulpverleners; ○ neemt, op basis van kennis uit het geriatriefysiotherapeutisch domein, een besluit over indicatiestelling/ contra-indicatiestelling voor (geriatrie-)fysiotherapeutisch hulpverleners; ○ Beoordeelt bij welk (fysiotherapeutisch) specialisme de cliënt het best terecht kan voor de behandeling van zijn gezondheidsprobleem. ○ registreert en documenteert het besluit over de indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor geriatriefysiotherapeutisch hulpverleners volgens de geldende richtlijn(en) en geldende wet- en regelgeving; ○ deelt de cliënt en/of het cliëntensysteem het besluit ter overweging mee, benoemt de argumenten die tot dit besluit hebben geleid, beantwoordt eventuele vragen hierover en adviseert de cliënt en/of het cliëntensysteem wat betreft het vervolg; ○ informeert de cliënt en/of het cliëntensysteem over eventuele rapportage aan de huisarts ○ doet zo nodig schriftelijk verslag aan de huisarts van de cliënt.
1.2	Geriatriciefysiotherapeutische diagnostiek De geriatriefysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem in het bewegend functioneren en andere gezondheidsproblematiek en relateert dit probleem aan de hulpvraag van de cliënt en/of het cliëntensysteem.
	De geriatriefysiotherapeut:

- legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het geriatriefysiotherapeutisch diagnostische proces uit;
- inventariseert het gezondheidsprobleem, de bewegingomgeving en de sociaal-culturele leefwereld van de cliënt in relatie tot diens bewegen;
- identificeert belemmerende en faciliterende factoren voor gezond gedrag/ gedragsverandering
- Is zich bewust van de mogelijke cognitieve beperkingen in instrueerbaarheid en leerbaarheid en weet hierbij de juiste strategie toe te passen;
- beschrijft het gezondheidsprobleem van de cliënt binnen het construct van de ICF;
- analyseert het gezondheidsprobleem van de cliënt en legt logische verbanden tussen de dimensies van de ICF (klinisch redeneren) volgens de principes van EBP;
- Inventariseert relevante informatie over persoonlijke factoren zoals leefstijl (en motorische vaardigheden en beweggedrag nu en in het verleden), coping, compensatie strategieën en externe factoren zoals woonsituatie, mantelzorg en draagkracht/last mantelzorg, participatie, hobby's enz.
- Beoordeelt de samenhang tussen bovengenoemde factoren en weegt dit mee in de diagnostiek.
- schetst het risicoprofiel op de korte en lange termijn in relatie tot de gevonden gezondheidsproblematiek
- zet klinische onzekerheid met betrekking tot de geriatriefysiotherapeutische diagnostiek om in beantwoordbare vraagstellingen naar algemeen geaccepteerde kennis en kennis die nog in ontwikkeling is, zoekt met een bewust gekozen strategie, interpreteert de antwoorden en past de resultaten van de zoekstrategie toe;
- kiest en legitimeert de keuze van, veelal zeer specifieke geriatriefysiotherapeutische of van aanpalende terreinen (zoals bv cognitie, diëtetiek en sociaal) beschikbare, meetinstrumenten en combinaties van meetinstrumenten voor het inventariseren en het analyseren van het (potentiële) gezondheidsprobleem van de cliënt;
- voert metingen uit in het kader van het inventariseren en analyseren van het gezondheidsprobleem van de cliënt en interpreteert de uitkomsten van vragenlijsten, anamnese en lichamelijk onderzoek in relatie tot het gezondheidsprobleem van de cliënt;
- formuleert, legitimeert, fundeert en prioriteert de geriatriefysiotherapeutische diagnose voor het gezondheidsprobleem van de cliënt en bespreekt met de cliënt en/of het cliëntstelsel de geformuleerde geriatriefysiotherapeutische diagnose;
- maakt een inschatting van het verwachte beloop van de/het gezondheidsproble(e)m(en) en de (interfererende) factoren die daarop van invloed zijn;
- hanteert de voor het gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn(en)
- past bijzonder gespecialiseerde kennis toe uit het domein van de geriatriefysiotherapeut om af te kunnen wijken van richtlijnen of richtlijnen te combineren
- registreert en documenteert het geriatriefysiotherapeutisch diagnostische proces volgens de daarvoor geldende richtlijn en volgens geldende wet- en regelgeving.
- Beoordeelt bij welk (fysiotherapeutisch) specialisme de cliënt het best terecht kan voor de behandeling van zijn gezondheidsprobleem.

1.3	Geriatriefysiotherapeutisch behandelen De geriatriefysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt en/of het cliëntstelsel opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met de cliënt en/of het cliëntstelsel geïndiceerde behandeling uit.
	<p>De geriatriefysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ stelt in overleg met de cliënt en/of het cliëntstelsel een behandelplan op volgens de principes van EBP en bespreekt dit met de cliënt en/of het cliëntstelsel; ○ stimuleert zelfmanagement, patiënt empowerment en participatie ○ formuleert een behandelplan met daarin een SMART-geformuleerde⁵ einddoelstelling en SMART-geformuleerde subdoelstellingen, alsook de aard, de combinatie, de sequentie en de frequentie van de geplande geriatriefysiotherapeutische verrichtingen en legt dit aan de cliënt en/of het cliëntstelsel voor. ○ hanteert de voor het gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn(en) en legitimeert een eventueel afwijken of combineren van deze richtlijn(en); ○ past bijzonder gespecialiseerde kennis toe uit het domein van de geriatriefysiotherapeut om tijdig af te kunnen wijken van richtlijnen of richtlijnen te combineren ○ past algemeen geldende trainingsprincipes toe om onderbehandeling te voorkomen ○ past bijzonder gespecialiseerde kennis toe uit het domein van de geriatriefysiotherapeut om te balanceren tussen onderbehandeling en overtraining ○ draagt zorg voor het verduurzamen van het behandelresultaat, of dit nu het bestendigen van een gewenste motorische vaardigheid, zelfmanagement, participatie of het bestendigen van gezondheidsgedrag/leefstijl is; ○ registreert en documenteert het geriatriefysiotherapeutische behandelplan volgens de daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving; ○ voert het behandelplan uit volgens de principes van EBP en maakt zo nodig veilig en zorgvuldig gebruik van technische hulpmiddelen; ○ meet, evalueert, analyseert en registreert de verrichtingen en het beloop van het behandelproces aan de hand van de effecten van de behandeling met behulp van meetinstrumenten en past indien nodig het behandelplan aan; ○ prioriteert behandeldoelen in de complexiteit van aandoeningen en uitingsvormen; ○ bespreekt het beloop van het behandelproces met de cliënt en/of het cliëntstelsel; ○ doet verslag aan derden over het beloop van het geriatriefysiotherapeutisch behandelen volgens daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving; ○ ondersteunt de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten, daar waar mogelijk, met behulp van technologische innovaties; ○ adviseert (indien nodig) het cliëntstelsel hoe ze de cliënt in het therapeutisch proces kunnen ondersteunen. ○ verwijst indien nodig naar anderen buiten het fysiotherapeutisch domein indien er behoefte is aan andere behandeling dan fysiotherapie
1.4	Afsluiten van het geriatriefysiotherapeutisch behandelen De geriatriefysiotherapeut sluit in samenspraak met de cliënt en/of het cliëntstelsel de behandeling af.
	De geriatriefysiotherapeut:

⁵ SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ evalueert samen met de cliënt en/of het cliëntsysteem de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures.○ doet verslag over de resultaten van het geriatriefysiotherapeutisch behandelen aan de verwijzer en andere betrokken professionals.○ Bespreekt behandelresultaten in het inter/multiprofessioneel overleg. |
|---|

2	Communiceren
	Om een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de geriatriefysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en/of het cliëntstelsel. De geriatriefysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het geriatriefysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie. De geriatriefysiotherapeut houdt hierbij rekening met de culturele achtergrond van de cliënt.
2.1	De geriatriefysiotherapeut bouwt een effectieve behandelrelatie met de cliënt op.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ heeft kennis over en is in staat om zich in te leven in de belevingswereld van de geriatrische cliënt. ○ Heeft kennis van de specifieke communicatieve beperkingen van cliënten met cognitieve problematiek. ○ Is in staat om zijn communicatie, verbaal en nonverbaal, aan te passen aan de belevingswereld van de geriatrische cliënt ○ heeft gedurende het hele hulpverleningsproces een verstandhouding met de cliënt die gekenmerkt wordt door respect, empathie, ontvankelijkheid, vertrouwelijkheid en gevoel van veiligheid; ○ De geriatriefysiotherapeut geeft vertrouwen in het eigen kunnen van de geriatrische cliënt door middel van verbale en nonverbale communicatie. ○ inventariseert wensen en behoeften van de cliënt en betreft hierbij nadrukkelijk, daar waar mogelijk, zijn naasten, cq mantelzorgers in relatie tot de oplossing van het probleem; ○ informeert, stimuleert, corrigeert en toont grensstellend gedrag met inachtneming van de culturele diversiteit, zonder dat dit afbreuk doet aan de professionele relatie tussen de therapeut - cliënt ○ stimuleert de verantwoordelijkheid van de cliënt voor de oplossing van het probleem in een goede afweging van de draagkracht van de cliënt. ○
2.2	De geriatriefysiotherapeut luistert en verkrijgt doelmatig en doeltreffend cliëntinformatie en respecteert hierbij de privacy.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ Is in staat adequaat te communiceren met cliënten die beperkt zijn in hun communicatieve vaardigheden ten gevolge van gezondheidsproblemen. ○ is in staat om non-verbale signalen van de cliënt te herkennen, te interpreteren en indien nodig te bespreken ○ is zich bewust van mogelijk beperkingen in de communicatie van een cliënt met afasie, dementie en andere problematiek die de communicatie kan beïnvloeden ○ kiest en legitimeert de keuze voor gesprekstechnieken en voert deze uit met de cliënt en/of het cliëntstelsel; ○ kiest en legitimeert de keuze voor een vorm van communicatie met de cliënt en/of het cliëntstelsel. ○ kan omgaan met alternatieve communicatietechnieken. ○
2.3	De geriatriefysiotherapeut bespreekt de informatie over doelen en behandeling met cliënt en/of het cliëntstelsel .
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ voert, indien nodig, op methodische wijze ook gesprekken met het cliëntstelsel, afgestemd op de taalvaardigheid en de belevingswereld van de gesprekspartner; ○ begeleidt de cliënt en/of het cliëntstelsel in de vaststelling van de doelen en de behandelkeuze; ○ komt een behandelovereenkomst (informed consent) overeen met cliënt en/of het cliëntstelsel ○
2.4	De geriatriefysiotherapeut doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over de cliënt
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ verzorgt de verslaglegging volgens geldende wet- en regelgeving voor medebehandelaars, zorgverzekeraar en andere betrokkenen; ○ draagt, indien van toepassing, zorg voor schriftelijke verslaglegging aan de verwijzer;

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ doet verslag aan anderen binnen en buiten fysiotherapie indien de cliënt hiertoe toestemming heeft gegeven.;○ verzorgt op geëigende wijze de verslaglegging over de voortgang en resultaten van de behandeling aan andere betrokken behandelaars.○ |
|--|--|

3	Samenwerken
	De geriatriefysiotherapeut werkt samen met betrokken professionals, leveranciers van hulpmiddelen, zorgverzekeraars, maatschappelijke en overheidsinstanties, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt gebruik van beschikbare expertises om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.
3.1	De geriatriefysiotherapeut werkt samen met binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ onderhoudt relaties met andere professionals (o.a. geriaters, specialisten ouderengeneeskunde, logopedisten, ergotherapeuten enz. En in sociaal maatschappelijk dienstverlening, GGD, GGZ), collega (geriatrie)fysiotherapeuten en leveranciers van hulpmiddelen ○ neemt op effectieve en doelmatige wijze deel aan cliëntbesprekingen; ○ betreft andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers doeltreffend en doelmatig bij het hulpverleningsproces; ○ werkt op effectieve en doelmatige wijze in teamverband samen en is zich hierbij bewust van de gevolgen van eigen handelen voor andere betrokken hulpverleners; ○ verwijst doeltreffend en doelmatig naar anderen indien de diagnose dan wel de behandeling daarom vraagt; ○ stuurt collega geriatriefysiotherapeuten (i.o.) aan ○ betreft de argumenten van andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers bij zijn afwegingen en neemt op doeltreffende en doelmatige wijze beredeneerde beslissingen; ○ corrigeert zichzelf en anderen op de geëigende wijze binnen de geldende wet- en regelgeving. ○
3.2	De geriatriefysiotherapeut verricht intercollegiale consulten.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ zet zijn expertise in om collega's te adviseren; ○ realiseert zich mogelijke belangenverstremming ○ van verschillende partijen, weegt belangen van de betrokken partijen af en handelt daarnaar volgens de geldende wet- en regelgeving. ○
3.3	De geriatriefysiotherapeut werkt samen met zorgverzekeraars.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ verwoordt en vertegenwoordigt het domein van de geriatriefysiotherapie ○ werkt doelmatig en effectief samen en respecteert competenties en bevoegdheden van anderen ○ betreft de argumenten van zorgverzekeraars in het hulpverleningsproces, weegt deze argumenten en neemt op doelmatige en effectieve wijze beredeneerde beslissingen; ○ verzamelt voor het hulpverleningsproces benodigde informatie bij zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; ○ rapporteert zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; ○ declareert bij zorgverzekeraars of bij de cliënt op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving; ○ wisselt van gedachte en discussieert met zorgverzekeraars over de kwaliteit van geriatriefysiotherapeutische hulpverlening en over aspecten van samenwerking. ○
3.4	De geriatriefysiotherapeut werkt samen met maatschappelijke, overheidsinstanties en/of beroepsverenigingen.
	De geriatriefysiotherapeut:

	<ul style="list-style-type: none">○ onderhoudt effectieve relaties met voor het hulpverleningsproces benodigde maatschappelijke instanties (waaronder cliëntbelangenverenigingen) en overheidsinstanties;○ wisselt van gedachte en discussieert met maatschappelijke instanties (waaronder cliëntbelangenverenigingen), overheidsinstanties en beroepsverenigingen over rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpverlening;○ werkt samen met instanties ten behoeve van innovatieve processen binnen het vakgebied en de overige gezondheidszorg.○ kent de afwijkende wet- en regelgeving rondom wilsonbekwaamheid van cliënten○ gaat samenwerking aan met partners in en buiten de zorg om nieuwe mogelijkheden op de markt op het gebied van bewegen te vinden.○
--	---

4	Kennis delen en wetenschap beoefenen
	De specialistische fysiotherapeut levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise en gespecialiseerde kennis (body of knowledge) en aan wetenschappelijk onderzoek en kent de regels van Good Clinical Practice. De specialistische fysiotherapeut draagt bij aan de innovatie om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis te verspreiden. De competenties in dit gebied zijn geheel op EQF niveau 7 geschreven
4.1	De geriatriefysiotherapeut bevordert de kennis van de cliënt en/of het cliëntsysteem, collegae en andere betrokken professionals.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o ontwerpt strategieën ter bevordering van kennis; o verzamelt, selecteert en ontwerpt voorlichtings- en instructiemateriaal; o houdt voordrachten voor cliënten, vakgenoten en/of anderen; o publiceert voor cliënten, vakgenoten en anderen; o levert bijdragen aan vakinhoudelijke congressen. o begeleidt stagiaires; o voert leergesprekken; o draagt verantwoordelijkheid voor het aansturen van de professionele ontwikkeling van anderen o geeft collega's en studenten feedback op hun handelen en professioneel gedrag o verzorgt kennisoverdracht over een specialistisch onderwerp o publiceert in (wetenschappelijke) vaktijdschriften of vakgerelateerde websites o levert bijdragen aan vakinhoudelijke congressen o functioneert als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek
4.2	De geriatriefysiotherapeut draagt bij aan en/of initieert wetenschappelijk onderzoek.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en brengt deze onder de aandacht van de wetenschap; o levert in de beroepspraktijk en in het kennisdomein een bijdrage aan de (wetenschappelijke) oplossing van complexe problemen door gegevens te identificeren en te gebruiken o levert kritisch commentaar aan onderzoeksvoorstellen o levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek met gebruikmaking van methodologische kennis en vaardigheden en specialistische kennis van het werk- of studiegebied o verzamelt op systematische wijze relevante klinische resultaten ten behoeve van bijvoorbeeld case reports o kan praktijkproblemen vertalen in termen van wetenschappelijke onderzoeksvragen; o participeert onder begeleiding in wetenschappelijk onderzoek; o verzamelt data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving; o levert data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving; o draagt bij aan innovatieprojecten.
4.3	De geriatriefysiotherapeut past wetenschappelijke informatie kritisch toe.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o maakt gebruik van nieuwe kennis uit wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het ontwikkelen van protocollen o beoordeelt de toegepaste methode in wetenschappelijk onderzoek kritisch o bepaalt de waarde van resultaten en conclusies uit onderzoek voor de eigen klinisch relevantie o vertaalt resultaten en conclusies naar de eigen klinische setting

	<ul style="list-style-type: none"> ○ verzamelt gegevens uit (internationale) wetenschappelijk literatuur ○ interpreteert en combineert, de vaak op 1 ziektebeeld gerichte, gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur; ○ interpreteert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur ○ combineert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur om tot een geschikte toepassing te kunnen komen bij cliënten met co-morbiditeiten; ○ past gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur toe in het fysiotherapeutisch hulpverleningsproces volgens principes van EBP ○ hanteert richtlijnen op kritische wijze ○
4.4	De fysiotherapeut vervult een voortrekkersrol in de innovatie en ontwikkeling van het beroep en het fysiotherapeutische handelen
	<p>De geriatriefysiotherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ontwerpt strategieën ter implementatie van nieuwe kennis ○ initieert innovatieprojecten ○ betreft belangrijke stakeholders bij de implementatie ○ stelt een implementatieplan op en voert deze uit ○ stelt protocollen op op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten ○ heeft een actieve bijdrage aan de profilering en ontwikkeling van het beroep en opleiding ○ heeft een actieve bijdrage aan de ontwikkeling van de beroepsvereniging
4.5	De geriatriefysiotherapeut ontwikkelt en voert een persoonlijk ontwikkelplan uit.
	<p>De geriatriefysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ draagt verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling ○ geeft vrijwel autonoom sturing aan de eigen professionele ontwikkeling ○ reflecteert en evalueert aan de hand van eigen verwachtingen kritisch op het eigen handelen binnen het geriatriefysiotherapeutische hulpverleningsproces; ○ vraagt aan anderen om feedback op het eigen reflectieproces; ○ stelt kritische vragen over zijn professioneel handelen, gerelateerd aan door anderen eerder uitgesproken verwachtingen; ○ stelt persoonlijke leerdoelen en kiest geschikte leerstrategieën. ○

5	Maatschappelijk handelen
	De geriatriefysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
5.1	De geriatriefysiotherapeut herkent determinanten van ziekte en gezondheid.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ herkent en interpreteert factoren die de gezondheid van cliënten beïnvloeden, in het bijzonder de factoren die leiden tot een toename van kwetsbaarheid in fysiek, psychisch en sociaal domein, en betreft deze in zijn geriatriefysiotherapeutisch handelen; ○ is alert op risico's op ziekte of aandoeningen bij cliënten die zich hiervan niet bewust zijn (case-finding) ○
5.2	De geriatriefysiotherapeut bevordert de gezondheid van cliënten alsmede de volksgezondheid.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ neemt deel aan het maatschappelijk debat over gezondheid, hulpbehoevendheid, gezondheidszorg en geriatriefysiotherapeutische hulpverlening vanuit meerdere perspectieven; ○ draagt zorg voor een goede toegankelijkheid van de zorg en heeft daarbij oog voor het kosteneffect; ○ draagt bij aan innovaties binnen de gezondheidszorg. ○
5.3	De geriatriefysiotherapeut handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ handelt met inachtneming van waarden en normen voortkomend uit beroepscode, het publieke domein en de geldende wet- en regelgeving; ○ handelt vanuit zijn juridische positie en vanuit de juridische positie van cliënten, waarin het beroepsgeheim ligt besloten. ○
5.4	De geriatriefysiotherapeut treedt op bij negatieve effecten van hulpverlening en incidenten in de gezondheidszorg.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ onderkent eigen fouten, corrigeert en voorkomt herhaling; ○ is alert, registreert en reageert adequaat op klachten; ○ informeert de cliënt over klachtprocedures en daarvoor geldende instanties; ○ is alert op, herkent en meldt incidenten, fouten en misstanden in de gezondheidszorg op de juiste wijze volgens het geldende wettelijke kader (Inspectie voor de gezondheidszorg); ○ is alert op en herkent aanwijzingen voor (ouderen)mishandeling en doet op de juiste wijze een melding volgens het geldende wettelijke kader. ○

6	Organiseren
	Om als geriatriefysiotherapeut doeltreffend en doelmatig te functioneren, spant hij zich in voor een goede organisatie. Als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook als die van anderen. Hij organiseert het werk zodanig dat er een balans is tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de organisatie.
6.1	De geriatriefysiotherapeut plant en organiseert zijn eigen werkzaamheden, in overleg met de collega's binnen dezelfde organisatie.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ plant, organiseert en regisseert zijn hulpverleningsproces in termen van: <ul style="list-style-type: none"> • aanwezigheid en beschikbaarheid; • uitvoerbaarheid en geschiktheid; • doeltreffendheid en doelmatigheid; • geheimhouding en vertrouwelijkheid; • kostenbeheersing; • legitimiteit en legaliteit; • bedrijfsvoering; ○ zet middelen en medewerkers op efficiënte en doelmatige wijze in ○ formuleert realistische verwachtingen voor zichzelf om te komen tot een evenwichtige levensstijl; ○ onderhoudt en verbetert zijn eigen deskundigheid. ○
6.2	De geriatriefysiotherapeut werkt doeltreffend en doelmatig samen in interprofessionele netwerken.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ plant, organiseert en regisseert zijn eigen werk binnen een interprofessioneel netwerk in termen van: <ul style="list-style-type: none"> • aanwezigheid en beschikbaarheid; • uitvoerbaarheid en geschiktheid; • effectiviteit en doelmatigheid; • geheimhouding en vertrouwelijkheid; • kostenbeheersing; • legitimiteit en legaliteit; • bedrijfsvoering en praktijkmanagement; ○ bewaakt en innoveert deskundigheid binnen het interprofessioneel netwerk ○ draagt met zijn ondernemerschap bij aan het opzetten en onderhouden van de interprofessionele netwerken ○
6.3	De geriatriefysiotherapeut werkt doeltreffend en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ neemt actief deel of geeft leiding aan een (multidisciplinair team en past daarbij organisatie- en managementprincipes doelgericht toe; ○ houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg; ○ past principes van efficiënt vergaderen toe; ○ draagt bij aan het kwaliteitsbeleid van de organisatie; ○ geeft gevraagd of ongevraagd advies aan het managementteam; ○ is actief betrokken bij het ontwikkelen van het inhoudelijke beleid. ○ draagt met zijn deskundigheid bij aan het toepassen van innovaties binnen een gezondheidsorganisatie en zorgt voor de implementatie en borging van de innovaties

7	Professioneel handelen
	De geriatriefysiotherapeut levert hoogstaande cliëntzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.
7.1	De geriatriefysiotherapeut toont zich in de relatie met de cliënt een professionele hulpverlener.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol; ○ handelt methodisch, expliciet en doelmatig; ○ registreert en verzorgt verslaglegging; ○ respecteert de grenzen van zijn beroepsdomein, ○ draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar. ○
7.2	De geriatriefysiotherapeut toont zich binnen interprofessionele relaties een professionele hulpverlener.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol; ○ handelt methodisch, expliciet en doelmatig; ○ registreert en verzorgt verslaglegging; ○ draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar. ○
7.3	De geriatriefysiotherapeut toont adequaat professioneel gedrag.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ toont morele gevoeligheid; ○ is betrokken bij het welzijn en de kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere hetgeen zich uit in een begripvolle en empathische houding naar de cliënt en/of de mantelzorgers en houdt daarbij rekening met culturele diversiteit ○ fundeert en legitimeert zijn morele afwegingen; ○ vraagt anderen om kritische toetsing van zijn morele afwegingen; ○ stelt zich bij het gepresenteerde gezondheidsprobleem de vraag wat hier 'goed doen' is en relateert zijn antwoord aan belangen van de cliënt, zijn eigen belangen, de belangen van bij de cliënt betrokken anderen en maatschappelijke belangen; ○ draagt en toont verantwoordelijkheid voor morele afwegingen. ○
7.4	De geriatriefysiotherapeut oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.
	De geriatriefysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ houdt zich aan de juridische, ethische en medische gedragsregels; ○ herkent ethische dilemma's; ○ herkent en reageert op onprofessioneel gedrag

Colofon Projectleden Beroepsprofielen KNGF en CSV

Opdrachtgevers

Bestuur NVFG in samenspraak met Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en College Specialisten Verenigingen (CSV)

Werkgroep geriatriefysiotherapie

Auteurs beroepsprofiel

Dr. J.S.M. Hobbelen, lector Hanzehogeschool Groningen, bestuurslid NVFG,

I.A.L. van de Kamp – Hofman MFT, geriatriefysiotherapeut, Fysiotherapie Heerlen - Burg. de Hesselplein / Medisch Centrum Aarveld, Heerlen.

R.A.T. Looijen MFT, geriatriefysiotherapeut, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

H. Risseeuw, geriatriefysiotherapeut, Florence – verpleeghuis Gulden Huis, Den Haag

M. van der Velde MFT, geriatriefysiotherapeut, Respect Zorggroep, Den Haag en docent master fysiotherapie in de geriatrie, Hogeschool Utrecht.

Drs. T.P.M.M. Vluggen, fysiotherapeut, verpleeghuis La Valance, Envida zorg'thuis Maastricht

Co-auteurs

W.T.F. Schoemans MSc, MA, fysiotherapeut, filosoof

Drs. C. Walg, Advisor prevention bij Syntein, Adviseur (publieke) gezondheid (zzp) bij Anders gezond

Redactie

Helma Erkelens

Klankbordgroep

Ina Bettman, Kathleen Daniels, Merdi van Essen, Lonke de Haas, Walter Hanssen, Remco Küh, Petra van der Valk, Betsy Weening, Jan Westerik

Projectleiding van alle BP's:

drs. J. Hoekstra, extern projectleider HO-Extra en drs. R. K. Vaartjes, coördinator project, KNGF

Stuurgroep beroepsprofiel

M.A.I. Lubbers, voorzitter CSV, voorzitter NVFG, dr. J. van der Net, voorzitter NVKF, drs. H. Kiers, bestuur KNGF, C.W.L. van den Bos, MSPT, voorzitter NVFB, dr. A.L. Pool- Goudzwaard, voorzitter NVMT en drs. A.L. Tissink, voorzitter VHVL