



de Fysiotherapeut

Vereniging voor Hart-, Vaat-, en Longfysiotherapie

Beroepsprofiel Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut

Maart 2017
KNGF - VHVL

Harm Gijsbers *eerste auteur*
Mariette Jansen *eerste auteur*
Thea Barendse
Jan Custers
Maurice Sillen
Ellen Toet

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	6
Deel 1 Beroepsprofiel	7
Hoofdstuk 1 Het domein Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie	8
1.1 Fundamentele uitgangspunten	8
1.1.1 Visie op gezondheid	8
1.1.2 Visie op bewegen	8
1.1.3 Visie op hulpverlening.....	9
1.2 Theoretische rationale	10
1.2.1 Wetenschappelijk fundament	10
1.2.2 Evidence-based practice	10
1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health	11
1.3 De HVL-fysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg	11
1.3.1 Werkdomein.....	11
1.3.2. Werkterrein.....	14
1.4 Werkwijze fysiotherapeutisch handelen.....	16
1.4.1 Methodisch handelen	16
1.4.2 Fasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen.....	16
1.5 Beroepsethiek	18
1.6 Wet- en regelgeving	19
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod	21
2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag.....	21
2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	22
2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	25
2.4 Technologische ontwikkelingen	27
2.5 Opleiding en deskundigheid van de HVL-fysiotherapeut	27
Hoofdstuk 3 De competente Hart-, Vaat-, en Longfysiotherapeut	29
3.1 Context en niveau	29
3.1.1 De HVL-fysiotherapeut EQF 7.....	29
3.2 Competentieprofiel van de HVL-fysiotherapeut	30
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel.....	30
3.2.2 De competentiegebieden van de HVL-fysiotherapeut.....	31
3.2.3 HVL-fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving	32
3.3 Body of Knowledge and Skills.....	32
Literatuurlijst	36
Deel 2 Competentieprofiel	40
Nawoord	50
Colofon beroepsprofiel Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut	51

Voorwoord

Met genoegen presenteer ik u het eerste beroepsprofiel (BP) Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut (HVL-fysiotherapeut). Hiermee wordt een intensief project met inhoudelijke discussies afgerond. Het document zal een belangrijke rol vervullen in het verstevigen en verhelderen van het domein dat de HVL-fysiotherapie als haar werkgebied ziet. Aanleiding voor het schrijven van dit profiel was de noodzaak tot actualisatie van het bestaande beroepsprofiel van de algemene fysiotherapie uit 2005, en de wens van de Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL) om een BP te schrijven voor de verbijzondering HVL-fysiotherapie.

In dit BP wordt geformuleerd wat de bijdrage van de HVL-fysiotherapeut is binnen het palet aan fysiotherapeutische behandelingen en wordt de afbakening tussen de HVL-fysiotherapie en andere in verenigingen georganiseerde vormen van fysiotherapeutisch handelen duidelijk gemaakt.

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

Omdat het beroepsprofiel van de algemene fysiotherapie de basis vormt voor de beroepsprofielen van de specialismen, is dit algemene profiel als eerste geschreven. Het KNGF en de beroepsinhoudelijke verenigingen hebben voor de ontwikkeling van de nieuwe beroepsprofielen gekozen voor het Canadese CanMEDS-model (Canadian Medical Education Directives for Specialists).

HVL-fysiotherapie richt zich op cliënten die een probleem in functioneren ervaren als gevolg van een hart-, vaat- en/of longaandoening (HVL-aandoening). De HVL-fysiotherapeut is in staat om hoog complexe zorg en/of specialistische zorg te bieden. Dit vraagt van de HVL-fysiotherapeut gespecialiseerde kennis, kunde, inzicht en specifieke competenties voor fysiotherapeutisch handelen. Het BP HVL-fysiotherapeut dat ik u aanbied richt zich vooral op de onderscheidende competenties. Het BP is door de werkgroep ontwikkeld. Er hebben drie klankbordrondes plaatsgevonden. De auteurs hebben in de tekst feedback van de leden van de projectgroep, de stuurgroep en de klankbordgroep verwerkt.

De werkgroep en de stuurgroep hebben hun bijdrage met veel betrokkenheid en inzet geleverd, waarvoor bijzonder hartelijk dank. In het colofon, opgenomen achter in dit BP, zijn de mensen genoemd die een bijdrage aan dit BP hebben geleverd. Ik wil ook de mensen uit de klankbordrondes die geen deel uitmaakten van de projectstructuur, van harte dankzeggen voor hun bijdrage. Het is met recht het beroepsprofiel voor de Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie geworden! Ik hoop en verwacht dan ook dat dit BP een belangrijke rol gaat spelen in het verder profileren en professionaliseren van de HVL-fysiotherapeut in de komende jaren.

Leendert Tissink, voorzitter VHVL

1 februari 2017

Inleiding

Waarom een beroepsprofiel?

Sinds 2008 zijn fysiotherapeuten uit de hart- en vaatrevalidatie (voorheen NVFH) samen met fysiotherapeuten uit de longrevalidatie verenigd in de Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL). Het is een doel van de VHVL dat de HVL-fysiotherapeut op masterniveau kan afstuderen. Hiertoe is het beroepsprofiel (BP) HVL-fysiotherapie een voorwaarde en biedt ondersteuning voor masteropleidingen om de benodigde competenties beschreven op niveau 7 van het European Qualifications Framework (EQF) aan te scherpen. Tot op heden was er nog geen beschrijving beschikbaar van de specifieke competenties van de HVL-fysiotherapeut in een BP.

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

Een maatschappelijk fenomeen als individualisering heeft invloed op de heersende opvattingen over de zorg. Wetenschappelijk onderzoek, vernieuwde wet- en regelgeving, zorginnovaties en gespecialiseerde zorg hebben invloed op de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten. Informatietechnologie is in de zorg niet meer weg te denken en heeft een groeiende invloed op de organisatie van de zorg. Hulpvraag, rol en positie van de betrokken partijen binnen de fysiotherapeutische zorg zijn drastisch veranderd en voortdurend in ontwikkeling. Kwaliteit van leven en de keuzes die mensen zelf daarin maken, staan meer dan vroeger centraal. Gezondheid wordt tegenwoordig anders gedefinieerd. De focus verschuift van aandacht voor ziekte en zorg naar aandacht voor gezondheid en gedrag (1). Deelname aan het maatschappelijk leven, de gewenste participatie, is de maat waaraan het succes van de behandeling wordt afgemeten. De aard van de zorg ontwikkelt zich van aanbod-naar vraaggericht, waarbij het belang van preventie steeds meer wordt onderkend.

De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden vertaald in evidence-based handelen, wat grote maatschappelijke en economische betekenis heeft. Dit vraagt om zorgprofessionals die niet alleen zorg kunnen verlenen, maar ook beschikken over andere competenties. Dit BP beschrijft voor het eerst de specifieke competenties van de HVL-fysiotherapeut en draagt daarmee bij aan de verdere professionalisering en profilering van de HVL-fysiotherapeut.

Hoe ziet het nieuwe beroepsprofiel eruit?

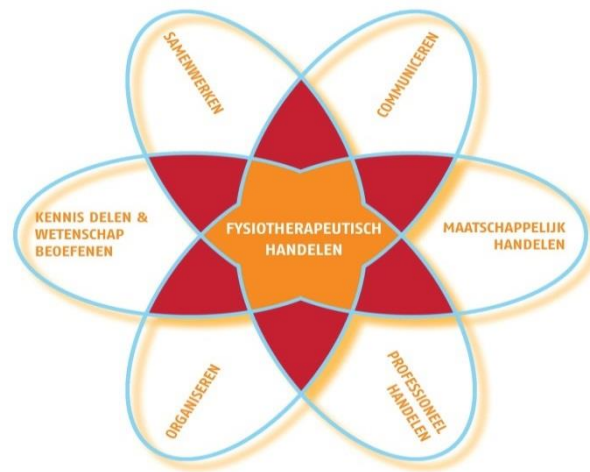
Het nieuwe BP heeft twee delen. Het eerste deel, dat uit drie hoofdstukken bestaat, beschrijft de rol en positie van de HVL-fysiotherapeut ten opzichte van de gezondheidszorg en de algemene fysiotherapeut. In hoofdstuk 1 wordt het domein van de HVL-fysiotherapeut beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg die van invloed zijn op de HVL-fysiotherapie. Deze ontwikkelingen beïnvloeden elkaar wederzijds en bepalen mede de ontwikkeling van de HVL-fysiotherapie en de HVL-fysiotherapeut. Hoofdstuk 3 vormt de overgang naar het tweede deel van het BP. Hierin wordt het competentieprofiel van de fysiotherapeut beschreven en de 'Body of Knowledge and Skills' (BOKS).

In het tweede deel zijn de competenties gedetailleerd beschreven op niveau 7 van het European Qualification Framework (EQF) (2). Het competentieprofiel is gebaseerd op het CanMEDS-model uit 2005, ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (3). De term CanMEDS is een acroniem voor Canadian Medical Education Directives for Specialists. In Nederland wordt het model onder meer gebruikt door medisch specialisten, huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen en het wordt beschouwd als de standaard waarmee competenties helder en systematisch gedefinieerd kunnen worden. Onder meer om deze reden hebben het College van Specialistenverenigingen en het KNGF voor dit model gekozen.

In dit BP wordt zowel voor de HVL-fysiotherapeut als voor de cliënt de 'hij'-vorm gehanteerd.

Deel 1 Beroepsprofiel

Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie en de Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut



Hoofdstuk 1 Het domein Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie

Cliënten wenden zich tot een HVL-fysiotherapeut vanwege een ervaren probleem in hun (dagelijks) functioneren als gevolg van een hart-, vaat- en/of longaandoening (HVL-aandoening). Deze mensen verschillen in leeftijd, levensfasen en leefomstandigheden, bepalende factoren voor de behoefte aan hulp. Bij wilsonbekwame volwassenen wordt het probleem in functioneren door mantelzorgers en verzorgers geformuleerd. De HVL-fysiotherapeut begeleidt de cliënt in een op participatie gerichte regie bij het herstel, bevorderen of behoud van het functioneren. Hierbij is het kenmerk van HVL-fysiotherapie dat zij in staat is hoog complexe en/of specialistische zorg te bieden. Het werken in een goed georganiseerde integrale, interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking is hierbij van belang, zowel trans-, intra- als extramuraal. De naaste omgeving van de cliënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling.

De HVL-fysiotherapeut biedt zorg bij problemen in het (dagelijks) functioneren. HVL-fysiotherapeuten komen via een proces van klinisch redeneren tot een specifieke fysiotherapeutische diagnose op basis waarvan therapeutische en/of preventieve interventies worden afgestemd en uitgevoerd. De HVL-fysiotherapeut onderbouwt het handelen mede op basis van kennis uit de cardiologie, de longgeneeskunde, de interne geneeskunde, de gezondheids- en bewegingswetenschappen, de inspanningsfysiologie en de trainingsleer. De HVL-fysiotherapie toetst zich voor wat betreft haar theoretische rationale, doelmatigheid en doeltreffendheid, veiligheid en ethiek aan de actuele heersende wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken. Voor een optimale samenwerking met andere gezondheidszorgprofessionals maakt het gebruik van de door de World Health Organization (WHO) ontwikkelde ICF: *International Classification of Functioning, Disability and Health* (4).

1.1 Fundamentele uitgangspunten

1.1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid is een abstract, meerduidelijk begrip, dat wordt gekleurd door opvattingen vanuit sociaal, cultureel en historisch perspectief. In dit BP wordt de omschrijving van Huber *et al.* gehanteerd, namelijk: *'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges'* (5). Hetgeen neerkomt op het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Huber *et al.* benadrukken dat regievoeren over het eigen leven cruciaal is voor het ervaren van gezondheid. Hiermee benaderen zij gezondheid als een dynamisch, persoonlijk en positief concept.

Zes dimensies geven het nieuwe concept 'positieve' gezondheid weer, namelijk: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (6). Deze dimensies representeren het biopsychosociaal denken. Een cliënt met een HVL-aandoening kan bijvoorbeeld beperkingen ervaren in lichaamsfuncties zoals kortademigheid, inspanningsintolerantie, vermoeidheid en fysiek functioneren en problemen in mentaal welbevinden, het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Indien de cliënt zich met een hulpvraag meldt, kan de HVL-fysiotherapeut zijn gezondheid met behulp van deze dimensies aanschouwelijk maken.

1.1.2 Visie op bewegen

'Bewegen' wordt gedefinieerd in de meest ruime zin van het woord. Het betreft het complexe, persoonlijke, intentionele doen en laten van een mens binnen zijn leefwereld, het is meer dan het verplaatsen van een lichaam of lichaamsdeel. Bewegen is een vorm van intentioneel gedrag en handelen. Daarbij zijn gezondheid en beweging gerelateerd. Mensen die voldoende bewegen zijn minder vaak ziek, hebben minder last van psychische klachten, blijven makkelijker op een gezond gewicht en hebben minder kans op hart- en vaatziekten, diabetes en verschillende vormen van kanker (7-9). Fysieke inactiviteit wordt steeds meer gezien als mogelijke voorspeller (10) van de ernst van de HVL-aandoening en is wellicht ook een oorzaak van het ontstaan van HVL-aandoeningen (11, 12). Veel HVL-clienten zijn fysiek inactief (8, 13, 14), met alle negatieve gevolgen voor het ziektebeloop en de kwaliteit van leven (15).

De HVL-fysiotherapeut zet bewegen in om de gezondheid, het gedrag en de kwaliteit van leven van een cliënt gunstig te beïnvloeden. Het in beweging brengen van cliënten met een HVL-aandoening richt zich op twee pijlers. De eerste pijler betreft het oefenen en sturen van activiteiten en het begeleiden naar een actievare leefstijl. Om een dergelijke gedragsverandering te bewerkstelligen is een integrale, multi- en/of interdisciplinaire benadering noodzakelijk. De tweede pijler is het oefenen en sturen van functies, bijvoorbeeld het uithoudingsvermogen. Voor fysieke training van een cliënt met een HVL-aandoening is expliciete kennis

noodzakelijk uit de cardiologie, longgeneeskunde, interne geneeskunde, revalidatiewetenschappen, inspanningsfysiologie en trainingsleer. Uit onderzoek is gebleken dat na hartrevalidatie het aantal ziekenhuisopnames verminderde en de kwaliteit van leven verbeterde (16).

1.1.3 Visie op hulpverlening

In de gezondheidszorg is een verschuiving gaande van aanbodgerichte en ziektegeoriënteerde zorgverlening naar een vraaggerichte zorgverlening die uitgaat van het functioneren van de cliënt, en zoveel mogelijk plaatsvindt in de leefomgeving van de cliënt. Maatschappelijke participatie veerkracht en eigen regie van de burger staan hierbij centraal (17).

De cliënt speelt een belangrijke rol in zijn behandeling. De cliënt is deelnemer in de behandeling / het behandelteam en stelt, in overleg met de behandelaar(s) zijn doelen. Hij leert zijn gezondheidstoestand te monitoren en maakt keuzes in de fysiotherapeutische behandeling. Cliënt en fysiotherapeut nemen gezamenlijk besluiten (*shared decision making*). De fysiotherapeut geeft voldoende informatie opdat de cliënt zorgvuldig keuzes kan maken in zijn behandeling. De wens van de cliënt is bepalend voor de uiteindelijke beslissing, echter de HVL-fysiotherapeut kan niet gedwongen worden een behandeling uit te voeren als hij van mening is dat daar geen indicatie voor is. Indien de cliënt niet zelf de regie kan voeren dient een plaatsvervanger en/of hulpverlener deze taak te vervullen.

De HVL-fysiotherapeut richt zich bij de behandeling op gezondheid en gedrag van de cliënt. Hij stimuleert het beweeggedrag en een gezonde leefstijl en ondersteunt de cliënt in het uitvoeren van activiteiten. Uitgangspunt is de participatie van de cliënt te vergroten of te behouden, dan wel een achteruitgang zoveel mogelijk te beperken. De HVL-fysiotherapeut ondersteunt de cliënt bij diens zelfmanagement: het vermogen te kunnen omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan het leven met een chronische aandoening (18). Het CBO heeft, in opdracht van het ministerie van VWS en het Kwaliteitsinstituut de zorgmodule 'zelfmanagement' uitgebracht. Daarin wordt zelfmanagement gedefinieerd als: 'Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden (19).

Preventie is een essentieel onderdeel van de fysiotherapeutische visie op hulpverlening. De HVL-fysiotherapeut verleent zorggerelateerde en geïndiceerde preventie. Universele preventie en selectieve preventie als onderdeel van public health, zijn meer het domein van de zogenaamde beweegprofessionals. Deze scheiding van domeinen staat beschreven in de NHG-Zorgmodules Leefstijl (2015) (20). Samenwerking tussen de zorgverleners in het zorgdomein en op het publieke terrein is van groot belang om de preventieve maatregelen en effecten bij HVL-cliënten te waarborgen en om hen te informeren over factoren die de fysieke belasting beïnvloeden, zoals multimorbiditeit en desaturatie tijdens inspanning.

De hulpverlening van de HVL-fysiotherapeut vindt plaats in een goed georganiseerde integrale, interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking op trans-, intra en extramurale gebieden. Hij maakt gebruik van netwerken, functionele samenwerkingsrelaties en beschikbare expertises. Door de substitutie van de zorg^a zijn meer hulpverleningstaken naar de eerstelijnszorg gegaan. De HVL-fysiotherapeut informeert medezorgverleners (verpleegkundigen, huisartsen etcetera) over de noodzaak van HVL-fysiotherapie en zorgt voor efficiënte samenwerking met andere relevante disciplines. Hij werkt samen met opvoeders, naasten, mantel- en andere verzorgers. Via deze betrokkenen verkrijgt hij bij wilsonbekwame cliënten informatie over hoe de problemen zich manifesteren en hoe de cliënt zelf het handelen, bewegen en eventuele problemen daaromtrent ervaart.

Door decentralisatie is de zorgbesteding voor een fors deel ondergebracht bij de gemeenten. De HVL-fysiotherapeut ziet het als zijn taak om samenwerking te zoeken met de gemeente(n) of de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD). In de participatiesamenleving wordt de zorg dichter bij huis en in de wijk vormgegeven. De HVL-fysiotherapeut ziet hulpverlening ook in de vorm van samenwerking met wijkcentra, welzijnsorganisaties en beweegaanbieders, met als doel zijn kennis te delen en de zorg voor HVL-cliënten te optimaliseren. Om dit te faciliteren worden, in het kader van de WMO, op advies van de Gezondheidsraad Netwerken Sociaal Domein ontwikkeld waarin wijkteams een belangrijke rol gaan spelen (21).

1.2 Theoretische rationale

1.2.1 Wetenschappelijk fundament

De beroepspraktijk en het onderliggende wetenschappelijk onderzoek van de HVL-fysiotherapie zijn voornamelijk gebaseerd op de bèta- en gammawetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn pathologie, (inspannings)fysiologie en sociologie en wetenschapsdomeinen, zoals geneeskunde en de bewegings-, en gezondheidswetenschappen. De HVL-fysiotherapie bouwt wat betreft de geneeskunde met name voort op wetenschappelijk onderzoek binnen de cardiologie, longgeneeskunde, interne geneeskunde en revalidatiegeneeskunde. Deze kennisdomeinen ondersteunen de fysiotherapeut bij het formuleren van diagnose, behandelstrategie en onderzoeksvragen.

Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot (HVL-)fysiotherapie richt zich op *fundamenteel onderzoek*: (mechanismen van) schade en herstel aan bewegingsapparaat, het bewegend functioneren en participeren en op multimorbiditeit die het bewegen beïnvloeden en op *toegepast wetenschappelijk (klinisch) onderzoek*: het ontwikkelen, implementeren en toetsen van interventies (1, 22).

De HVL-fysiotherapie draagt bij aan en benut kennis uit toegepast onderzoek en praktijkonderzoek vanuit de lectoraten en aanpalende kenniskringen en hogescholen. Ook benut en participeert de fysiotherapie in translationeel onderzoek vanuit onder meer de universitaire medische centra. Translationeel onderzoek beoogt inzichten / kennis uit fundamenteel wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar klinische toepassingen, bijvoorbeeld door onderzoeksresultaten die diagnostiek, therapie of preventie professionaliseren. Vraagstellingen kunnen zowel uit de praktijk als uit het laboratorium komen (23). Voor de HVL-fysiotherapeut is bijvoorbeeld van belang wat de toegevoegde waarde is van HVL-fysiotherapie bij cliënten met meerdere chronische aandoeningen of stoornissen (comorbiditeit). Uit translationeel onderzoek is aangetoond dat COPD-clieënten met comorbiditeit goede effecten ervaren van longrevalidatie (24). Dergelijk onderzoek leidt naar een verwetenschappelijking van de HVL-fysiotherapie vanuit universitaire centra door hoogleraren, gepromoveerde en wetenschappelijk geschoolde HVL-fysiotherapeuten en vanuit de hogescholen/kenniscentra door lectoren.

1.2.2 Evidence-based practice

De HVL-fysiotherapeut handelt volgens de kenmerken van evidence-based practice (EBP). EBP is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig integreren van het beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen in samenspraak met de cliënt. De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. Tevens is de besluitvorming gebaseerd op de beweegproblemen van de cliënt, zijn wensen, verwachtingen en leefomstandigheden. De cliënt neemt de uiteindelijke beslissing waarbij hij door de fysiotherapeut geïnformeerd wordt vanuit een mix van onbewuste kennis (*tacit knowledge*) en expliciete kennis (*explicit knowledge*) aan de hand van de beschikbare kennisbronnen (22).

EBP biedt de beroepsbeoefenaar een hulpmiddel om verantwoording af te leggen over effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening (25). Ook worden inzichten gebruikt uit de klinimetrie. Een groot aantal statements / richtlijnen vormen een leidraad voor het handelen van de HVL-fysiotherapeut (26-29). Beschikbare KNGF-richtlijnen op HVL-gebied zijn: COPD, Hartrevalidatie en Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden. Relevante KNGF Beweegstandaarden zijn: Coronaire hartziekten, Chronisch obstructieve longziekten, en Diabetes mellitus type II (www.fysionet-evidencebased.nl). Beschikbare multidisciplinaire richtlijnen zijn er onder andere over Hartrevalidatie (NVVC, 2011), COPD (CBO, 2010) en Cardiovasculair risicomanagement (NHG, 2011). In verschillende evidence-based richtlijnen voor huisartsen en specialisten wordt gericht verwezen naar gespecialiseerde (HVL-)fysiotherapeuten (NHG-standaard CVRM, NHG-Standaard COPD, NHG-Standaard Astma voor volwassenen, NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden) ofwel worden aanbevelingen gedaan voor hartrevalidatie (NHG-Standaard Acuut coronair syndroom, Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, NHG-Standaard^a Hartfalen). De NHG-Zorgmodule Leefstijl (20) beveelt begeleiding bij leefstijlinterventies aan op het gebied van bewegen bij verschillende zorgprofielen^b die ook onder het domein van de HVL-fysiotherapie vallen.

^a Voor de NHG-Standaarden zie www.nhg.org/nhg-standaarden

^b In de NHG-Zorgmodules Leefstijl staan vijf zorgprofielen beschreven aan welke voorwaarden de zorg voor specifieke groepen patiënten moet voldoen: welke zorgverleners verlenen welke concreet omschreven zorg? Leidend daarbij zijn de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt, de aard en ernst van de aandoening, eerdere ervaringen met behandelingen en de voorkeur van de patiënt. Hoe hoger het profiel hoe meer (gespecialiseerde) professionele beweegzorg wordt ingeschakeld.

Onder andere bij zorgprofiel 4 en 5, respectievelijk: 'bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise bij multimorbiditeit of vitale, fysieke of cognitieve complicaties' en 'bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise bij ernstige multimorbiditeit of complicaties'.

Voor het begrijpen, herkennen en toepassen van EBP is klinisch redeneren noodzakelijk (22). Klinisch redeneren omvat de mentale processen van verzamelen, wegen, prioriteren, interpreteren en structureren van de informatie door de fysiotherapeut, waarmee deze een probleem met bewegen kritisch kan verhelderen en kan helpen oplossen, en de resultaten kan evalueren. De informatie die gebruikt wordt voor het klinisch redeneren bestaat uit bronnen van biomedische, gedragswetenschappelijke of bewegingswetenschappelijke aard. Naast deze vakinhoudelijke informatie, betreft de fysiotherapeut ook maatschappelijke en financieel-economische aspecten bij zijn afweging. Op grond van de door de cliënt genomen besluiten en diens toestemming, gaat de fysiotherapeut al dan niet over tot klinisch handelen, waarbij hij dit handelen voortdurend afstemt met de cliënt en handelt in overeenstemming met de cliënt. De gespecialiseerde HVL-fysiotherapeut kan om diverse redenen, bijvoorbeeld bij complexere cliënten, beargumenteerd afwijken van de richtlijn en zijn handelen baseren op practice-based evidence (PBE). Bij de uitoefening van HVL-fysiotherapie gaat het zowel om EBP als PBE.

1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health

Met de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is door de WHO een conceptueel raamwerk gecreëerd waarbinnen een eenduidige communicatie gehanteerd wordt (4). De HVL-fysiotherapeut gebruikt de ICF bij het klinisch redeneren, bij het formuleren van beleid, bij de documentatie en verslaglegging, bij mono- en interdisciplinaire communicatie, bij de ontwikkeling van richtlijnen en bij onderzoek en onderwijs. Om beter recht te doen aan de nieuwe definitie van gezondheid en de zes dimensies ervan, heeft Heerkens een voorstel gedaan voor een nieuw ICF-model waarin 'gezondheid en gedrag' en 'functioneren' meer worden benadrukt en waarin het biopsychosociale perspectief meer tot uiting komt (30).

1.3 De HVL-fysiotherapeut in de context van de gezondheidszorg

1.3.1 Werkdomein

De HVL-fysiotherapeut richt zich op cliënten van alle leeftijden bij wie de HVL-aandoening de belangrijkste stoornis of beperking vormt voor de problemen in het (dagelijks) functioneren. Hij richt zich hierbij op stoornissen in functies en op beperkingen in activiteiten en participatie. De HVL-fysiotherapeut onderscheidt zich van de algemene fysiotherapeut omdat hij ook hoog complexe en/of specialistische zorg kan bieden. De HVL-fysiotherapeut beschikt over gespecialiseerde en geavanceerde kennis van het cardiovasculaire- en respiratoire systeem in relatie tot het bewegend functioneren, van HVL-aandoeningen (inclusief pathologische en systemische veranderingen buiten het aangedane orgaan) en van overige interne pathologie om een werkdiagnose bij deze cliënten te stellen.

Cliënten met (aangeboren) chronische ziekten bepalen een belangrijk deel van het werkdomein van de HVL-therapeut. Van de Nederlandse bevolking heeft ruim de helft een chronische ziekte, ouderen en vrouwen komen in de statistieken relatief veel voor. Chronische ziekten zijn veelal irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en gaan doorgaans gepaard met pijn, geestelijk lijden en beperkingen in het functioneren. De chronische aandoeningen met de hoogste prevalentie zijn diabetes mellitus, coronaire hartziekten, hartfalen en COPD (31).

Een kwart van de Nederlandse bevolking heeft te kampen met meerdere chronische aandoeningen en ook hier zien we dat vooral ouderen oververtegenwoordigd zijn (32). Met name de combinaties depressie en angststoornis, coronaire hartziekte en hartfalen, en COPD en hartfalen komen relatief veel voor (31). Maar ook wordt geconcludeerd dat veel verschillende combinaties van ziekten vaak samen voorkomen. Van 55-plussers met één (van de tien) geselecteerde chronische ziekte had 70% ten minste ook één andere 'bijziekte' (ofwel comorbiditeit). Hartfalen had het hoogste percentage comorbiditeit, namelijk 92%. Diabetes mellitus, coronaire hartziekten en artrose kwamen bij alle tien geselecteerde chronische ziekten in de top vijf van meest voorkomende 'bijziekten' voor. Een groot deel van de cliënten met HVL-aandoeningen heeft te maken met comorbiditeit (33, 34). Multimorbiditeit^c kan een extra negatief effect op de kwaliteit van leven en participatie

^c De termen multimorbiditeit (er zijn meerdere aandoeningen / ziekten tegelijk aanwezig) en comorbiditeit (bij een specifieke aandoening / ziekte komt één of meerdere andere ziekte(n) / aandoening(en) voor) verschillen van definitie en worden door elkaar gebruikt.

hebben bij cliënten met chronische ziekten, omdat er in het algemeen sprake is van het gelijktijdig hebben van zowel lichamelijke als psychische aandoeningen en sociale problemen.

De HVL-fysiotherapeut dient in de (complexe) zorg rondom HVL-cliënten rekening te houden met de hulpvraag van de cliënt, de aard en ernst van de functioneringsproblemen en met beïnvloedende gezondheidsdeterminanten. Onder gezondheidsdeterminanten verstaan we de factoren die de (kans op een) HVL-aandoening, behandeling en/of beperking in fysiek functioneren kunnen beïnvloeden. Dit zijn onderliggende (nog niet verklaarde) medische problemen (zoals de aard, ernst en fase van de aandoening, comorbiditeit en polyfarmacie), externe factoren (zoals gezins-, werk- en sportsituatie, hulpmiddelen en sociale steun) en persoonlijke factoren (zoals fysieke en psychische belastbaarheid, leefstijl en motivatie van de cliënt). In het fysiotherapeutisch dossier worden deze gezondheidsdeterminanten vastgelegd in de (hetero)anamnese volgens de richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering (zie par 1.4.2).

Om de ernst van de HVL-aandoeningen te kwalificeren en kwantificeren wordt veelal gebruikt gemaakt van een indeling in categorieën op basis van de ernst van de orgaanstoornis. Bijvoorbeeld de indeling in GOLD-stadia bij COPD, de NYHA-classificatie bij hartfalen en de Fontaine classificatie bij perifere arterieel vaatlijden (PAV). Echter niet alleen de ernst van de orgaan aandoening bepaalt de ervaren ziektelast maar ook andere factoren zoals de ervaren klachten, beperkingen in het dagelijks leven en problemen met betrekking tot de kwaliteit van leven. In de geactualiseerde LAN Zorgstandaard COPD (2016) wordt bijvoorbeeld gebruikt gemaakt van een indeling op basis van de ziektelast^d ('mild', 'matig' of 'ernstig') om de ernst van COPD vast te leggen.

Behandeling kan ook plaatsvinden bij cliënten die zich in de palliatieve en/of stervensfase bevinden. Bij cliënten met hartfalen of ernstig COPD betekent dit zorg bij mensen met een levensverwachting van < 1 jaar (35). In deze fase staat kwaliteit van leven op de voorgrond. Het gaat hierbij om cliënten die te maken hebben met ernstig dyspnoe. In de richtlijn Dyspnoe in de Palliatieve fase van het IKNL (2016) worden aanbevelingen gegeven voor HVL-fysiotherapeuten voor de behandeling van dyspnoe in de palliatieve fase. Cliënten kunnen zich in meer of mindere mate aanpassen aan de stoornis (adaptatie). Door adaptatie verkrijgen cliënten controle over de aandoening (36). Adaptatiestrategieën zijn onderdeel van de HVL-fysiotherapeutische behandeling. Al in een vroege fase van de behandeling geeft de therapeut uitleg over de aandoening, educatie en zelfmanagement.

De HVL-fysiotherapeut is in staat hoog complexe zorg en/of specialistische zorg te bieden. Complexiteit wordt bepaald door de gezondheidsdeterminanten (zoals aard, ernst en fase van de aandoening, comorbiditeit en fysieke en psychische belastbaarheid), die al dan niet gecombineerd voor kunnen komen. Specialistische zorg kan opgevat worden als zorg bij (relatief) weinig voorkomende aandoeningen / problemen (zoals cystic fibrosis (CF) of interstitial lung disease (ILD)) (dit kan ook laag complexe zorg zijn), of zorg die sterk verdiepend is (focusgebied in de zorg bijvoorbeeld een CF-centrum, vaatcentrum, hart- en/of longrevalidatie afdeling). Wanneer de complexiteit in zorg toeneemt of wanneer het een minder frequent voorkomende aandoening betreft kan de situatie en voortgang onvoorspelbaar van karakter worden en is nauw overleg met de specialist noodzakelijk. Tevens dient rekening gehouden te worden met belasting en belastbaarheid en de veiligheid van de cliënt. Bij hoog complexe en/of specialistische zorg zijn cliënten vaak niet in een mono- of multidisciplinaire richtlijn te vervatten. Hoog complexe en/of specialistische zorg vereist specialistische en geavanceerde kennis en vaardigheden op het fysiotherapeutisch handelen. De zorg voor mensen met multimorbiditeit kan complex zijn doordat advies en behandeling van meerdere zorgverleners op elkaar afgestemd moet worden.

In tabel 1.1 wordt een matrix 'complexiteit-specialistische zorg' weergegeven. Daaronder worden twee casussen beschreven waarbij het onderscheid wordt gemaakt voor zorg op bachelor niveau (algemene fysiotherapeut, EQF 6) en zorg op masterniveau (HVL-fysiotherapeut, EQF 7).

^d Niet te verwarren met de term ziektelast ('burden of disease') zoals uitgedrukt in Disability-Adjusted Life Years (DALY's). In deze maat wordt het verlies aan levensjaren door overlijden aan ziekten gecombineerd met het verlies aan gezondheid door ziekten tijdens het leven, rekening houdend met ernst en duur van de ziekte. Chronische ziekten zoals psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker zijn in Nederland verantwoordelijk voor de grootste ziektelast in 2011. Binnen deze hoofdgroepen van ziekten veroorzaken coronaire hartziekten de meest ziektelast gevolgd door diabetes mellitus, beroerte, angststoornissen, COPD (chronische bronchitis en longemfyseem), longkanker, stemmingsstoornissen en nek- en rugklachten (http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Ziekten/Ziektelast).

Tabel 1.1: matrix complexiteit en specialistische zorg

	Laag complexe zorg	Hoog complexe zorg
Niet specialistische zorg	Bachelor/ Algemene FT	Master/ HVL FT
Specialistische zorg	Master/ HVL FT	Master/ HVL FT

Casussen laag complexe zorg, niet specialistische zorg

- I) Vrouw, leeftijd 64 jaar, bekend met COPD GOLD II; ongeveer 1x per jaar een longaanval^e. Komt voor hulp bij ontwikkelen van actieve leefstijl en conditieverbetering na een doorgemaakte milde longaanval met symptomen als vermoeidheid, benauwdheid bij inspanning (fietsen en traplopen) en productief hoesten. Risicofactoren: ze rookt, voldoet niet aan de NNGB. Herstelbelemmerende factoren: ze heeft licht overgewicht, zit in de ziektewet en heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Geen andere herstel belemmerende factoren aanwezig. Herstelbevorderende factoren: ze is gemotiveerd. Eerdere pogingen om een actieve leefstijl te ontwikkelen en te stoppen met roken zijn mislukt.
- II) Man, leeftijd 54 jaar, status na percutane coronaire interventie (PCI, dotterbehandeling) na dreigend hartinfarct als gevolg van een vernauwde coronair arterie. Diagnostisch geen ischemische schade vastgesteld aan het hart. Hij had geen eerdere klachten, voelde zich redelijk gezond, soms wat vermoeid, en was de laatste maanden aangekomen in gewicht. Hij leidde een inactief leven (hogere ambtenarenfunctie, zittend beroep). Herstelbelemmerende factoren: hij rookt en er is sprake van een hoge werkdruk. Herstelbevorderende factoren: hij is gemotiveerd om zijn leefstijl te veranderen om thuis en tijdens het werk beter te kunnen functioneren maar weet nog niet goed hoe hij dat aan gaat pakken (voeding, beweging, verminderen van werkdruk). Voor advies en mogelijk een opstart van een beweegprogramma gaat hij naar de fysiotherapeut.

Casussen hoog complexe zorg, specialistische zorg

- III) Vrouw, leeftijd 55 jaar, bekend met COPD GOLD III en alfa-1 antitrypsine deficiëntie. Thans wordt diagnostiek verricht naar pulmonale arteriële hypertensie (PAH). Ze heeft twee tot drie longaanvallen per jaar. Door de week werkt ze 15 uur als laborant in een ziekenhuis. Ze is bekend met ondergewicht en heeft een vetvrije massa index < 14. Er zijn aanwijzingen voor verminderde inspanningstolerantie naast haar gevoel van lusteloosheid. Herstelbelemmerende factoren: ze heeft last van depressieve buien en ze slaapt slecht. Ze heeft een hoge medische zorgconsumptie waarbij ze tal van andere zorgprofessionals bezoekt. Ze wil conditioneel niet verder achteruitgaan om haar werk en ADL vol te kunnen houden en zoekt hulp bij een HVL-fysiotherapeut.
- IV) Man, 72 jaar, twee jaar geleden een coronair arteriële bypassoperatie ondergaan (CABG). Laatste maanden toenemend vermoeid en kortademig. Diagnostiek naar hartfalen is ingezet. Meneer is tevens bekend met diabetes mellitus type II. Uitgebreid medicatiebeleid. Herstelbelemmerende factoren: hij heeft tevens de zorg voor zijn vrouw die aan milde dementie lijdt. Het zelfstandig thuis wonen komt meer en meer onder druk te staan en (huishoudelijke) taken vallen hem zwaar. Hij gaat weer terug naar de HVL-fysiotherapeut waar hij eerder een hartrevalidatie programma heeft gevolgd.
- V) Een man, 73 jaar, is op de intensive care opgenomen in verband met een sepsis met een focus in de buikholte, hypotensie en fors dyspnoe. In de voorgeschiedenis heeft hij 3 jaar geleden een NSTEMI waarvoor een bypassoperatie en een pacemaker. Meneer heeft een radicale nefrectomie ondergaan bij nierkanker. Een dag na opname desatureert de cliënt acuut naar 84%. Een echo cor laat slechte rechterventrikelfunctie zien en een matige linkerventrikelfunctie. Als medische interventie wordt milrinone en noradrenaline gestart. De HVL-fysiotherapeut wordt in consult

^e Een longaanval (of exacerbatie) is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen 1 of enkele dagen. Die wordt gekenmerkt door een toename van kortademigheid en hoesten, al of niet met slijm opgeven, die groter is dan de normale dag-tot-dag variabiliteit.

gevraagd om het fysiotherapeutisch beleid op te stellen, specifiek met betrekking tot frequentie, intensiteit en type oefeningen.

De HVL-fysiotherapeut beoordeelt of er een indicatie is voor HVL-fysiotherapie. Indien andere gezondheidsdeterminanten op de voorgrond treden die niet tot het domein van de HVL-fysiotherapeut behoren, verwijst hij de cliënt naar de huisarts, een medisch specialist of een collega (gespecialiseerde) fysiotherapeut.

1.3.2. Werkterrein

'Care' en 'cure'

De HVL-fysiotherapeut is werkzaam in diverse settings van de gezondheidszorg. In alle settings krijgt hij met meer of minder complexe cliënten en met meerdere zorgverleners te maken. Dit vereist specialistische en geavanceerde kennis en vaardigheden voor diagnostiek, behandeling, samenwerking en communicatie. De HVL-fysiotherapeut baseert zich op het concept van EBP waarbij de beste evidentie wordt gezocht voor de fysiotherapeutische behandeling, en waarbij ervaring en patiënten-voorkeur deel uitmaken van de klinische besluitvorming. Tevens zet hij op alle terreinen innovatie en wetenschappelijke kennis in om de HVL-fysiotherapie te profileren.

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg bestaat een variëteit aan samenwerkingsvormen, onder meer in de ketenzorg, op wijkniveau met thuiszorginstellingen en wijkcoaches (in ambulante teams), in sport- en welzijnsinstellingen en met patiëntorganisaties. Ook zijn er in de eerstelijnszorg samenwerkingsvormen in ketens van fysiotherapiepraktijken. Bestaande netwerken zijn al te vinden bij symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden (37) en bij COPD. De (keten)zorg voor HVL-cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg is in toenemende mate multidisciplinair georganiseerd en steeds vaker in een gezondheidscentrum. De huisarts / POH heeft hierin meestal de coördinerende rol. Deze multidisciplinair gerichte zorg leidt tot een zogenaamd versterkte eerstelijnszorg, ook wel anderhalvelijnszorg genoemd met het oogmerk de toenemende kostenstijging terug te dringen. In 2016 is het effect hiervan al genoteerd (38). HVL-fysiotherapeuten in de extramurale setting verlenen ook zorg aan cliënten in hun thuissituatie en aan cliënten die verblijven in een woonzorgcentrum of hospice. In alle situaties kan de zorg palliatief van aard zijn.

In de tweedelijnszorg werken HVL-fysiotherapeuten in (multidisciplinaire) teams of op fysiotherapeutische afdelingen in ziekenhuizen, revalidatiecentra of verpleeghuizen. In de intramurale zorg zijn revalidatieprogramma's meestal multidisciplinair georganiseerd en is de specialist, de specialistische verpleegkundige of de fysiotherapeut in een coördinerende rol. Het fysiotherapeutisch werk in de ziekenhuiszorg (klinisch dan wel poliklinisch) onderscheidt zich van zorg in een andere instelling, of in de eerstelijnszorg met name door de (in tijdsfasen opgebouwde) belasting en belastbaarheid van de cliënt na opname. De HVL-fysiotherapeut in het ziekenhuis werkt ook op de Intensive Care (IC) en de Coronary Care Unit (CCU). Hij screent de IC-cliënt op de aanwezigheid van fysiotherapeutische aangrijpingspunten. Indien er een fysiotherapeutische indicatie is, wordt er dagelijks gescreend op 'rode vlaggen', veranderingen in fysiek functioneren en responsiviteit. Met het dagelijkse screeningsproces worden de potentiële risico's en winst van de fysiotherapeutische interventies tegen elkaar afgewogen. De belastbaarheid van de cliënt – waaronder de hemodynamische stabiliteit, cardiorespiratoire reserve en responsiviteit – die op de IC sterk kan variëren, wordt bij deze afweging binnen het klinisch redeneren meegewogen. Zo ziet de HVL-fysiotherapeut op de IC cliënten bij wie een coronary-artery bypass graft (CABG) is geplaatst direct na plaatsing. Op de CCU ziet de HVL-fysiotherapeut alle cardiaal stabiele cliënten die gemobiliseerd moeten worden (39).

Goed georganiseerde (multidisciplinaire) zorg binnen alle zorglijnen moet leiden tot goede transmurale zorg en adequate verwijzing. In de relevante (multidisciplinaire) richtlijnen op het gebied van hart-, vaat en longaandoeningen is dit beschreven. Op het gebied van care en cure werkt de HVL-fysiotherapeut samen met collega-fysiotherapeuten, gespecialiseerde fysiotherapeuten en andere beroepsbeoefenaars, die zowel binnen als buiten de zorg (gemeenten, welzijnsorganisaties) werken (tabel 1.2).

Tabel 1.2 Overzicht van de samenwerking tussen de HVL-fysiotherapeut en andere disciplines

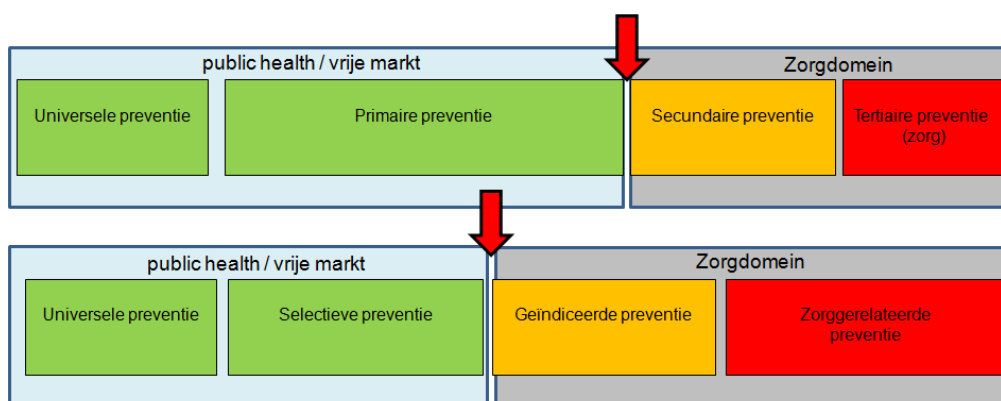
De HVL-fysiotherapeut werkt samen met of verwijst naar	Toelichting
De kinderfysiotherapeut	Bij kinderen met congenitale HVL-aandoeningen kan de HVL-fysiotherapeut gevraagd worden om vanuit zijn expertise mee te denken bij de behandeling. De HVL-fysiotherapeut kan ook gevraagd worden mee

	te denken bij cliënten van circa 4 tot 16 à 18 jaar, bij wie op de voorgrond staande ontwikkelingsproblemen gecompliceerd worden door (congenitale) HVL-aandoeningen
De geriatriefysiotherapeut	Bij kwetsbare ouderen bij wie sprake is van multimorbiditeit
De sportfysiotherapeut	Als (vervolg op) revalidatie na een HVL-aandoening bij cliënten met een zorgvraag die gericht is op het hervatten van een (top)sportactiviteit
De oncologiefysiotherapeut of de oedeem- en lymfetherapeut	Bij harttumoren en longcarcinomen, bij status na hoge buik, na thoraxchirurgie bij oncologisch aandoeningen en bij veneuze insufficiëntie
De ergotherapeut / diëtist	Bij ergonomische problemen, beperkingen in activiteiten en participatie / bij voedingsadviezen
De psycholoog	Als psychische factoren het herstel belemmeren
De gespecialiseerd verpleegkundige	Dit kan de longverpleegkundige, hartfalenverpleegkundige, hartrevalidatiecoördinator, physician assistant of de praktijkondersteuner van de huisarts betreffen
De arts / specialist	In ziekenhuissetting of transmuraal, met de longarts, de cardioloog, de vaatchirurg of de internist
De huisarts / POH	Bij alle verwijzingen of vragen over medisch beleid, medicatie of over leefstijladviezen, meestal in eerstelijns- setting
De gemeente / welzijnsorganisaties	Bij overleg over beweegzorg / aanvraag hulpmiddelen

Preventie

In de beroepsuitoefening van de fysiotherapeut neemt preventie een belangrijke plaats in. Er wordt gebruikgemaakt van een model waarin sprake is van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is op het individu gericht en valt in het zorgdomein van de fysiotherapie. De universele en selectieve preventie vallen binnen de publieke gezondheidszorg (Prevent-model) (40). Het Zorginstituut Nederland heeft deze nieuwe indeling – die uitgaat van risicodenken in plaats van symptoom- / ziektedenken – aangenomen en daarmee meer ruimte gecreëerd voor preventieve interventies in het zorgdomein (figuur 1.1).

Indeling van Preventie



Figuur 1.1 Klassieke en nieuwe indeling van preventie

De HVL-fysiotherapeutische behandelingen zijn gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie met de bedoeling om het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen en om de ziektelast te reduceren, complicaties tegen te gaan en zelfredzaamheid te ondersteunen.

Onlangs zijn de NHG-Zorgmodules Leefstijl ontwikkeld waarin de scheidslijn tussen publieke zorg en zorgdomein duidelijk aangegeven wordt (20). Kernboodschap is dat de cliënt in het publieke domein zelfstandig of onder begeleiding van een beweegprofessional (bijvoorbeeld een beweegcoach of fitnessinstructeur) geactiveerd wordt. Voor bewegen in het zorgdomein verwijst de huisarts naar de beweegzorgprofessional, die eventueel

ook adviseert over een geschikt bewegingsaanbod in het publieke domein. Op de scheidslijn tussen geïndiceerde preventie en selectieve preventie kan frictie ontstaan, waarbij de HVL-fysiotherapeut een ethische afweging moet maken. Bij de afweging staat het belang en de voorkeur van de cliënt voorop. Cliënten consulteren de HVL-fysiotherapeut als expert op het gebied van bewegen tijdens bijeenkomsten die zijn belegd voor specifieke cliëntengroepen, of bij allerlei bewegingsactiviteiten.

Beleid, onderwijs en onderzoek

De HVL-fysiotherapeut is ook werkzaam of participeert binnen het onderwijs, als docent of lector, binnen een universiteit of hogeschool, als wetenschappelijk respectievelijk praktijkgericht onderzoeker, in organisaties op het gebied van de gezondheidszorg en als beleidsmedewerker.

1.4 Werkwijze fysiotherapeutisch handelen

1.4.1 Methodisch handelen

De fysiotherapeut werkt planmatig, doelgericht en procesmatig. Planmatig houdt in dat het handelen gekenmerkt is door een tevoren bedachte, 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 (41). Kenmerkend voor de werkwijze van de HVL-fysiotherapeut is *shared decision making*. De fysiotherapeut maakt in samenspraak met de cliënt onderscheid tussen het door de cliënt getoonde bewegen (*'actual performance'* en *'abilities'*), het ingeschatte vermogen tot bewegen (*'capacity'* en *'capabilities'*), de praktische externe mogelijkheden, bewegingsomstandigheden en beweegcontext van de cliënt (*'opportunity'* en *'attractors'*) en de motieven en motivatie tot bewegen van de cliënt (*'drivers'* en *'vitality'*). Door deze methodische werkwijze levert de HVL-fysiotherapeut transparante en toetsbare zorg op maat. In het HVL-fysiotherapeutisch handelen vervult de interactie tussen cliënt en HVL-fysiotherapeut een belangrijke rol. Mede dankzij het methodisch handelen kunnen de resultaten van de behandeling zowel intern als extern worden getoetst.

1.4.2 Fasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen

Het fysiotherapeutisch methodisch handelen kent een aantal fasen, zoals beschreven in de Fysiotherapeutische dossiervoering 2016 van het KNGF. Deze processen hebben een cyclisch karakter. In deze paragraaf geven we een overzicht van de dossiervoering waarbij we de indeling van het KNGF hanteren (zie <http://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering>).

A Aan het dossier toe te voegen gegevens per fase van het methodisch handelen

A.1 Dossiergegevens aanmelding (fase 1)

A.1.1 Dossiergegevens Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

A.1.2 Dossiergegevens aanmelding met een verwijzing

A.2 Dossiergegevens aanvullende (hetero)anamnese (fase 2)

De HVL-fysiotherapeut vraagt de cliënt in een gesprek naar zijn hulpvraag en functioneringsproblemen. Hij vraagt naar de aard van de problemen: in termen van stoornissen in functies of anatomische eigenschappen en/of beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, bijvoorbeeld pijn, adl-problemen, niet kunnen werken en hobby's niet kunnen uitoefenen. Verder naar de ernst van de problemen: in de eigen bewoordingen van de cliënt, dan wel vastgesteld via een meetinstrument. Daarnaast vraagt hij naar aanwezige en relevante gezondheidsdeterminanten (persoonsgebonden, leefstijl, omgeving). Gezondheidsdeterminanten bestaan onder andere uit onderliggende medische factoren (zoals aard, ernst en fase van de aandoening, comorbiditeit en polyfarmacie), externe factoren (zoals gezins-, werk- en sportsituatie en aanwezigheid van hulpmiddelen) en persoonlijke factoren (zoals fysieke en psychische belastbaarheid, motivatie van de cliënt en leefstijl).

A.3 Dossiergegevens aanvullend onderzoek (fase 3)

Dit betreft de diagnostische verrichtingen (tests) /prestaties en bevindingen. De HVL-fysiotherapeut kiest veelal voor de performancetests waarmee functies en activiteiten kunnen worden geobserveerd en meetbaar kunnen worden gemaakt en waarmee, later in het behandelproces, het effect van de behandeling kan worden geëvalueerd. De HVL-fysiotherapeut maakt voor zijn klinisch redeneerproces ook gebruik van gegevens van de spirometrie en de maximale inspanningstesten die worden uitgevoerd door andere disciplines. De HVL-fysiotherapeut moet gegevens van deze tests kunnen analyseren en interpreteren om de beperkende factoren en de parameters van de training van het inspanningsvermogen te kunnen bepalen. Voor ieder domein 'hart', 'vaat' en 'longen' bestaan specifieke valide meetinstrumenten waarin uitkomsten van de zorg worden vastgelegd en geëvalueerd.

A.4 Dossiergegevens analyse en conclusie (fase 4)

Op basis van de hulpvraag van de cliënt, de samenvatting en interpretatie van de verwijsgegevens en de bevindingen uit anamnese en onderzoek formuleert de HVL-fysiotherapeut de fysiotherapeutische diagnose en conclusie. Dit doet hij door waar mogelijk de metingen te toetsen aan normwaarden en predictieve waarden.

A.5 Dossiergegevens behandelplan (fase 5)

In het behandelplan legt de HVL-fysiotherapeut de behandeldoelen en verrichtingen vast. *Behandeldoelen* zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART). Bij het formuleren van het behandelhoofddoel is de hulpvraag van de cliënt leidend. Vaak is bij cliënten die zich aanmelden bij de HVL-fysiotherapeut, sprake van uiteenlopende problematiek en dient een prioritering te worden aangebracht in de behandeldoelen om tot een haalbaar behandelplan te komen. Hoofddoelen dienen, indien mogelijk, gericht te zijn op beperkingen in functioneren (beperkingen op activiteiten- en participatieniveau).

De HVL-fysiotherapeut maakt gebruik van de volgende *verrichtingen*

Begeleiden: informeren en adviseren en bieden van steun

Een fysiotherapeut begeleidt de cliënt, verstrekt informatie en adviezen en biedt de cliënt ondersteuning. De HVL-fysiotherapeut begeleidt de cliënt onder andere bij het aanleren en verbeteren van het zelfmanagement van de cliënt en informeert en adviseert over het gebruik van eHealth bij het verbeteren en volhouden van een gezondere leefstijl. De HVL-fysiotherapeut staat in voor adequate begeleiding tijdens training om veiligheid te waarborgen. Hij geeft adviezen over het gebruik van bijvoorbeeld hulpmiddelen / apparaten, ademregulatie en stressmanagement. De ondersteuning bevat onderdelen gericht op adaptie zoals het stimuleren en monitoren van de cliënt in zijn leer- en acceptatieproces. Ook staat hij de cliënt bij in de laatste levensfase teneinde de kwaliteit van leven in deze periode te optimaliseren.

Oefenen

Het accent van de behandeling ligt op het oefenen en sturen van activiteiten (zoals lopen, fietsen en opstaan) en van functies (zoals van de kracht, het inspanningsvermogen, de ademhaling(spiëren), vastzittend slijm door mucus mobiliserende technieken^f en verhoogde stress door herstel- en ontspanningstechnieken). Verder het oefenen en sturen van activiteiten zoals richting gevende voorbereiding tot sporten, fitness of bewegingsactiviteiten (met gebruik van eHealth) voor na de behandeling. Hij maakt bijvoorbeeld gebruik van telemonitoring en accelerometrie voor coaching van oefenen op afstand.

Fysische therapie in engere zin (i.e.z.)

Bijvoorbeeld apparatief toedienen van neuromusculaire elektrostimulatie (NMES)^g (42, 43).

^f Een HVL-fysiotherapeut maakt gebruik van verschillende mucus mobiliserende technieken, zoals Active Cycle of Breathing Technique (ACBT), Autogene Drainage (AD), Forced Expiration Technique (FET), Flutter en Intra-pulmonary Percussive Ventilation (IPV), High Frequency Chest Compression (HFCC), Mechanische Percussie (MP), (oscillerende) Positive Expiratory Pressure (o-PEP), hoogfrequente thoraxwand-oscillaties (HFCWO) en houdingsdrainage

^g Cliënten bij wie fysische therapie i.e.z wordt toegepast, zijn doorgaans opgenomen op een intensive-careafdeling, CCU afdeling, afdeling cardiologie, afdeling longgeneeskunde of in een revalidatiecentrum. Het kan met name gebruikt worden bij cliënten die geïmmobiliseerd zijn en niet of nauwelijks in staat zijn tot reguliere oefen therapie/ fysieke training

Toepassen van manuele verrichtingen

De HVL-fysiotherapeut maakt gebruik van manuele compressie ter bevordering van het mucustransport, bij het aanleren van ademhalingstechnieken en bij sputumretentie met neurologische oorzaak.

A.6 Dossiergegevens behandeling (fase 6)

Relevante behandelgegevens worden vastgelegd in journaalregels volgens de SOAP (subjectief, objectief, analyse en plan) systematiek. Bij behandeling van klachten met een chronisch karakter en bij langdurende interventies wordt geadviseerd goede afspraken met de cliënt te maken over het moment van tussentijdse evaluaties in relatie tot het (de) gestelde behandeldoel(en). Gezamenlijke evaluaties met de cliënt vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling, zeker wanneer het resultaat van de behandeling in sterke mate afhankelijk is van de medewerking / betrokkenheid van de cliënt. Bij die evaluaties kan het bijhouden van de resultaten door de cliënt zelf een grote rol spelen.

A.7 Dossiergegevens eindevaluatie en afsluiting (fase 7)

Hierin vindt de eindevaluatie en afsluiting van de behandeling plaats. Tests van voor het begin van de behandeling dienen te worden herhaald om zo inzichtelijk te maken naar de cliënt en naar externen wat het effect is geweest van de HVL-fysiotherapeutische behandeling.

Kenmerkende indirect cliëntgebonden verrichtingen zijn:

- Vastleggen en raadplegen van gegevens in het dossier.
- Raadplegen van kennisdatabases.
- Inter- en multidisciplinaire communicatie.
- Bieden van steun aan mantelzorgers/ verzorgers.

Naast voornoemde verrichtingen zijn er *ondersteunende verrichtingen*, zoals het ontwikkelen van het eigen beroep en verrichtingen ten behoeve van de vakkennis en de beroeps gebonden competenties.

1.5 Beroepsethiek

De beroepsethiek van de HVL-fysiotherapie heeft bijzondere aandacht voor 'zorg' in de breedste zin van het woord. Deze beroepsethiek is een normatieve ethiek (44), met als kern dat deze langdurig geldig, ofwel duurzaam is. De fysiotherapeut is zich van deze ethiek bewust en heeft, naast kennis van de beroepsethiek, ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep. De HVL-fysiotherapeut is zich ervan bewust dat binnen de beroepsgroep de Ethiekcommissie KNGF de randvoorwaarden schept voor het ethisch fysiotherapeutisch denken en handelen. Met deze randvoorwaarden borgt de Ethiekcommissie 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 (45)'*. Dit betekent voor de HVL-fysiotherapeut dat gewetensvol handelen als basisgrondhouding vraagt om de morele kwaliteiten aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid. Deze kwaliteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De HVL-fysiotherapeut kent ook de ethische grondbeginselen zoals vastgelegd in *Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut (46)*, de leidraad op ethisch gebied voor de gehele beroepsgroep. De fysiotherapeut is vanuit deze beroepsethiek in staat tot permanente kritische reflectie op bestaande normen en waarden van de Nederlandse samenleving, die gekenschetst wordt door etnische, religieuze en spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties (publieke moraal). De HVL-fysiotherapeut is ook in staat tot kritische reflectie op de normen en waarden van de cliënt. Op grond van deze kritische reflectie is de HVL-fysiotherapeut in staat gestalte te geven aan de zorgrelatie. De HVL-fysiotherapeut heeft hierbij oog voor de invloed van zijn persoonlijke normen en waarden (47).

Het contextuele kader waarbinnen de beroepsgroep haar maatschappelijke verantwoordelijkheid gestalte geeft, is het publieke zorgstelsel dat de zorg ordent om deze betaalbaar en toegankelijk te houden. De HVL-fysiotherapeut kan zich hierdoor, als professional in de zorg en als mens, gesteld zien voor morele dilemma's op verschillende niveaus (macro-, meso- en microniveau). Hierbij past een gewetensvol, bewust, verantwoord handelen van de HVL-fysiotherapeut, vanuit de herkenning van morele dilemma's en het tegen elkaar afwegen

van morele principes^h om te achterhalen wat ‘goed doen’ is. Vervolgens kan de HVL-fysiotherapeut vanuit deze overweging handelend optreden. Binnen bedoelde overwegingen is de HVL-fysiotherapeut zich er steeds van bewust dat persoonlijke ideeën, intuïties en gevoelens, bewust dan wel onbewust, een rol spelen bij de afweging van wat goed is om te doen. Maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en persoonlijke ontwikkelingen roepen de HVL-fysiotherapeut op tot voortdurende alertheid op dit vlak. De HVL-fysiotherapeut is beroepsinhoudelijk geschoold in het klinisch redeneren en geeft zich rekenschap van zijn handelen vanuit een wetenschappelijk en juridisch kader. Daarnaast is de HVL-fysiotherapeut een normatief professional die beschikt over zelfreflecterend vermogen. Dit krijgt gestalte doordat de HVL-fysiotherapeut oog heeft voor de wensen, verwachtingen en doelstellingen van de cliënt (*cliënt values*). Het is vanuit dít klinisch en normatief redeneren en het zelf reflecterend vermogen dat de HVL-fysiotherapeut op *cliënt values* aansluitende, doelgerichte, efficiënte en passende zorg verleent.

Mogelijke ethische dilemma’s die zich kunnen voordoen in het werkgebied van de HVL-fysiotherapeut zijn:

- Wel of niet doorgaan met het revalidatietraject bij terugval in rookgedrag of bij slecht medicatiegebruik, zoals bij tieners met astma.
- Wel of niet reanimeren bij ernstig longlijden, ernstig hartfalen NYHA klasse 4 en longkanker.
- Blijven motiveren en behandelen van volhardende sedentaire cliënten.

1.6 Wet- en regelgeving

De samenleving kent een aantal wetten en regelingen die betrekking hebben op hulpverlening in het kader van gezondheidszorg. Deze paragraaf geeft enkele wetten kort weer die van belang zijn voor het werken als HVL-fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk (tabel 1.3).

Tabel 1.3 Wet- en regelgeving

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. Voor de fysiotherapeut betekent dit dat hij in het BIG-register opgenomen moet zijn om de titel te kunnen voeren
Tuchtrecht	Binnen de Wet BIG artikel 3 is het tuchtrecht van de geregistreerde beroepsbeoefenaren geregeld. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle) met als beroepsinstantie het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
Kwaliteitswet zorginstellingen	Evenals de Wet BIG een kaderwet die het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling beoogt. Onder meer is de meldplicht van calamiteiten bij de Inspectie opgenomen evenals het hanteren van melding huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt ook voor de fysiotherapiepraktijk
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Deze wet regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder
Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	In deze wet zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op naleving van deze wet
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	Deze wet regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de cliënt, dan wel zijn juridische vertegenwoordiger
Modelregeling Fysiotherapeut -Cliënt	In deze regeling zijn de rechten en plichten zoals opgenomen in de WGBO voor de fysiotherapeut nader uitgewerkt en toegelicht. De regeling is tot stand gekomen in samenspraak met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de NPCF. Naast deze regelgeving zijn leden van het KNGF en fysiotherapeuten die ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie gehouden zich te gedragen overeenkomstig de Beroepsethiek en gedragsregels van de Ethiekcommissie van het KNGF
Wet klachtrecht cliënten zorgsector	Deze wet verplicht zorgaanbieders een onafhankelijke klachtenregeling te treffen die de cliënt de mogelijkheid geeft laagdrempelig een klacht in te dienen over een gedraging van de zorgaanbieder dan wel een medewerker van de zorgaanbieder
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen (Wet Bopz)	In deze wet staat onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen en onvrijwillig mag worden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Belangrijk doel van de wet is burgers die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden

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

Reglement Tuchtrechtspraak KNGF	Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak
Zorgverzekeringswet (Zvw)	De Zvw is per 1 januari 2006 in werking getreden. In de Zvw is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt verplicht een baserverzekering moet afsluiten
Wet langdurige zorg (Wlz)	De Wet langdurige zorg (Wlz) is sinds 1 januari 2015 van kracht. Dit is een publiekrechtelijke sociale verzekering: burgers zijn van rechtswege verzekerd. Het doel van de Wlz is om passende zorg te realiseren, met aandacht voor het individuele welzijn, voor met name ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met een blijvende verstandelijke lichamelijk en/of zintuiglijke beperking
Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)	Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te kunnen bieden
Good clinical practice	Dit is een internationale ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaard voor het opzetten, uitvoeren en rapporteren van klinisch onderzoek waarbij sprake is van deelname van proefpersonen. Door aan deze standaard te voldoen, wordt publiekelijk gewaarborgd dat de rechten, de veiligheid en het welzijn van de proefpersonen zijn beschermd in overeenstemming met de beginselen die hun oorsprong vinden in de Verklaring van Helsinki, en dat de gegevens uit het klinisch onderzoek betrouwbaar zijn

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod

In dit hoofdstuk worden de specifieke trends en ontwikkelingen beschreven die van invloed zijn op het domein van de HVL-fysiotherapie.

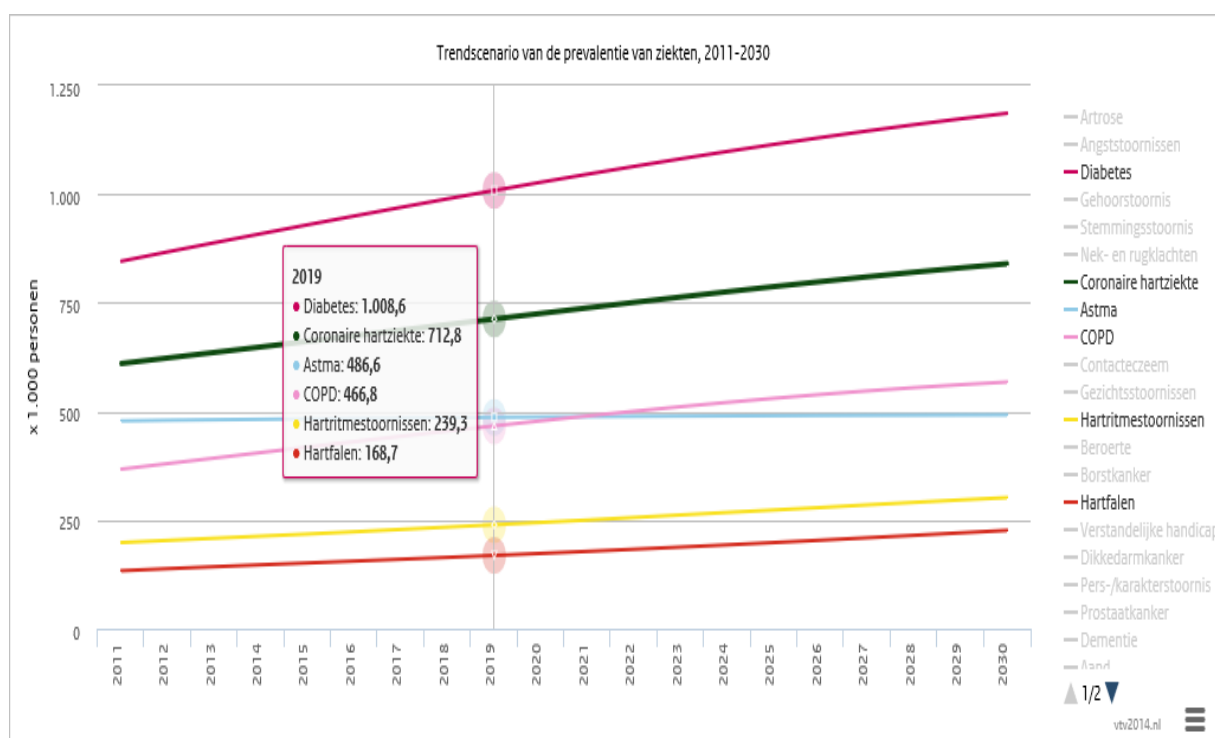
2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

Demografische ontwikkelingen

Het aantal ouderen stijgt sterk in 2030 (17). De vergrijzing neemt toe door een toename in het aantal ouderen en door een toegenomen levensverwachting (dubbele vergrijzing). Alleen al door deze demografische verschuivingen groeit het aantal mensen met een of meerdere chronische aandoeningen. De toename betreft zowel ouderen met als zonder functioneringsproblemen. De prognoses laten zien dat het aantal ouderen (65+) met fysieke functioneringsproblemen groeit met bijna de helft (17), waardoor de zorgvraag stijgt. Verder zal de bevolkingsgroei en -opbouw veranderen door emi- en immigratie en daarmee de culturele samenstelling (32). De naar verwachting toenemende culturele diversiteit in Nederland vereist dat de fysiotherapeut bekend is met de internationale gezondheidszorg, met specifieke genetisch bepaalde niet-Nederlandse aandoeningen alsmede met de cultuurafhankelijke beleving van aandoeningen. De communicatieve en sociale vaardigheden van de fysiotherapeut moeten ook kunnen aansluiten bij internationaal georiënteerde omgangsvormen.

Epidemiologische ontwikkelingen

De ontwikkelingen in de vraag naar HVL-fysiotherapie zijn voor een belangrijk deel gerelateerd aan de epidemiologische ontwikkelingen van HVL-aandoeningen. De verwachte stijging van coronaire hartziekten, COPD en diabetes is relatief groot (zie figuur 2.1).



Figuur 2.1 Trendscenario van de prevalentie van ziekten (49)

Naast vergrijzing worden de prognoses ook beïnvloed door andere factoren, zoals overgewicht en obesitas, die een belangrijke invloed hebben op het ontstaan van ziekten. Bijvoorbeeld bij prognoses op basis van epidemiologische ontwikkelingen zijn er in 2030 in vergelijking met 2012 naar schatting circa 11.500 meer gevallen van diabetes (en circa 10.000 meer gevallen van CVA) dan op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen (17).

De prognoses laten zien dat in 2030 meer dan de helft van de bevolking een of meerdere chronische aandoeningen heeft. Voor de fysiotherapeutische zorg leidt dit tot een groot en toenemend aantal cliënten met een of meerdere chronische aandoeningen of ziekten, en complexere vragen gericht op gezondheid en gedrag, in relatie tot beperkingen in participatie en activiteiten. Andere belangrijke ontwikkelingen die de vraag naar HVL-fysiotherapie gaan bepalen zijn: geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, 'better in, better out'¹-principe (50), toenemend zelfmanagement van cliënten, kortere ligduur na operaties en politieke en socio-economische ontwikkelingen.

Kosteneffectiviteit

In 2012 werd 14% van het bruto binnenlands product (bbp) uitgegeven aan zorg. In 2000 was dat 9,5% (32). Het structureel inzetten van fysiotherapie bij chronische aandoeningen leidt tot een grote efficiencywinst. Door fysiotherapie vaker in te zetten tijdens de behandeling van onder meer RA, Artrose, Osteoporose, Claudicatio Intermittens of COPD kan de samenleving ten minste 160 miljoen besparen.

Maatschappelijke ontwikkelingen

De verwachtingen om de door de burger gewenste participaties mogelijk te maken, zijn vaak (en mogelijk in toenemende mate) hooggespannen. Dit vraagt van de fysiotherapeut transparantie ten aanzien van de te leveren zorg, overleg en onderhandeling. De samenleving is de afgelopen decennia sterk geïndividualiseerd. In de gezondheidszorg krijgt dat onder meer gestalte in een toegenomen cliëntgerichtheid. Tegenwoordig wordt ook wel over een cliënt gecentreerde benadering gesproken, een benadering die impliciet inhoudt dat de mening van de cliënt bij de besluitvorming en behandeling duidelijk gewicht in de schaal legt (shared decision). Door de individualisering krijgen persoonlijke voorkeuren meer ruimte. Deze voorkeuren spelen ook een rol in de contacten tussen hulpverlener en cliënt. Cliënten met eenzelfde aandoening beschikken over diverse, uiteenlopende zorgbehoeften, afhankelijk van wat zij nastreven of nodig (denken te) hebben.

De zorg in de toekomst is erop gericht dat de mens zoveel mogelijk zelfstandig en in eigen leefomgeving kan functioneren. Er bestaat een toenemende waardering voor (het behoud van) gezond leven en preventie, en daarnaast voor de behandeling van meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit). De verwachting is dat er een verschuiving in de zorgvraag zal optreden, doordat mensen, ondanks ziekte of ouderdom, willen blijven participeren in maatschappelijk en werkverband. Mensen blijven langer thuis wonen, op vrijwillige basis, of verplicht op grond van wet- en regelgeving. Mensen willen de regie over hun eigen leven behouden en zich vanuit hun zorgbehoeften kritisch opstellen. Indien de burger dit niet zelf kan, zal een 'teamregisseur' de regie kunnen voeren, die kan wisselen afhankelijk van de situatie.

Via de moderne media kan de burger veel informatie vinden over wat er (technisch) in de gezondheidszorg mogelijk is. Cliënten informeren zich voor het bezoeken van zorgprofessionals via internet en hebben soms al een aantal mogelijke antwoorden paraat. Niet zelden heeft een cliënt ideeën over de geëigende therapie. Desondanks betekent toegang tot relevante gezondheidsinformatie op zich niet dat mensen een ongezonde levensstijl daadwerkelijk kunnen veranderen: sociale of fysieke obstakels, of obstakels in de vorm van iemands impliciete opvattingen over gezondheid en ziekte vormen daartoe soms te grote belemmeringen (34).

Deze ontwikkelingen vragen van de fysiotherapeut een andere benadering van zowel de cliënt als diens zorgvraag. Voor de onderlinge communicatie kunnen, naast bestaande kanalen, moderne (sociale) media een rol spelen, waardoor de fysiotherapeut beter kan aansluiten bij de vraag en beter kan inspelen op de regiefunctie van de cliënt. Voorbeelden hiervan zijn telemonitoring bij hartfalencliënten en het inventariseren van beweegactiviteit met digitale accelerometers via een internetportaal bij hartrevalidatie.

2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

De overheid is tegenover haar burgers verplicht om de kwaliteit van zorgvoorzieningen te stimuleren en te bewaken. Zorgverleners dienen verantwoorde zorg van goede kwaliteit te leveren. Wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan, is verder uitgewerkt in een centrale wet, namelijk de *Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)*, waarin de termen 'doeltreffend', 'doelmatig' en 'cliëntgericht' centraal staan. Naast haar taak op het gebied van goede voorzieningen ziet de overheid zich gesteld voor de taak oplossingen te vinden voor de groeiende kosten

¹ Better in better out (BIBO) staat voor het optimaliseren van de fysieke status van een cliënt voor en na een geplande operatie om achteruitgang tijdens de perioperatieve fase zoveel mogelijk te beperken.

van de zorg. Zij kwijt zich van deze tweede taak in samenwerking met cliënten- en consumentenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars.

Diverse beleidsmaatregelen zijn erop gericht kosten te beheersen en efficiënte zorg te bieden. Kostenbeheersing leidt ertoe dat zorg minder vaak intramuraal wordt verleend, wat een verschuiving van intra- naar extramuraal capaciteit met zich meebrengt. Verpleeg- en verzorgingshuizen zetten, vanuit financiële overwegingen, in toenemende mate diensten van derden in bij diverse onderdelen van zorg en op afdelingen. De lichtere hulpvragen zijn overgeheveld naar de gemeentelijke overheid via de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (WMO) (51).

Voor fysiotherapeuten is het, als uitvloeisel van de WMO, van belang dat gemeenten zich gaan richten op een aantal taken. Dat geldt voor spelen, bewegen en sporten. De fysiotherapeut kan een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt'. Door de trend om zorg dicht bij huis te geven, kan de HVL-fysiotherapeut zich positioneren in samenwerking met de algemene fysiotherapeut, de huisarts, de praktijkondersteuner, de thuiszorg, de ergotherapeut, de oefentherapeut en anderen als 'kwartiermakers van de beweegzorg'.

Samenwerking met de buurtsportcoach

In Amsterdam, maar ook in andere steden, is het project buurtsportcoach gestart. Buurtsportcoaches zijn buurtbewoners die van sport hun beroep hebben gemaakt en streven naar een gezonde wijk. Zij organiseren sport en bewegingsactiviteiten en brengen verschillende sportaanbieders, gezondheidsmedewerkers en leefstijldiensten bij elkaar. HVL-fysiotherapeuten kunnen samenwerken met buurtsportcoaches in de nazorg voor hun cliënten. Dat kan ook andersom plaatsvinden; buurtsportcoaches die een minder functionerende cliënt naar de HVL-FT verwijst.

Casus 2.1

De buurtsportcoach voert als beweegprofessional WMO-activiteiten uit waarbij de focus ligt op selectieve en universele preventie. Als beweegzorgprofessional heeft de HVL-fysiotherapeut een taak in het begeleiden van (hoog)risicogroepen voor HVL-aandoeningen (geïndiceerde preventie) en/of heeft een preventieve taak in het reduceren van de ziektelast c.q. voorkomen van verergering (zorggerelateerde preventie, casus 2.1) (20).

Naar aanleiding van de notitie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de betaalbaarheid van de zorg, vindt in toenemende mate substitutie plaats (casus 2.2) van de tweedelijns- en derdelijnszorg naar zorg in de eerste lijn (51).

Substitutie van de tweede naar de eerste lijn binnen de HVL-fysiotherapie in Haarlem

In Haarlem is de organisatie van de hartrevalidatie sinds 2013 veranderd. Middels een risicostratificatie wordt de laag complexe hartrevalidatie uitgevoerd in een netwerk van fysiotherapiepraktijken in de eerste lijn. Door een elektronisch patiëntvolgsysteem wordt het monitoren van kwaliteit geborgd.

Casus 2.2

Een andere relevante ontwikkeling is de populatiegebonden bekostiging. In de Verenigde Staten van Amerika en Duitsland wordt daarmee geëxperimenteerd. Samenwerkingsverbanden van eerstelijnszorg, ziekenhuizen en instellingen voor verpleging en verzorging ontvangen een budget, dat gebaseerd is op kenmerken van de populatie waarvoor zij zorgen. Binnen dat budget kunnen zij schuiven van tweede- naar eerstelijnszorg en naar preventieve interventies.

De toegenomen eisen die worden gesteld aan de praktijkvoering, de verantwoording van de behandeling en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de fysiotherapiepraktijk door cliënten, vraagt van de fysiotherapeut in toenemende mate om ondernemerschap. De geschetste ontwikkelingen bieden de fysiotherapeut daarbij ook mogelijkheden en kansen. Zo kan de fysiotherapeut een samenwerking aangaan met andere partners in en buiten de zorg en op zoek gaan naar andere maatschappelijke contacten met bijbehorende financieringsbronnen. De ondernemer in de fysiotherapeut is in staat deze kansen optimaal te benutten. De fysiotherapeut van de toekomst zal de op ondernemerschap gerichte competenties sterker moeten ontwikkelen.

Er zal een steeds groter beroep gedaan worden op informele zorg. Dit lijkt onontkoombaar, gezien de grote problemen om de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden. De burger zal in toenemende mate een beroep op andere burgers doen voor diensten die voorheen door professionals werden geleverd (mantelzorg). Een fysiotherapeut kan hierin een belangrijke rol spelen, door bijvoorbeeld mantelzorgers te

instrueren en te adviseren op het gebied van tillen van cliënten, het doen van transfers en het helpen bewegen, zodat de zorg, zowel voor de cliënt als voor de mantelzorgers, vol te houden is.

Integrale zorg en samenwerking

Om beter in te kunnen spelen op de zorg voor mensen met complexe problematiek die samengaat met de toenemende chroniciteit en vragen rondom multimorbiditeit, moet de zorg integraal of als een samenhangende pakket worden aangeboden. Hiervoor is het nodig dat zorgverleners goed met elkaar samenwerken en de zorg op elkaar afstemmen, terwijl mensen met chronische ziekten de regie over hun eigen leven voeren, zodat de ziekte goed wordt ingepast in hun bestaan.

Op het gebied van dit geïntegreerde aanbod is al een aantal organisatorische veranderingen in gang gezet. De programmatische aanpak van ketenzorg in de eerste lijn wordt toegepast bij een aantal veel voorkomende chronische aandoeningen. Het is een inter- en multidisciplinaire aanpak, waarbij versnippering en vertraagde voortgang worden vermeden. Deze multidisciplinaire aanpak werkt vanuit zorgstandaarden, zoals de Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement (2013) en de Zorgstandaard COPD (2016). De multidisciplinaire aanpak moet functioneel bekostigd worden via de huisartsen-diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Met name voor cliënten met HVL-aandoeningen wordt de zorg integraal georganiseerd (37, 52, 53). Op deze wijze wordt gestreefd naar ontmanteling van het versnipperde en reactieve karakter van het huidige, op de acute zorg geënte zorgsysteem.

Ook internationaal zijn geïntegreerde zorgprojecten gaande, waaronder het 'chronic care model' (54). Vooruitdenken bij zorgverlening en het gezamenlijk aanbieden van zorg, op een plek dicht bij de cliënt, leiden in dit model tot hogere kwaliteit van zorg (54-56). Dit laatste model verschilt van het eerste doordat de focus meer ligt op functionaliteit en multimorbiditeit en minder op specifieke pathologie, waardoor de zorg rond multimorbiditeit mogelijk beter geleverd kan worden. Ook wordt het ondersteunen van het zelfmanagement van de cliënt binnen dit model niet toebedeeld aan een beperkt aantal, maar aan alle bij de cliënt betrokken zorgverleners.

Een derde vorm van geïntegreerde zorg is de zorgbehoefte die bestaat in woon- en zorgcomplexen waar wonen, zorg, bewegen (sport) en recreatie naast elkaar en naar behoefte beschikbaar zijn. Een meer geïntegreerde zorgorganisatie vereist effectieve samenwerking. Onderlinge samenwerking zal, gezien de afname van het beschikbare personeel in de zorg, belangrijker worden. Het werken in deze integrale zorg vraagt van de fysiotherapeut goede organisatie- en samenwerkingsvaardigheden. Kennis van de eigen competenties en de competenties van andere professionals in en buiten de beweegzorg. In projecten waar het accent ligt op beweegzorg, functionaliteit en participatie, is de fysiotherapeut de aangewezen professional om deze coördinerende functie op zich te nemen.

Extreme taakdifferentiatie met vaste bevoegdheden wordt steeds meer als ongewenst gezien. Taakdelegatie zal meer en meer plaatsvinden. De HVL-fysiotherapeut zal daarbij wellicht gebruikmaken van een fysiotherapeut assistent. Deze zal – mits bekwaam – niet alleen fysiotherapeutische verrichtingen en metingen gaan uitvoeren, maar ook metingen en verrichtingen van andere, aanpalende disciplines. Logisch vervolg hierop is de mogelijkheid om bevoegdheden van de HVL-fysiotherapeut uit te breiden en deze taken te laten overnemen van artsen, zoals het aanvragen of het, samen met een functioneel laborante, uitvoeren van een maximale inspanningstest, een echo-cor of een directe doorverwijzing naar de cardioloog, longarts of vaatchirurg.

De toenemende vraag vanuit de overheid en vanuit cliënten- en patiëntenorganisaties naar transparantie en verantwoording van zorg, maakt het noodzakelijk de daadwerkelijke effecten van verleende zorg te meten. De effectiviteit en transparantie van het totale zorgverleningstraject is een belangrijk kwaliteitskenmerk. Deze items worden meetbaar gemaakt door bijvoorbeeld 'patiënt reported outcome measures' (PROMs). Bij een PROM gaat het om het meten van het cliënt perspectief over de einduitkomsten van het gehele traject dat de cliënt heeft doorlopen en niet enkel om effecten van deelprocessen (57). Ook intern zijn PROMs te gebruiken als evaluatie van de behandeling. Deze trend geldt ook voor het domein HVL-fysiotherapie. Een voorbeeld van een generieke PROM is het door de patiënt ervaren effect van de behandeling, ofwel Global Perceived Effect (GPE). Het meten van uitkomsten van de zorg zullen onderdeel worden van het Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB) en (toekomstig) Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL.

Preventie

Om kosten van de gezondheidszorg te beperken, zet de overheid in op gespecialiseerde kennis op het vlak van preventie.¹ De fysiotherapeut is in het persoonlijke contact met de cliënt steeds meer gericht op preventie en verricht activiteiten op het gebied van de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie, gekoppeld aan individuele cliënten (20). Tijdens de behandeling is de fysiotherapeut alert op risicofactoren, ziekten en aandoeningen waarvan de cliënt zich nog niet bewust is. Maar de fysiotherapeut doet alleen onderzoek als de verdenking op een aandoening of een probleem met bewegen gegrond is (*case-finding*). Tevens is er steeds meer wetenschappelijke evidentie dat voldoende bewegen een gunstig effect heeft op het voorkomen van (meerdere) ziekten en het verbeteren van de gezondheidstoestand bij chronische ziekten. Veel HVL-cliënten zijn fysiek inactief (8, 13, 14), wat negatieve gevolgen heeft voor het ziektebeloop en de kwaliteit van leven (15). Het bevorderen van fysieke fitheid lijkt dan ook een alternatief voor medicatie te zijn, of dient in ieder geval voorgeschreven te worden naast medicatie (48).

Als uitvloeisel van de preventieve invalshoek is het van belang dat de fysiotherapeut meer dan voorheen samenwerking zoekt met partners buiten de zorg. Dat zijn vooral de gemeenten die in kader van de WMO een belangrijke gezondheidstaak toebedeeld hebben gekregen. Om samenwerking te faciliteren ontwikkelt WMO op advies van de gezondheidsraad Netwerken Sociaal Domein, waarin onder andere ook wijkteams een belangrijke rol spelen (21). Verder zijn er sportorganisaties en bedrijven die wellness-activiteiten aanbieden. Alle betrokkenen, de cliënten voorop, hebben voordeel bij logische, naadloze, maar wel duidelijke overgangen tussen beweegactiviteiten, reguliere sportactiviteiten en zorgactiviteiten zoals bedoeld in de individuele gezondheidszorg (*Wet BIG*). Een fysiotherapeut in een dergelijke setting zal zich daarom, behalve als beweegzorgprofessional, moeten positioneren als innovatieve ondernemer die netwerken opbouwt in de wijk waar hij werkzaam is en dat ook doet bij cliëntenorganisaties.

2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

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

Wetenschap

De afgelopen 25 jaar heeft de fysiotherapie nationaal en internationaal haar wetenschappelijke basis verbreed. Dit geldt voor zowel fundamenteel, klinisch als translationeel wetenschappelijk onderzoek. Het wetenschappelijk rendement van de fysiotherapie is sterk verhoogd. Een forse toename van hoogleraren, stafmedewerkers aan universiteiten, lectoraten aan hogescholen en een toename van vele academische promoties getuigen hiervan. Ook het onderzoek en aantal promoties op het gebied van HVL-fysiotherapie en van verwante aandachtsgebieden, zoals chronische aandoeningen en revalidatiegeneeskunde is sterk toegenomen. Dit heeft geresulteerd in een groot aantal mono- en multidisciplinaire wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen die ter beschikking van de HVL-fysiotherapeut staan (58-60), zie par. 1.2.2. Een passende implementatiemethode voor richtlijnen is daarbij belangrijk (61, 62). Het groeiend aantal wetenschappelijke studies van hoge kwaliteit heeft geleid tot een toenemend inzicht in de factoren die bepalend zijn voor het beloop en het succes van het fysiotherapeutisch handelen. Dit vraagt om specialisatie van de beroepsgroep als geheel en van specialisme HVL-fysiotherapie. Een HVL-fysiotherapeut is in staat wetenschappelijke studies en richtlijnen adequaat te beoordelen op kwaliteit en validiteit en te vertalen naar de praktijk.

Er is en wordt in toenemende mate onderzoek gedaan, juist ook op het terrein van de HVL-fysiotherapie, waaruit blijkt dat oefenen bij cliënten met chronische aandoeningen positieve effecten heeft op de algehele gezondheid. In onderstaande tekst worden een aantal voorbeelden gegeven van wetenschappelijke onderzoeken in het HVL-domein. Hulzebos (2006) vond bij cliënten met een hoog risico op het ontwikkelen van pulmonaire complicaties die vóór een Bypass operatie ademspiertraining kregen minder postoperatieve complicaties en een verkorte opnameduur in het ziekenhuis (63). Dezelfde effecten worden gesuggereerd bij thorax en buikoperaties (64). Marcellis (2011) liet zien dat bij cliënten met sarcoidose fysieke beperkingen aanwezig en meetbaar zijn (65). Deze beperkingen kunnen van grote invloed kunnen zijn op de kwaliteit van leven (66). Van der Giessen (2007) onderzocht bij cliënten met cystic fibrose (CF) de optimale afstemming van

¹ Huisartsenposten, inloopcentra en andere kleinschalige gezondheidscentra spelen een belangrijke rol aan de poort van het zorgsysteem. Ook de gecreëerde mogelijkheden tot bewegen, zoals het recreëren in de buurt, spelen een belangrijke preventieve rol, evenals het via moderne media beschikbaar stellen van begrijpelijke en direct toepasbare informatie over gezondheid en ziekte

medicijnen en behandeling bij luchtwegproblemen en vond een positiever effect op de longfunctie als het medicijn voor de sputummobilisatie toegediend werd in plaats van erna (67). Werkman (2016) vond bij kinderen en jongeren met milde (klinisch stabiele) CF geen enkele metabole beperking die een klinisch significante rol speelt om te kunnen profiteren van fysieke training (68). De gevonden effecten waren onafhankelijk van de diagnose, type interventie (operatief of niet) en leeftijd. Vaes (2014) onderzocht de mate van fysieke inactiviteit bij cliënten met COPD. Ze vond dat het verminderd fysiek actief zijn bij COPD gevolgen heeft voor onder andere kwaliteit van leven, ziekenhuisopname en mortaliteit (69). Klijn (2013) vond bij cliënten met ernstig COPD betere effecten op het uithoudingsvermogen en kwaliteit van leven na een niet-lineaire geperiodiseerde trainingsprogramma vergeleken met de traditionele manier van trainen (70). Als laatste vond Gommans (2016) bij cliënten met perifeer arterieel vaatlijden een minimale correlatie van de fysieke capaciteit en de dagelijkse activiteiten met als gevolg dat de laatste mogelijk meer een rol zou moeten spelen in de fysiotherapeutische behandeling (71).

Een toenemend aantal valide klinimetriscie meetinstrumenten zijn beschikbaar die kunnen worden ingezet ter ondersteuning van het professioneel handelen. Het meten ter ondersteuning van het klinisch redeneren en het HVL-fysiotherapeutisch methodisch handelen, vraagt om kennis en vaardigheden van de HVL-fysiotherapeut met betrekking tot de keuze van geschikte meetinstrumenten en de interpretatie van de gevonden uitkomsten.

Van zorgaanbod naar zorgvraag

De focus op de zorgvraag vereist volgens het rapport Kaljouw van de zorgaanbieder zogenoemde ‘nieuwe’ generalistische bekwaamheden, zoals bevorderen van het functioneren, kunnen de-escaleren, toepassing van technologie, netwerkbekwaamheden, maatschappelijke bekwaamheden en kennis van de context waarin functioneringsproblemen zich voordoen (woningbouw, sportvoorzieningen, infrastructuur). Een voorbeeld van een nieuwe generalistische *cluster* van bekwaamheid is chronische aandoeningen, multimorbiditeit gecombineerd met psychosomatiek. Het gaat volgens het rapport om het bevorderen van burgers op fysiek, psychisch en sociaal gebied. Hierbij zijn naast generalistische ook specialistische kennis en vaardigheden nodig, ernstige en/of complexe aandoeningen vereisen dat. Context-complexiteit (bijvoorbeeld de mate van complexiteit van medische problemen) en patiënt-complexiteit (bijvoorbeeld multimorbiditeit en/of gelijktijdig optreden van problemen op lichamelijk, functioneel, psychisch en sociaal vlak) bepalen in de verschillende zorggebieden^k wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen (17).

Participatie

De fysiotherapie is ook gericht op het optimaliseren van het bewegend functioneren in relatie tot participatie; het ziektemodel is vervangen door een partnership tussen behandelaar en cliënt. Fysiotherapeutische behandeldoelen worden daarom geformuleerd in termen van activiteiten en participatie. De verwachtingen om het gewenste participatieperspectief mogelijk te maken zijn vaak hooggespannen. Dit kan dilemma's in de zorg opleveren, bijvoorbeeld doordat de cliënt de fysiotherapeut overvraagt of doordat bepaalde zorg voor cliënten niet toegankelijk blijkt. Sommige cliënten hebben geen wensen, anderen houden star vast aan hun initiële wensenpakket. Dergelijke situaties vragen om een open communicatie, waarbij eerdere ervaringen met therapie en de actuele omstandigheden van de cliënt expliciet worden besproken en meegenomen.

Communicatie

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

^k De zorgvraag 2030 heeft geleid tot de inrichting van vier zorggebieden: Voorzorg (A); Gemeenschapszorg (B); Laagcomplex en complexe zorg (C) en Hoogcomplex zorg (D). Het ABCD-model presenteert een integrale en dynamische benadering van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 en het professioneel handelen dat hierbij gewenst is in de context die hierbij relevant is. Op basis van de prognoses heeft het TNO 23 functioneringsprofielen gedefinieerd. Deze zijn per profiel verdeeld over de zorggebieden A t/m D en vervolgens geclusterd in zes clusters op basis van overeenkomst. Daaruit blijkt dat in 2030 een groot deel van de mensen meerdere problemen en/of aandoeningen heeft en zich in meerdere zorggebieden (A t/m D) beweegt. Context-complexiteit en patiënt-complexiteit bepalen in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren te herstellen of te bevorderen

communicatie, waardoor de fysiotherapeut beter kan aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt, met respect voor de regiefunctie van de cliënt.

2.4 Technologische ontwikkelingen

Informatie- en communicatietechnologie

In de gezondheidszorg worden in toenemende mate internettechnologie en andere technologische hulpmiddelen ingezet. EHealth is een ruim begrip en wordt gedefinieerd als ‘de technologische ondersteuning van de zorg die leidt tot een verbetering van de gezondheidstoestand’ van cliënten. Gebrek aan geld en menskracht zal ertoe leiden dat de invoering van eHealth sneller zal verlopen dan gedacht. Er zijn ook intrinsieke voordelen van eHealth. De ondersteuning sluit goed aan bij het zelfmanagement van de huidige cliënt. eHealth omvat het monitoren van de eigen medische toestand of een aantal lichaamsfuncties en de communicatie hierover met de behandelaar. Ook telemonitoring, mHealth, domotica en robotica vallen onder eHealth. Domotica stelt mensen in staat om langer thuis te blijven door de toepassing van moderne technologie in de thuissituatie, bijvoorbeeld apparatuur die vanzelf uitgaat of een persoonsalarmering. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de relatie tussen zorgverlener en cliënt.

2.5 Opleiding en deskundigheid van de HVL-fysiotherapeut

De opleidingskolom fysiotherapie bestaat uit een bachelor- en mastercompartiment met daarboven het PhD-niveau. De bacheloropleiding leidt op tot fysiotherapeut EQF niveau 6 (EQF = European Qualifications Framework) en levert een BIG-geregistreeerde allround fysiotherapeut in de individuele gezondheidszorg. De bacheloropleiding Fysiotherapie geeft toegang tot de masteropleiding die opleidt tot EQF niveau 7 (EQF 7). De toekomstige professional zal steeds meer een zogenaamd T-shape professional moeten zijn met specialistische kennis en vaardigheden in de verticale poot en generalistische kennis en vaardigheden in de horizontale poot (onder meer netwerk-, technologische- en maatschappelijke bekwaamheden) (72). Voorbeelden van masteropleidingen op het gebied van HVL-fysiotherapie zijn ‘Fysiotherapie / oefentherapie bij chronische aandoeningen’ op de Hogeschool Leiden (anno 2017 niet meer bestaand), en de masteropleiding ‘Revalidatie bij chronische aandoeningen’ op Saxion Hogeschool Enschede. Het BP biedt ondersteuning voor de masteropleidingen om de benodigde competenties aan te scherpen.

De master HVL-fysiotherapeut beheerst competenties (kennis, vaardigheden, en attitude) waarmee hoog complexe zorg en/of specialistische zorg geboden kan worden en waarmee hij kan participeren binnen (wetenschappelijk) onderzoek. Verder wordt hij opgeleid om competenties op masterniveau te kunnen toepassen op het gebied van samenwerking, communiceren, organiseren en innoveren. Als laatste om bij te dragen aan praktijkgericht onderzoek c.q. te initiëren en om wetenschappelijke literatuur te interpreteren, te vertalen en te implementeren in de dagelijkse praktijk. De HVL-fysiotherapeut bezit zowel specialistische als generalistische kennis. Hij kan te maken krijgen enerzijds met hoog complexe en/of specialistische cliënten, anderzijds met complexe zorg rondom de HVL-cliënt (met verschillende hulpverleners). Dit vereist specialistische en geavanceerde kennis (zie par. 3.2. en 3.3). De HVL-fysiotherapeut handelt volgens de kenmerken van evidence-based practice (EBP) maar kan om diverse redenen beargumenteerd afwijken van de richtlijn. Op deze manier draagt hij, samen met de cliënt, bij aan de meest optimale, doelmatige en efficiënte zorg in een veilige werkomgeving. Bovendien kan hij zorg bieden aan cliënten die niet in een mono- of multidisciplinaire richtlijn zijn te vervatten.

De fysiotherapie kent ook een wetenschappelijke master die aan de universiteit gevolgd kan worden, namelijk de Fysiotherapiewetenschap (titel MSc). Nieuwe universitaire masters fysiotherapie zijn op dit moment in ontwikkeling, evenals initiatieven voor 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 dat is 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 interdisciplinair verband en heeft meer bevoegdheden, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied.

Hoofdstuk 3 De competente Hart-, Vaat-, en Longfysiotherapeut

Een competente HVL-fysiotherapeut kenmerkt zich door het vermogen in voorkomende situaties adequaat, gemotiveerd, proces- en resultaatgericht te handelen, door het geïntegreerd inzetten van vakkennis en vaardigheden, en door een professionele houding.

Om competent te blijven werkt de fysiotherapeut continu aan zijn deskundigheid. Deskundigheidsontwikkeling in de fysiotherapie speelt zich af op twee niveaus: op het niveau van het beroep en op het niveau van de individuele professional. Op het niveau van het beroep verwijst deskundigheidsontwikkeling naar een proces van beroepsontwikkeling met specifieke kenmerken, zoals de ontsluiting en vorming van een 'Body of Knowledge and skills'. Daarnaast verwijst deskundigheidsontwikkeling naar de bewustwording en erkenning van het eigen deskundigheidsdomein. Op het niveau van de individuele professional verwijst deskundigheidsontwikkeling naar het proces waarin de individuele fysiotherapeut zijn kennis, kunde en professioneel handelen 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 BP dat voor iedere HVL-fysiotherapeut van kracht is. Deskundigheid wordt daarbij niet meer opgevat als de optelsom van kennis, vaardigheden en attitudes, maar als geïntegreerde delen, aangeduid met de term 'competenties'.

Competenties zijn in belangrijke mate inhoud- en context specifiek. Of iemand competent is in een specifieke situatie is afhankelijk van de mate waarin hij over de deskundigheid en ervaring beschikt, die relevant zijn om problemen op te lossen in de context waarbinnen die problemen zich voordoen. Daarom omvat de beschrijving naast een korte, compacte formulering van de competenties ook een toelichting met typerende en kritische beroepssituaties en resultaten. Deze beroepssituaties zijn vooral bedoeld ter illustratie; het geheel aan problemen en contexten is zo gevarieerd dat het niet haalbaar is een beschrijving te geven die recht doet aan alle situaties die in de praktijk voorkomen.

3.1 Context en niveau

Bij het beschrijven van de competentieprofielen in deel 2 van dit BP 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 Nederlandse nationale kwalificatiekader (NLQF) beschrijft alle kwalificatieniveaus binnen Nederland met hetzelfde begrippenkader. In de NLQF zijn de niveaubeschrijvingen van het EQF gedetailleerder uitgewerkt. Het EQF onderscheidt acht niveaus. De sleutelbegrippen die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving (zie <http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>) zijn: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid:

- 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 die verband houden met het fysiotherapeutisch beroep.
- Vaardigheden:
 - Toepassen van kennis reproduceren, analyseren, integreren en evalueren, en dit combineren in de uitoefening van het beroep.
 - Probleemoplossende vaardigheden.
 - Leer- en ontwikkelingsvaardigheden.
 - Informatievaardigheden.
 - Communicatieve vaardigheden.

3.1.1 De HVL-fysiotherapeut 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 HVL-fysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF-niveau 7) gelden de volgende kwaliteitscriteria.

De HVL-fysiotherapeut:

- Bezit bijzondere gespecialiseerde kennis en vaardigheden, die ten dele zeer geavanceerd is op het HVL-vakgebied en op het gebied van de voor de HVL-fysiotherapeut relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën (zie BOKS).
- Heeft een kritisch bewustzijn van kennisproblemen op HVL-fysiotherapeutisch vakgebied, op de voor de HVL-fysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- Kan het gezondheidsprobleem samen met de cliënt multifactorieel en multidimensionaal analyseren, waarna de HVL-fysiotherapeut een gerichte oplossingsstrategie formuleert, bespreekt en waar mogelijk uitvoert.
- Kan professioneel handelen bij hoog complexe en/of specialistische HVL-cliënten waarbij de situatie en voortgang onvoorspelbaar van karakter en/of nauw overleg met de arts / specialist noodzakelijk kan zijn en/of waarbij meer rekening gehouden dient te worden met belasting en belastbaarheid en met de veiligheid van de cliënt.
- Kan principes van EBP / PBE beter toepassen bij het optimaal handelen bij cliënten in het HVL-kennisdomein en beargumenteerd afwijken van de richtlijn; kan optimale zorg bieden aan cliënten die vanwege hoge complexiteit of beperkt voorkomen van de aandoening of probleem niet in richtlijnen zijn te vervatten.
- Is in staat helder en begrijpelijk te communiceren met andere zorgverleners (collegae, medisch specialisten, huisarts, praktijkondersteuners) als ook met andere personen die betrokken zijn bij de zorg van de HVL-cliënt (mantelzorger, ambtenaar).
- Heeft een actieve rol in de behandelketen rondom de HVL-cliënt en zorgt mede voor een goede samenwerking om zowel korte als lange termijn doelen te realiseren.
- Bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- Analyseert, organiseert, transformeert en managet complexe situaties; ook situaties 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.
- Neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan professionele kennis en werkwijzen en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

3.2 Competentieprofiel van de HVL-fysiotherapeut

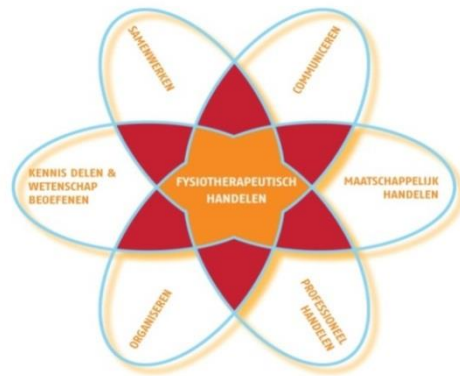
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel

De competenties van de HVL-fysiotherapeut zijn geordend volgens het CanMEDS-model waarin zeven competentiegebieden centraal staan (figuur 3.1). Er is gekozen voor het beschrijven van de competenties in *gebieden*, conform de systematiek in de medisch-specialistische beroepen (KNMG), en niet in *rollen*, zoals in het CanMEDS-model wel gebeurt. De beschrijving in competentiegebieden doet naar onze mening meer recht aan het geïntegreerd inzetten van competenties bij het centrale handelingsgebied 'HVL fysiotherapeutisch handelen'.

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd:

- Er zijn zeven competentiegebieden.
- Per competentiegebied is een omschrijving gegeven.
- Per competentiegebied zijn vier zogeheten sleutelcompetenties beschreven.
- De sleutelcompetenties zijn vervolgens geoperationaliseerd in indicatoren.

De competenties zijn geformuleerd in werkwoorden als termen van gedrag. Bij de (omschrijving van de) competenties gaat het om feitelijk gedrag in de praktijk. Bij de beoordeling van professional masters in de opleiding is sprake van competent handelen bij HVL-aandoeningen en het fysiotherapeutisch handelen in deze specifieke situaties.



Figuur 3.1 CanMEDS-model

3.2.2 De competentiegebieden van de HVL-fysiotherapeut

Het CanMEDS-model onderscheidt zeven competentiegebieden, die achtereenvolgens benoemd en toegelicht worden.

1. **Fysiotherapeutisch handelen:** De HVL-fysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met problemen met bewegen veroorzaakt door HVL-aandoeningen. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens, zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van EBP beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, preventieve, curatieve en palliatieve zorg op ethisch verantwoorde wijze. Kan fysiotherapeutisch handelen bij hoog complexe en/of specialistische HVL-cliënten aan de hand van verworven competenties uit het BOKS HVL-fysiotherapie, EQF 7.
2. **Communiceren:** Om een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de fysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen. De fysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het fysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie. De HVL-fysiotherapeut kan met alle betrokken zorgprofessionals communiceren op gelijk abstractieniveau, met inbreng van specifieke kennis en behandeladvies.
3. **Samenwerken:** De fysiotherapeut werkt, indien nodig, samen met betrokken professionals, zorgverzekeraars en maatschappelijke en overheidsinstanties, 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 HVL-fysiotherapeut handelt volgens de principes van evidence-based practice, levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise van zichzelf en anderen en initieert c.q. levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek. Hij kent de regels van *good clinical practice* en draagt bij aan de innovatie om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis te verspreiden.
5. **Maatschappelijk handelen:** De HVL-fysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit, waarbij factoren als beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
6. **Organiseren:** Om als fysiotherapeut efficiënt en effectief te functioneren spant de HVL-fysiotherapeut zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de fysiotherapeut als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook als die van anderen. De fysiotherapeut neemt besluiten voor het gebruik of de 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 de organisatie.
7. **Professioneel handelen:** De HVL-fysiotherapeut levert hoogstaande cliëntzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.

3.2.3 HVL-fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving

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

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

In het competentiegebied ‘fysiotherapeutisch handelen’ zijn vier competenties geformuleerd (tabel 3.1) die gerelateerd zijn aan de drie procesfasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen (paragraaf 1.4.2). In de matrix is de relatie aangegeven tussen de processen van het fysiotherapeutisch handelen, de zeven fasen uit de Fysiotherapeutische dossiervoering 2016 en de vier competenties in het competentiegebied fysiotherapeutisch handelen.

Tabel 3.1 De vier competenties van competentiegebied ‘fysiotherapeutisch handelen’ (competentiegebied 1)

Fase methodisch handelen	Acht stappen	Competentiegebied 1
Fase 1: aanmelding, DTF en aanmelding met verwijzing	1a. Aanmelding 1b. Inventariseren hulpvraag 1c. Screening niet-pluis en pluis 1d. Informeren adviseren	1.1 Screening <i>De HVL-fysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, om te besluiten of het gezondheidsprobleem in of buiten het beroepsdomein van de fysiotherapie valt</i>
Fase 2 t/m 4: aanvullende (hetero)anamnese; onderzoek; analyse en conclusie	2. Aanvullende (hetero)anamnese 3. Aanvullend onderzoek 4. Analyse en conclusie	1.2 Diagnostiek <i>De HVL-fysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van de cliënt</i>
Fase 5 t/m 7: behandelplan; behandeling; eindevaluatie en afsluiting	5. Behandelplan 6. Behandeling	1.3 Behandelen <i>De HVL-fysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met de cliënt-geïndiceerde behandeling uit</i>
	7. Eindevaluatie 8. Afsluiting	1.4 Afsluiten van de behandeling <i>De HVL-fysiotherapeut sluit in samenspraak met de cliënt de behandeling af</i>

3.3 Body of Knowledge and Skills

De Body of Knowledge (tabel 3.2) en de Body of Skills (tabel 3.3) van de HVL-fysiotherapeut zijn een surplus (en dus op EQF 7 niveau) boven de kennisdomeinen als beschreven in het Nationaal Transcript Fysiotherapie (2008), dat is beschreven op EQF niveau 6 (73). De HVL-fysiotherapeut beschikt over verdiepende en overtreffende kennis van (functionele) anatomie, (inspannings)fysiologie, kinesiologie, pathologie, medische technologie, psychologie en gezondheidskunde. Voor het bepalen van de juiste interventie, met de juiste intensiteit op het juiste moment bij hoog complexe en/of specialistische HVL-clieënten is het van groot belang om over deze verdiepende en overtreffende kennis en vaardigheden te beschikken evenals over specifieke communicatie-, samenwerkings- en organisatievaardigheden. Zie tabel 3.2 en 3.3 voor respectievelijk de Body of Knowledge en Body of Skills.

Tabel 3.2 Body of Knowledge

Kennisdomein	Verdiepende en overtreffende kennis
Functionele anatomie	<ul style="list-style-type: none"> o Anatomie en functionele anatomie van het cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem
Fysiologie/inspanningsfysiologie	<ul style="list-style-type: none"> o Fysiologie van cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem o Bouw en functie van cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem; regulatie van het cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem in rust, tijdens inspanning en bij herstel o Interpretatie van bloedgassen (zoals de pH, PaO₂, PaCO₂, BE) en relevante labwaarden o Inspanningsfysiologie en trainingsleer o Mogelijke limitaties van het inspanningsvermogen en/of inspanningstolerantie (cardiorespiratoir, cardiovasculair en/of musculoskeetaal) gebaseerd op het model van Wasserman o Adaptatie- en trainingsmogelijkheden van het cardiorespiratoire, cardiovasculaire en musculoskeletale systeem o Neurofysiologie van cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem o Neurohormonale invloed / sturing van het cardiorespiratoire, cardiovasculaire en musculoskeletale systeem, zoals invloed van (fysieke en/of psychosociale) stressoren
Kinesiologie	<ul style="list-style-type: none"> o Mobiliteit van gewrichten en spierfunctie van spieren rondom het cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem o Biomechanica o Kinetica (bijvoorbeeld van het gangpatroon bij mensen met perifeer arterieel vaatlijden) o Mucus transport, mucus mobilisatie en evacuatie
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> o Cardiovasculaire pathologie, pulmonale pathologie en perifere vasculaire pathologie <ul style="list-style-type: none"> • zoals hartfalen indeling in NYHA-classificatie, obstructieve en restrictieve longaandoeningen (COPD, astma, longfibrose, cystic fibrose), PAV o Patho(fysio)logische processen kunnen verklaren (klinisch redeneren) o Patho(fysio)logische veranderingen binnen en buiten het aangedane orgaan <ul style="list-style-type: none"> • zoals fibrosering, pulmonale hypertensie, statische en dynamische hyperinflatie, systemische gevolgen op spiervezelsamenstelling en -functie en op lichaamssamenstelling (vetvrije massa index) o Interne pathologieën die invloed hebben op hart-, vaat-, en longaandoeningen <ul style="list-style-type: none"> • zoals ander orgaanlijden, diabetes mellitus en oncologische aandoeningen o Hart-, vaat en longchirurgie <ul style="list-style-type: none"> • zoals lobectomie, pneumectomie, hart- en longtransplantaties o Operatieve ingrepen die het cardiorespiratoire en cardiovasculaire systeem beïnvloeden <ul style="list-style-type: none"> • zoals neus-, keel- en halsingrepen bij carcinomen de ademhaling beïnvloeden o Gezondheidsdeterminanten: aard, ernst en fasen van de aandoeningen alsmede onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren die de (kans op een) HVL-aandoening, de behandeling en beperkingen in functioneren beïnvloeden <ul style="list-style-type: none"> • zoals multimorbiditeit en fysieke en psychische belastbaarheid • zoals interpreteren van de BODE-index en de DOSE-index bij COPD
Medische technologie	<ul style="list-style-type: none"> o Kennis van hart-, vaat- en longfunctieonderzoeken zoals ECG, telemetrie, duplex, doppler, spirometrie, body box plethysmografie, monddrukmeting en van overige metingen zoals hyper- en hypoglycemie en lichaamssamenstelling o Elementaire kennis van beeldvormend onderzoek, thorax foto, CT-scan, MRI o Kennis van de werking van ondersteunende apparaten en hun invloed op het inspanningsvermogen en trainbaarheid van de cliënten zoals AICD, CRT, INCOR, EXCOR o Praktische kennis en gebruik van hulpmiddelen / apparaten zoals IPV positieve druktherapie, CPAP, BiPAP o Kennis van reanimatietechnieken, reanimatieapparatuur o Technologie hart-, vaat- en longchirurgie o Praktische kennis voor het gebruik van lichaamsfunctie ondersteunende apparaten zoals pacemakers, kunstharten, ondersteuningsharten, ademhalingsapparatuur
Farmacologie	<ul style="list-style-type: none"> o Geneesmiddelen in het algemeen en specifiek voor HVL-aandoeningen en voor interne aandoeningen o Invloed van geneesmiddelen op het bewegend functioneren o Invloed van geneesmiddelen op effecten van therapeutische interventies en training o Invloed van geneesmiddelen op elkaar o Optimale afstemming medicijnen en behandeling
Filosofie	<ul style="list-style-type: none"> o Verschillende visies op gezondheid, kwaliteit van leven en nieuwe maatschappij
Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> o Verschillende modellen van gedragsverandering en hun fasen o Psychische en emotionele gevolgen bij HVL-aandoeningen o Psychische en emotionele gevolgen van progressieve en/of chronische aandoeningen
Gezondheidskunde	<ul style="list-style-type: none"> o Zelfmanagement o Gezonde leefstijl bevorderen o Adaptatietechnieken o Chronic care model o Overheidsbeleid en regulering / financiering gezondheidszorg
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> o Motiverende gespreksvoering o Communicatie met partners in multidisciplinaire zorg, ketenzorg, transmurale zorg en met welzijns- en cliëntenverenigingen o Mediagebruik

Technologie	<ul style="list-style-type: none"> ○ eHealth ten behoeve van communicatie met de cliënt ○ eHealth ter ondersteuning van de behandeling en/of zelfmanagement zoals telemonitoring, mHealth, robotica en domotica
Epidemiologie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Epidemiologische gegevens* ○ Verschil tussen mannen en vrouwen*
Methodologie en wetenschappelijke oriëntatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Basisonderzoeksofzet kwantitatief en kwalitatief ○ Basis statistiek ○ Klinimetrie ○ Onderzoeksethiek ○ Modellen en theorieën ○ Evidence-based practice ○ Zorgstandaarden en mono- en multidisciplinaire richtlijnen, beweeginterventies en evidence statements ○ Implementatie strategieën ○ ICF ○ Methoden van klinisch redeneren (onder andere HOAC II)
Ethiek	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ethische dilemma's bij starten en stoppen van de behandeling van HVL-cliënten
Wetgeving	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wetten van toepassing op de behandeling van HVL-cliënten
Organisatiekunde	<ul style="list-style-type: none"> ○ Praktijk-, instellings- en beroepsverenigingsniveau en in het brede maatschappelijke niveau (op micro-, meso- en macroniveau)
Bedrijfskunde	<ul style="list-style-type: none"> ○ Praktijk-, instellings- en beroepsverenigingsniveau ○ Innovatief ondernemerschap

* bij diverse HVL-aandoeningen

Tabel 3.3 Body of Skills

Competentiegebied	Verdiepende en overtreffende skills
1. Fysiotherapeutisch handelen	<ul style="list-style-type: none"> ○ EBP / PBE bij cliënten met HVL-aandoeningen ○ Methodisch handelen (bij hoog complexe en/of specialistische zorg bij HVL-cliënten) ○ DTF en screening* ○ Uitvoeren en interpreteren van aanvullende (hetero) anamnese: hulpvraag, functioneringsproblemen en aanwezige en relevante gezondheidsdeterminanten. ○ Uitvoeren en interpreteren van aanvullend onderzoek: (diagnostische) tests en metingen*zoals (sub)maximale inspanningstesten (onder andere de 6MWT en de Steeprampstest), monddrukmeting, peakflow meting en auscultatie (flow, bijgeluiden, sputumlokalisatie) ○ Interpreteren van hart-, vaat- en longfunctieonderzoeken (zoals inspannings-ECG, spirometrie, body box plethysmografie, enkel-arm index, arteriële vaatstijfheid) ○ Interpreteren van de limiterende oorzaak van de inspanningsbeperking vanuit een 9-panel plot (cardiaal, circulatoir, respiratoir, musculair), de (ventilatoire) anaerobe thresholds, en de subjectieve beleving van de cliënt ○ Uitvoeren en interpreteren van overige klinimetrie zoals de loopbandtest, steptest, chair-sit-to-stand test en handheld dynamometer ○ Afnemen en interpreteren van vragenlijsten, onder andere gericht op stoornissen in functies en/of op kwaliteit van leven (zoals CCQ en VasculQol), op (beperkingen in) fysieke activiteiten (zoals NNGB, PACE-score, SAS, NNGB en PSK) en op risicofactoren (zoals gebruikt in BIBO concept) ○ Klinisch redeneren en inzicht hebben in de interferentie van verschillende ziektebeelden met elkaar zoals astma cardiale ○ In analyse en conclusie formuleren van fysiotherapeutische diagnose ○ In behandelplan behandeldoelen opstellen. Prioritering in de verschillende behandeldoelen kunnen aanbrengen. Maakt gebruik van shared decision making ○ In behandelplan verrichtingen opstellen: <ul style="list-style-type: none"> ● Begeleiden, informeren en adviseren: zoals begeleiden bij zelfmanagement en gedragverandering, begeleiden tijdens oefenen ten behoeve van de veiligheid en begeleiden tijdens het adaptatieproces; informeren en adviseren bijvoorbeeld over gebruik hulpmiddelen / apparaten ● Oefenen en sturen van beperkingen in activiteiten ● Oefenen en sturen van functies en vaardigheden: zoals van inspanningsvermogen, kracht en ademhaling(spieren), vastzittend slijm (met mobiliserende technieken, zie voetnoot f) en van verhoogde stress (met herstel- en ontspanningstechnieken) ● Fysische therapie i.e.z.; toepassen manuele verrichtingen ○ Tijdens behandeling houdt de HVL-fysiotherapeut rekening met de aard, ernst en fase van de aandoening en met gezondheidsdeterminanten ten behoeve van de veiligheid van de cliënt ○ Omgaan met hoog complexe en/of specialistische HVL-cliënten en met complexe zorg ○ Omgaan met cliënten* in de palliatieve fase ○ Afsluiten HVL-fysiotherapeutisch handelen
2. Communiceren	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toepassen motiverende gespreksvoering

	<ul style="list-style-type: none"> o Effectief communiceren met partners in ketenzorg en transmurale zorg, in de wijkzorg, in sport- en welzijnsinstellingen met cliëntverenigingen en met gemeentelijke instanties o Communiceren met andere zorgprofessionals (collega's, medisch specialist, huisarts, POH'er, diëtist, ergotherapeut) o Communiceren met familieleden en mantelzorgers o Communiceren van behandeldoelen en voorstellen o Verzorgen van mondelinge en schriftelijke verslaglegging o Herkennen van de effecten van eigen verbale en non-verbale gedragsuitingen
3. Samenwerken	<ul style="list-style-type: none"> o Actieve rol in de behandelketen rond de HVL-cliënt o Zorgt voor een goede afstemming van de FT zorggerelateerd aan de zorg van andere professionals / niet - professionals o Samenwerken in netwerken, met partners in de ketenzorg en transmurale zorg in de wijkzorg, in sport- en welzijnsinstellingen en met cliëntenorganisaties o Zich interesseren voor de argumenten van anderen, zich inleven in de motivatie van anderen en zich aanpassen de ander, zonder eigen argumenten uit het oog te verliezen o Inspireren van collega's in het zoeken naar samenwerking; stuurt andere collega's aan in het beter samenwerken met cliënten en cliënten o Ziet kansen / mogelijkheden voor profilering van het FT handelen rond HVL-cliënten o Consultfunctie vervullen voor collega-fysiotherapeuten o Samenwerken met zorgverzekeraars, overheidsinstanties, beroepsvereniging
4. Kennis delen en wetenschap beoefenen	<ul style="list-style-type: none"> o Data verzamelen* o Data analyseren en interpreteren* o Opzetten en uitvoeren van relevant onderzoek voor HVL-fysiotherapie inclusief publiceren indien van toepassing o Verwerkt kritisch wetenschappelijke informatie in HVL-fysiotherapeutisch handelen; zorgt voor een passende implementatie in de dagelijkse praktijk o Innovatie- en/of implementatieplan opstellen* o Protocollen en richtlijnen opstellen* o Voorlichting geven of onderwijzen op zowel bachelor- als masteropleidingen, bij ketenzorgpartners, gemeenten, etcetera o Voorlichtingsmateriaal ontwerpen
5. Maatschappelijk handelen	<ul style="list-style-type: none"> o Voorlichting geven over de gevolgen van inactiviteit, roken, slechte voeding o Adviserende taak uitvoeren in het publieke domein (bijvoorbeeld rond de <i>Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)</i>, met buurtsportcoach en beweegprofessionals) o Handelt volgens beroepsethiek, juridisch kader en sociaal culturele context
6. Organiseren	<ul style="list-style-type: none"> o Samenwerking met cliëntenorganisaties vormen voor voorlichting in het voorlichten van specifieke doelgroepen o Organiseren van overleg met partners in de ketenzorg en transmurale zorg, in de wijkzorg, in sport- en welzijnsinstellingen, met cliënt organisaties en met gemeentelijke instanties o Is mede verantwoordelijk voor het resultaat van de zorgketen rond de cliënt o Leergesprekken voeren
7. Professioneel handelen	<ul style="list-style-type: none"> o Efficiënt, effectief en doelmatig handelen, passend bij de hulpvraag van de cliënt* o Toont professioneel gedrag o Is empathisch en respectvol o Toont overzicht en heeft overzicht o Neemt ethische normen in acht

* Bij diverse HVL-aandoeningen

Literatuurlijst

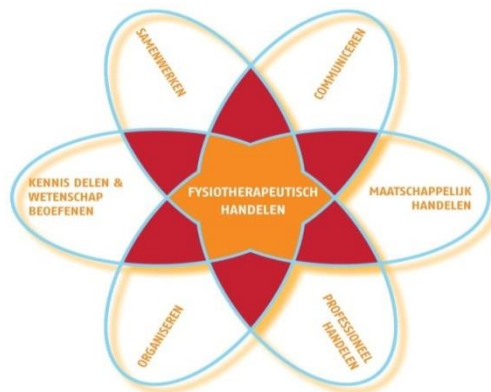
1. Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: RVZ Raad voor Volksgezondheid & Zorg 2010.
2. European Commission. The European Qualifications Framework Luxemburg 2008.
3. Frank JR JM, Fréchet D, Marks M, Valk N, Bourgeois G. Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005.
4. ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM 2007.
5. Huber M KJ, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:4163.
6. Huber M vVM, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016 Jan 12;6(1).
7. Haskell W LE, Powell K, Blair S, Franklin B, Macera, CA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sport Exerc* 2007;39(6):1423-34.
8. Lee I-M SE, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Elsevier Ltd* 2012 Jul 21;380(9838):219–29.
9. O'Donovan G BA, Boreham C, Cooper A. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sport Sci* 2010;28(6):573–91.
10. Kohl HW CC, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet Elsevier Ltd* 2012 Jul 21;380(9838):294–305.
11. Lyngso AM, Gottlieb V, Backer V, Nybo B, Ostergaard MS, et al. Early detection of COPD in primary care: the Copenhagen COPD screening project. *COPD*. 2013;10(2):208-15.
12. Ulrik CS LA, Dahl R, Dollerup J, Hansen G, Cording PH, et al. Early detection of COPD in general practice. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2011 Jan;6:123-7.
13. Katz P CH, Omachi TA, Gregorich SE, Julian L, Cisternas M, et al. The role of physical inactivity in increasing disability among older adults with obstructive airway disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2011;31(3):193-7.
14. Troosters T SF, Battaglia S, Langer D, Valluri SR, Martino L, et al. Physical inactivity in patients with COPD, a controlled multi-center pilot-study. *Respir Med* 2010 Jul;104(7):1005-11.
15. Hopkinson NS PM. Does physical inactivity cause chronic obstructive pulmonary disease? *Clin Sci (Lond)* 2010 May;118(9):565-72.
16. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1-12.
17. Kaljouw. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. ZiN 2015.
18. Huijben. Het Chronic care Model in Nederland. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2011.
19. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. 2014.
20. NHG-Zorgmodules Leefstijl. Nederlands Huisartsen Genootschap 2015.
21. Gezondheidsraad/Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Samen zorgen in de wijk. . Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2016/2.

22. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005;5(1):1.
23. Translationeel onderzoek in Nederland - Van kennis naar kliniek. Publicatie nr 55 Den Haag: Raad voor gezondheidsonderzoek 2005.
24. Mesquita R, Vanfleteren LE, Franssen FM, Sarv J, Taib Z, et al. Objectively identified comorbidities in COPD: impact on pulmonary rehabilitation outcomes. *Eur Respir J.* 2015;46(2):545-8.
25. Kuiper V, Cox, Louw D. Evidence based practise voor paramedici BOOM LEMMA 2012.
26. Askew CD, Parmenter B, Leicht AS, Walker PJ, Golledge J. Exercise & Sports Science Australia (ESSA) position statement on exercise prescription for patients with peripheral arterial disease and intermittent claudication. *J Sci Med Sport.* 2014;17(6):623-9.
27. Selig SE, Levinger I, Williams AD, Smart N, Holland DJ, et al. Exercise & Sports Science Australia Position Statement on exercise training and chronic heart failure. *J Sci Med Sport.* 2010;13(3):288-94.
28. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(8):e13-64.
29. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. *J Card Fail.* 2015;21(4):263-99.
30. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, de Brouwer CP, van der Veen S, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil.* 2017:1-9.
31. van Oostrom SH HPS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2011;155:A3193.
32. Nationaal kompas. 2016.
33. Gezondheid en zorg in cijfers. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek Beschikbaar via www.cbs.nl Geraadpeegd 27-4-2017.
34. Vanfleteren LE, Spruit MA, Groenen M, Gaffron S, van Empel VP, et al. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187(7):728-35.
35. Zorgmodule Palliatieve Zorg. 2013.www.cbo.nl.
36. May CR, Cummings A, Myall M, Harvey J, Pope C, et al. Experiences of long-term life-limiting conditions among patients and carers: what can we learn from a meta-review of systematic reviews of qualitative studies of chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and chronic kidney disease? *BMJ Open.* 2016;6(10):e011694.
37. Lauret GJ, Gijsbers HJ, Hendriks EJ, Bartelink ML, de Bie RA, et al. The ClaudicatioNet concept: design of a national integrated care network providing active and healthy aging for patients with intermittent claudication. *Vasc Health Risk Manag.* 2012;8:495-503.
38. Organization of primary care; Impact on avoidable secondary care. Proefschrift Tessa van Loenen 2016.
39. Sommers J SMVD, Dettling DS, Gosselink R, Spronk PE. Evidence Statement voor fysiotherapie op de Intensive Care. 2013 p 1-29.
40. Prevention PP. Het Prevent-model Beschikbaar via <http://www.preventweb.nl/> Geraadpleegd 24 augustus 2013.

41. Glasziou P, Irwig L, Mant D. Monitoring in chronic disease: a rational approach. *BMJ*. 2005;330(7492):644-8.
42. Sillen MJ, Franssen FM, Delbressine JM, Vaes AW, Wouters EF, et al. Efficacy of lower-limb muscle training modalities in severely dyspnoeic individuals with COPD and quadriceps muscle weakness: response from the authors. *Thorax*. 2014;69(10):953-4.
43. Sillen MJ, Janssen PP, Akkermans MA, Wouters EF, Spruit MA. The metabolic response during resistance training and neuromuscular electrical stimulation (NMES) in patients with COPD, a pilot study. *Respir Med*. 2008;102(5):786-9.
44. Have HAMJ ten MRt, Leeuwen E van. *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2003.
45. Tronto. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York [etc]: Routledge 1993.
46. Ethiekcommissie KNGF. *Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut* Amersfoort: KNGF 2006.
47. Baudien D. *Leergang ethiek, handvatten met ethiek op het werk* Utrecht: CNV Publieke Zaak 2008.
48. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. *Nationaal Kompas Volksgezondheid* Bilthoven: RIVM 2012.
49. *Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) 2014*
[http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Ziekten/Prevalentie van chronische ziekten. Geraadpleegd op 26 april 2017](http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Ziekten/Prevalentie_van_chronische_ziekten.Geraadpleegd_op_26_april_2017)].
50. *Factsheet BiBo*. Den Haag: ZonMw 2009.
51. Schippers EI, Veldhuizen van Zanten-Hyllner MLE. *Zorg en ondersteuning in de buurt* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011.
52. Kruis AL, van Adrichem J, Erkelens MR, Scheepers H, In 't Veen H, et al. Sustained effects of integrated COPD management on health status and exercise capacity in primary care patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2010;5:407-13.
53. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(2):141-6.
54. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
55. Bosch M, Faber MJ, Cruisberg J, Voerman GE, Leatherman S, et al. Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Med Care Res Rev*. 2009;66(6 Suppl):5S-35S.
56. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, et al. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med*. 2005;11 Suppl 1:S7-15.
57. Berg M, Beersen N, Ikkersheim D, Groenewoud S. *Meten van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik* KPMG Advisory NV 2012.
58. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). *KNGF-richtlijn Hartrevalidatie* Amersfoort: KNGF 2011.
59. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). *KNGF-richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden* Amersfoort: KNGF 2014.
60. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). *KNGF-richtlijn COPD* Amersfoort: KNGF 2008.

61. Hofwegen A van, Gijsbers H, Bunschoek M, Verhoef J, Wees PJ van der. Richtlijnimplementatie in de eerstelijns fysiotherapie *Fysiopraxis* 2013;22(7):18.
62. van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebbeck T, de Bie RA, Dekker J, et al. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2008;54(4):233-41.
63. Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ, De Bie RA, Brutel de la Riviere A, et al. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2006;296(15):1851-7.
64. Valkenet K, van de Port IG, Dronkers JJ, de Vries WR, Lindeman E, et al. The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2011;25(2):99-111.
65. Marcellis RG, Lenssen AF, Elfferich MD, De Vries J, Kassim S, et al. Exercise capacity, muscle strength and fatigue in sarcoidosis. *Eur Respir J.* 2011;38(3):628-34.
66. Drent M, Marcellis R, Lenssen A, De Vries J. Association between physical functions and quality of life in sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 2014;31(2):117-28.
67. van der Giessen LJ, de Jongste JC, Gosselink R, Hop WC, Tiddens HA. RhDNase before airway clearance therapy improves airway patency in children with CF. *Pediatr Pulmonol.* 2007;42(7):624-30.
68. Werkman M, Jeneson J, Helders PJ, Arets B, van der Ent K, et al. Exercise Oxidative Skeletal Muscle Metabolism in Adolescents With Cystic Fibrosis *Exp Physiol.* 2016;101(3):421-31.
69. Vaes AW, Garcia-Aymerich J, Marott MB, Groenen MT, Schnohr P, et al. Changes in physical activity and all-cause mortality in COPD. *Eur Respir J.* 2014;44(5):1199-209.
70. Klijn P, van Keimpema A, Legemaat M, Gosselink R, van Stel H. Nonlinear exercise training in advanced chronic obstructive pulmonary disease is superior to traditional exercise training. A randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(2):193-200.
71. Gommans LN, Hageman D, Jansen I, de Gee R, van Lummel RC, et al. Minimal correlation between physical exercise capacity and daily activity in patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg.* 2016;63(4):983-9.
72. Kervezee. Anders kijken, anders leren, anders doen. *ZiN* 2016.
73. European Committee Council of Europe and UNESCO/CEPES. National Diploma supplement and National Transcript *Fysiotherapie Amersfoort: KNGF/SROF* 2008.

Deel 2 Competentieprofiel van de Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut



NB Schuingedrukte competenties: toevoegingen t.o.v. Beroepsprofiel Fysiotherapeut, voor het merendeel zijn dit toegevoegde competenties voor EQF-7 niveau.

1	HVL-fysiotherapeutisch handelen
	De HVL-fysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met beperkingen in functioneren veroorzaakt door HVL-aandoeningen. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens zodat hij in de verschillende fasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen handelt volgens de principes van evidence-based practice binnen de grenzen van het beroep. Hij kan beargumenteerd afwijken van richtlijnen en handelen volgens practice-based evidence. Hij verleent up-to-date effectieve, preventieve, curatieve en palliatieve zorg op ethisch verantwoorde wijze
1.1	Screening De fysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de fysiotherapie valt
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het screenen uit o inventariseert via open en gesloten vragen het gezondheidsprobleem van de cliënt, evenals diens verwachtingen over de oplossing. <i>De HVL-fysiotherapeut let bij zijn inventarisatie op de verschillende (HVL-) aandoeningen die als comorbiditeit aanwezig kunnen zijn en inventariseert waar deze comorbiditeiten interfereren</i> o past de werkwijze van het afnemen van de anamnese toe (inventariseren van de aard, de lokalisatie, het beloop, de intensiteit en de samenhang van symptomen en tekens) o voert zo nodig lichamelijk onderzoek uit en gebruikt relevante meetinstrumenten o <i>herkent interfererende pathologieën en medicatie (comorbiditeit en bijwerkingen)</i> o <i>herkent HVL-specifieke en omgevings specifieke rode en gele vlaggen en handelt hiernaar</i> o past bij het analyseren van het gezondheidsprobleem van de cliënt patroonherkenning toe o beoordeelt of hij bekwaam en/of bevoegd is om een besluit te nemen over de indicatiestelling / contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners o neemt, op basis van kennis uit het fysiotherapeutisch domein, een besluit over indicatiestelling / contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners o registreert en documenteert het besluit over de indicatiestelling / contra-indicatiestelling voor fysiotherapeutisch hulpverleners volgens de geldende richtlijn(en) en geldende wet- en regelgeving o deelt de cliënt het besluit ter overweging mee, benoemt de argumenten die tot dit besluit hebben geleid, beantwoordt eventuele vragen hierover en adviseert de cliënt wat betreft het vervolg o informeert de cliënt over eventuele rapportage aan de huisarts o doet zo nodig schriftelijk verslag aan de huisarts van de cliënt
1.2	Fysiotherapeutische diagnostiek De fysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het persoonlijke probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van de cliënt
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o voert het fysiotherapeutisch diagnostische proces uit. Hierbij geeft hij uitleg met betrekking tot de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het fysiotherapeutisch diagnostische proces. De HVL-therapeut is in staat bij hoog complexe en/of specialistische zorg bij HVL-clieënten een analyse in de volle breedte te maken o <i>inventariseert de hulpvraag van de cliënt en de aard en ernst van de functioneringsproblemen</i> o <i>inventariseert de aanwezige en relevante gezondheidsdeterminanten:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>persoonlijke onderliggende medische gezondheidsproblemen zoals aard, ernst en fase van de aandoening, comorbiditeit en polyfarmacie. Maakt daarbij gebruik van gangbare classificaties zoals de BODE-index (longrevalidatie), de NYHA-classificatie (hartrevalidatie) of de Fontaine classificatie (vaatlijden). Basale interpretatie van relevante medische parameters: bloedgasen (zoals PaO2 en PaCO2), laboratorium waarden (zoals CK en CRK), spirometrie (inclusief body box plethysmografie), beeldvormend onderzoek (zoals thorax foto en CT-scan), hartfunctie onderzoek (zoals ejectiefractie en ECG), vaatfunctie onderzoek (zoals EAI en duplex)</i> • <i>externe factoren zoals gezins-, werk- en sportsituatie, sociaal culturele leefwereld en gebruik van apparaten / hulpmiddelen, beoordeelt de samenhang tussen deze factoren en benadert de zorgsituatie in deze samenhang</i> • <i>persoonlijke factoren zoals fysieke en psychische belastbaarheid, gezondheidsvaardigheden, ziektepercepties en – cognities, leefstijl, motivatie van de cliënt, psychosociale factoren, coping en compensatie strategieën</i> o <i>schetst het risicoprofiel op de korte en lange termijn in relatie tot de gevonden gezondheidsproblematiek zowel vanuit een (pre)klinische setting (BIBO concept) als een niet klinische setting</i> o identificeert belemmerende en faciliterende factoren voor gezond gedrag/gedragsverandering o beschrijft het gezondheidsprobleem van de cliënt binnen het construct van de ICF o analyseert het persoonlijke gezondheidsprobleem van de cliënt en legt logische verbanden tussen de dimensies van de ICF (klinisch redeneren) o zet klinische onzekerheid met betrekking tot de fysiotherapeutische diagnostiek om in beantwoordbare vraagstellingen naar voorgrondkennis en achtergrondkennis, zoekt met een bewust gekozen strategie, interpreteert de antwoorden en past de resultaten van de zoekstrategie toe

	<ul style="list-style-type: none"> ○ kiest en legitimeert meetinstrumenten en vragenlijsten voor het inventariseren en het analyseren van het persoonlijke gezondheidsprobleem van de cliënt. Interpreteert de uitkomsten van metingen, vragenlijsten, anamnese en lichamelijk onderzoek in relatie tot het gezondheidsprobleem van de cliënt. Typerende metingen en vragenlijsten voor de HVL-fysiotherapeut zijn gericht op angst, depressie als gevolg van de HVL-aandoening, kwaliteit van leven, dyspnoe, inspanningscapaciteit, loopafstand, spierkracht, ademspierkracht, sputumretentie, activiteitsniveau en psychosociale factoren. Specifieke meetinstrumenten en vragenlijsten die binnen het competentieprofiel van de HVL-therapeut vallen zijn: <ul style="list-style-type: none"> ● het uitvoeren en interpreteren van (sub)maximale inspanningstesten (zoals 6MWT en Steep Ramp Test) en het interpreteren van de inspanning limiterende factoren (cardiaal, circulatoir, respiratoir, spiermetabolisme) op basis van een gasmeting (ergometrie) en zonder gasmeting ● het uitvoeren, meten en interpreteren van overige (functionele) testen zoals de loopbandtest, chair-sit-to-stand-test, de step-test, 1RM, handheld dynamometer, MIP en MEP (voor meten van de ademspierkracht) ● het meten (screenen) en interpreteren van (basale) longfunctie gegevens, de FEV1, de vitale capaciteit en de peakflow ● het meten (screenen) en interpreteren van longgeluiden via auscultatie (flow, bijgeluiden, lokalisatie sputum) ● het meten en interpreteren van de lichaamssamenstelling, met name de vetvrije massa index ● het meten en interpreteren van subjectieve maten als de Borgschaal (6-20), aangepaste Borgschaal (0-10), ACSM pijnschaal, ACSM Angina Pectoris schaal, MMRC (dyspnoe) ● het gebruiken van vragenlijsten onder andere gericht op stoornissen in functies en/of op kwaliteit van leven (zoals CCQ en VascuQol), op (beperkingen in) fysieke activiteiten (zoals NNGB, PACE-score, SAS, NNGB en PSK) en op risicofactoren (zoals gebruikt in BIBO concept) ○ formuleert, legitimeert en fundeert de fysiotherapeutische diagnose voor het persoonlijke gezondheidsprobleem van de cliënt en bespreekt met de cliënt de geformuleerde fysiotherapeutische diagnose ○ maakt een inschatting van het verwachte beloop van het gezondheidsprobleem en de factoren die daarop van invloed zijn (determinanten) ○ hanteert de voor het persoonlijke gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn en legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn; is in staat bij hoog complexe en/of specialistische HVL-clieñten de principes van EBP toe te passen ook wanneer er geen richtlijn voorhanden is ○ verwijst indien nodig naar algemene fysiotherapie, naar een ander specialisme in de fysiotherapie of naar andere professionals ○ registreert en documenteert het fysiotherapeutisch diagnostische proces volgens de daarvoor geldende richtlijn en volgens geldende wet- en regelgeving
1.3	<p>Fysiotherapeutisch behandelen</p> <p>De fysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met de cliënt geïndiceerde behandeling uit</p>
	<p>De HVL-fysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zet klinische onzekerheid rond fysiotherapeutisch behandelen van een cliënt om in beantwoordbare vraagstellingen naar achtergrondkennis en voorgrondkennis ○ stelt in overleg met de cliënt een behandelplan op volgens de principes van EBP en bespreekt dit met de cliënt typerend voor de HVL-fysiotherapie is het principe van shared decision making ○ formuleert een behandelplan met daarin een SMART-geformuleerde einddoelstelling en SMART-geformuleerde subdoelstellingen, alsook de aard, de combinatie, de sequentie en de frequentie van de geplande fysiotherapeutische verrichtingen, legt de einddoelstelling en de subdoelstellingen aan de cliënt voor ○ <i>prioriteert behandeldoelen en houdt rekening houden met de hulpvraag van de cliënt, de aard en ernst van de functioneringsproblemen en met aanwezige en relevante gezondheidsdeterminanten</i> ○ voert verrichtingen volgens het behandelplan uit volgens de principes van EBP en maakt hierbij gebruik van (medische) technologie. <i>Specifieke verrichtingen die binnen het competentieprofiel van de HVL-therapeut vallen zijn onder andere:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● informatie en advies over apparaten / hulpmiddelen, gebruik van eHealth, gezondheidsdeterminanten en over risicofactoren ● begeleiden bij zelfmanagement en gedragsverandering; begeleiden tijdens oefenen ten behoeve van de fysieke grenzen (belastbaarheid), vermindering van bewegangst en de veiligheid ● bieden van steun tijdens adaptatieproces ● oefenen van activiteiten (zoals lopen en fietsen) en van functies zoals van de kracht, het inspanningsvermogen, de ademhaling(spieren), vastzittend slijm door mucus mobiliserende technieken en verhoogde stress door herstel- en ontspanningstechnieken ○ hanteert de voor het persoonlijke gezondheidsprobleem van de cliënt relevante richtlijn(en) en <i>legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn. Integreert verschillende richtlijnen (op het gebied van HVL-fysiotherapie) en biedt hoog complexe en/of specialistische zorg waarbij de cliënt niet in een bestaande richtlijn is te vervatten</i> ○ <i>handelt adequaat wanneer bij hoog complexe en/of specialistische zorg de situatie en voortgang onvoorspelbaar van karakter wordt en waarbij nauw overleg met de specialist noodzakelijk is; houdt rekening met de belasting en belastbaarheid en met de veiligheid van de cliënt.</i> ○ <i>past adaptatiestrategieën toe, richt zich indien noodzakelijk op acceptatie en op het comfort en kwaliteit van leven van de cliënt (bijvoorbeeld in de palliatieve fase)</i> ○ 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

	<p>aan</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bespreekt het beloop van het behandelproces met de cliënt ○ registreert en documenteert het fysiotherapeutische behandelplan volgens de daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving ○ rapporteert eventueel tussentijds aan derden over het beloop van de behandeling volgens daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving ○ <i>draagt zorg voor het verduurzamen van het behandelresultaat, of dit nu het bestendigen van gewenst motorische vaardigheid, zelfmanagement, participatie of het bestendigen van gezondheidsgedrag/leefstijl is</i> ○ ondersteunt de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten met behulp van eHealth ○ verwijst indien nodig naar anderen
1.4	<p>Afsluiten van de HVL-fysiotherapeutische behandeling De HVL-fysiotherapeut sluit in samenspraak met de cliënt de behandeling af</p>
	<p>De HVL-fysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ evalueert samen met de cliënt, zijn naasten en andere betrokkenen de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van beiden in relatie tot elkaar ○ rapporteert over de resultaten van de HVL-fysiotherapeutische behandeling aan de huisarts en andere betrokken professionals

2	Communiceren
	Om een hoge kwaliteit van hulp aan cliënten en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de fysiotherapeut een effectieve relatie met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen. De HVL-fysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het fysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie
2.1	De HVL-fysiotherapeut bouwt een effectieve behandelrelatie met de cliënt op
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ heeft gedurende het hele hulpverleningsproces een verstandhouding met de cliënt die zich kenmerkt door respect, empathie, ontvankelijkheid, vertrouwelijkheid en het gevoel van veiligheid ○ <i>maakt onderwerpen als vergankelijkheid, angst om te stikken, angst voor het hart, angst voor chroniciteit, afhankelijkheid en angst voor lijden bespreekbaar, wanneer dit een belemmering vormt voor herstel</i> ○ inventariseert wensen en behoeften van de cliënt en zijn naasten in relatie tot de oplossing van het probleem ○ informeert, stimuleert, corrigeert en toont grens stellend gedrag zonder dat dit afbreuk doet aan de professionele relatie tussen de therapeut en de cliënt ○ stimuleert de verantwoordelijkheid van de cliënt voor de oplossing van het probleem in een goede afweging van de draagkracht van de cliënt en ondersteunt de afweging wanneer een cliënt niet in staat is om tot een goede afweging te komen
2.2	De HVL-fysiotherapeut luistert en verkrijgt doelmatig en doeltreffend cliëntinformatie
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ kiest en legitimeert gesprekstechnieken en voert deze uit met cliënt, naasten en andere betrokkenen ○ kiest en legitimeert een vorm van communicatie met cliënt, naasten en andere betrokkenen ○ maakt in de communicatie met de cliënt gebruik van eHealth, indien van toepassing
2.3	De HVL-fysiotherapeut bespreekt de informatie over doelen en behandeling met de cliënt, naasten en betrokkenen
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ voert, indien nodig, op methodische wijze ook gesprekken met naasten en/of andere betrokkenen van de cliënt, afgestemd op de taalvaardigheid en de belevingswereld van de gesprekspartner ○ <i>bespreekt verschillende doelen en behandelingsmogelijkheden met de cliënt en zijn naasten en/of andere betrokkenen</i> ○ begeleidt de cliënt, naasten en andere betrokkenen in de vaststelling van de doelen en de behandelkeuze ○ <i>behandelt de omgeving mee, benoemt ook de angst van de naasten en zorgt voor veiligheid door en met de naasten en betrokkenen</i> ○ komt een behandelovereenkomst (informed consent) overeen met cliënt, naasten en/of andere betrokkenen
2.4	De HVL-fysiotherapeut doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over de cliënt
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ verzorgt de verslaglegging volgens geldende wet- en regelgeving voor medebehandelaars, zorgverzekeraar en andere betrokkenen ○ draagt zorg voor schriftelijke rapportage aan de verwijzer ○ rapporteert aan andere disciplines binnen de organisatie ○ <i>rapporteert mondeling en schriftelijk over de diagnose, zodat collega's in de zorgketen met deze gegevens kunnen werken</i> ○ rapporteert op geëigende wijze over de voortgang en resultaten van de behandeling aan andere betrokken behandelaren ○ volgt het begrippenkader van de ICF

3	Samenwerken
	De HVL-fysiotherapeut werkt, indien nodig, samen met betrokken professionals, 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
3.1	De HVL-fysiotherapeut werkt samen met binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o onderhoudt relaties met andere professionals in de HVL-gezondheidszorg onder andere binnen de multidisciplinaire zorg ketenzorg, transmurale zorg en de wijkzorg o neemt op effectieve en doelmatige wijze deel aan cliëntbesprekingen in multidisciplinaire overleggen o betreft andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers effectief en doelmatig bij het hulpverleningsproces o werkt op effectieve en doelmatige wijze in teamverband samen, zowel multidisciplinair als transmuraal o verwijst effectief en doelmatig naar anderen, indien de diagnose dan wel de behandeling daarom vraagt o betreft de argumenten van andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners en mantelzorgers erbij, weegt deze en neemt op effectieve en doelmatige wijze beredeneerde beslissingen o <i>behoudt binnen de samenwerking met andere betrokken professionals de regie over het HVL-fysiotherapeutisch handelen</i> o <i>stuurt collega HVL-fysiotherapeuten (i.o.) aan</i> o corrigeert zichzelf en anderen op de geëigende wijze binnen de geldende wet- en regelgeving
3.2	De HVL-fysiotherapeut verricht intercollegiale consulten
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o zet zijn expertise in om collega's te adviseren o 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 HVL-fysiotherapeut werkt samen met zorgverzekeraars
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o <i>verwoordt en vertegenwoordigt het domein HVL-fysiotherapie</i> o <i>onderhandelt over contracten voor de inhoud van de zorg en specifieke programma's voor HVL-cliënten</i> o werkt doelmatig en effectief samen en respecteert competenties en bevoegdheden van anderen o verzamelt voor het hulpverleningsproces benodigde informatie bij zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving o rapporteert zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving o declareert bij zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving o wisselt van gedachten en discussieert met zorgverzekeraars over de kwaliteit van fysiotherapeutische hulpverlening en over aspecten van samenwerking
3.4	De HVL-fysiotherapeut werkt samen met maatschappelijke en overheidsinstanties en/of beroepsverenigingen
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o <i>werkt samen met maatschappelijke instanties (waaronder patiëntenbelangenverenigingen en sport- en welzijnsorganisaties) en met overheidsinstanties (waaronder de wijkteams, de gemeente en de provincie) om goede nazorg te leveren</i> o <i>onderhoudt effectieve relaties met voor het hulpverleningsproces benodigde maatschappelijke instanties (waaronder cliëntenbelangenverenigingen zoals het Longfonds, de Hart&Vaatgroep, Platform Vitale Vaten), en overheidsinstanties</i> o <i>wisselt van gedachte en discussieert met maatschappelijke instanties, overheidsinstanties en beroepsverenigingen over rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpverlening</i> o <i>werkt samen met instanties aan innovatieve processen binnen het vakgebied en de overige gezondheidszorg</i>

4	Kennis delen en wetenschap beoefenen
	De HVL-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 en draagt bij aan de innovatie om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis te verspreiden.
4.1	De HVL-fysiotherapeut bevordert de kennis van de cliënt/naasten, collega's en betrokken professionals
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o ontwerpt strategieën ter bevordering van kennis o verzamelt, selecteert en ontwerpt voorlichtings- en instructiemateriaal o <i>houdt voordrachten voor cliënten, vakgenoten en/of anderen</i> o <i>begeleidt stagiaires</i> o voert leergesprekken o <i>draagt verantwoordelijkheid voor het aansturen van de professionele ontwikkeling van anderen</i> o <i>geeft collega's en studenten feedback op hun professioneel handelen wat betreft hart-, vaat-longcliënten</i> o <i>verzorgt kennisoverdracht over HVL-fysiotherapie en andere voor de HVL-fysiotherapie specialistische onderwerpen</i> o <i>publiceert in (wetenschappelijke) vaktijdschriften of op vakgerelateerde websites</i> o publiceert voor cliënten o levert bijdragen aan vakinhoudelijke congressen o functioneert als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in cliënt- of doelgroep gebonden onderzoek
4.2	De HVL-fysiotherapeut draagt bij aan en/of initieert wetenschappelijk onderzoek
	De HVL-fysiotherapeut: <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 <i>levert in de beroepspraktijk en in het kennisdomein een bijdrage aan de (wetenschappelijke) oplossing van complexe problemen door gegevens te identificeren en te gebruiken</i> o <i>levert kritisch commentaar aan onderzoeksvoorstellen</i> o <i>levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek met gebruikmaking van methodologische kennis en vaardigheden en specialistische kennis van het werk- of studiegebied</i> o <i>verzamelt op systematische wijze relevante klinische resultaten ten behoeve van bijvoorbeeld case reports</i> o <i>kan praktijkproblemen vertalen in termen van wetenschappelijke onderzoeksvragen</i> o <i>participeert onder begeleiding in wetenschappelijk onderzoek</i> o <i>verzamelt data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving</i> o <i>levert data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving</i> o <i>draagt bij aan innovatieve projecten</i>
4.3	De HVL-fysiotherapeut past wetenschappelijke informatie kritisch toe
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o <i>maakt gebruik van nieuwe kennis uit wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het ontwikkelen van protocollen</i> o <i>beoordeelt de toegepaste methode in wetenschappelijk onderzoek kritisch</i> o <i>bepaalt de waarde van resultaten en conclusies uit onderzoek voor de eigen klinische relevantie</i> o <i>vertaalt resultaten en conclusies naar de eigen klinische setting</i> o verzamelt gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur o interpreteert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur o <i>combineert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur om tot een geschikte toepassing te kunnen komen bij cliënten met comorbiditeiten</i> o past gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur toe in het fysiotherapeutisch hulpverleningsproces volgens principes van EBP o hanteert richtlijnen op kritische wijze
4.4	De HVL-fysiotherapeut vervult een voortrekkersrol in de innovatie en ontwikkeling van het beroep en het fysiotherapeutisch handelen
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o <i>ontwerpt strategieën ter implementatie van nieuwe kennis</i> o <i>initieert innovatieve projecten en verbeterprocessen</i> o <i>ontwerpt beweegprogramma's en past ze aan indien noodzakelijk</i> o <i>betreft belangrijke stakeholders bij de implementatie</i> o <i>stelt een implementatieplan op en voert dit uit</i> o <i>stelt protocollen op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten</i> o <i>levert een actieve bijdrage aan de profilering en ontwikkeling van beroep en opleiding</i> o <i>levert een actieve bijdrage aan de ontwikkeling van de beroepsvereniging</i>
4.5	De HVL-fysiotherapeut stelt een persoonlijk ontwikkelplan op en voert dit uit
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o <i>draagt verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling</i> o <i>geeft vrijwel autonoom sturing aan de eigen professionele ontwikkeling</i> o reflecteert en evalueert aan de hand van eigen verwachtingen kritisch op het eigen handelen binnen het fysiotherapeutische hulpverleningsproces o vraagt aan anderen om feedback op het eigen reflectieproces

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 HVL-fysiotherapeut weegt belangen van de cliënt af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit waarbij factoren als beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen
5.1	De HVL-fysiotherapeut herkent determinanten van ziekte en gezondheid
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ herkent en interpreteert factoren die de gezondheid van cliënten beïnvloeden door het bepalen van risicoprofielen voor het ontstaan van HVL-aandoeningen ○ is alert op risico's voor HVL-aandoeningen bij mensen die zich hiervan niet bewust zijn (<i>case finding</i>)
5.2	De HVL-fysiotherapeut bevordert de gezondheid van cliënten alsmede de volksgezondheid
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> ○ initieert en neemt deel aan het maatschappelijk debat over leefstijl, gezondheid en gedrag en fysiotherapeutische hulpverlening vanuit meerdere perspectieven ○ <i>initieert leefstijlprogramma's voor bevordering van gezondheid bij de risicogroep</i> ○ draagt zorg voor een goede doelmatigheid van de zorg en heeft daarbij oog voor het kosteneffect ○ draagt bij aan innovaties binnen de gezondheidszorg
5.3	De HVL-fysiotherapeut handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode
	De HVL-fysiotherapeut: <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 HVL-fysiotherapeut treedt op bij negatieve effecten van hulpverlening en incidenten in de gezondheidszorg
	De HVL-fysiotherapeut: <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 ○ is alert op en herkent aanwijzingen van mishandeling en meldt dit op de juiste wijze volgens het geldende wettelijke kader

6	Organiseren
	Om als fysiotherapeut efficiënt en effectief te functioneren, spant de HVL-fysiotherapeut zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de HVL-fysiotherapeut als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook als die van anderen. Hij neemt besluiten met betrekking tot het gebruik of de inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid. Hij organiseert het werk naar een balans tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de organisatie
6.1	De HVL-fysiotherapeut plant en organiseert zijn eigen werkzaamheden in afstemming met collega's binnen dezelfde organisatie
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o plant, organiseert en regisseert zijn hulpverleningsproces 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 o formuleert realistische verwachtingen voor zichzelf om te komen tot een evenwichtige levensstijl o onderhoudt en verbetert zijn eigen deskundigheid
6.2	De HVL-fysiotherapeut werkt effectief en doelmatig samen in interprofessionele netwerken
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o 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 o bewaakt en innoveert deskundigheid binnen het interprofessioneel netwerk o <i>draagt met zijn ondernemerschap bij aan het opzetten en onderhouden van interprofessionele netwerken</i>
6.3	De HVL-fysiotherapeut werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie
	De HVL-fysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> o neemt actief deel of geeft leiding aan een (multidisciplinair) team en past daarbij organisatie- en managementprincipes doelgericht toe o houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg o past principes van efficiënt vergaderen toe o draagt bij aan het kwaliteitsbeleid van de organisatie o geeft gevraagd of ongevraagd advies aan het managementteam o is actief betrokken bij het ontwikkelen van het inhoudelijk beleid o <i>draagt met zijn deskundigheid bij aan het toepassen van innovaties binnen een gezondheidsorganisatie en zorgt voor implementatie en borging van de innovaties</i>

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

Nawoord

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

Als beroepsorganisatie heeft het KNGF een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het genootschap streeft transparantie na voor de zorg die leden te bieden hebben. Als consequentie daarvan wil de VHVL, als beroepsinhoudelijke Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeuten, verantwoording dragen voor de kwaliteit van haar fysiotherapeutisch handelen. Daarbij is het BP een belangrijk hulpmiddel, waarmee zowel fysiotherapeuten als cliënten weten waar zij aan toe zijn.

Werkgroep en bestuur VHVL,

Maart 2017

Colofon beroepsprofiel Hart-, Vaat- en Longfysiotherapeut

Opdrachtgevers

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Vereniging Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL)

Projectleiding

H.J.H. Gijsbers, MPT, bestuurslid VHVL en fysiotherapeut Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
drs. J. Hoekstra, extern projectleider HO-Extra

Werkgroep

Auteurs BP

H.J.H. Gijsbers, *eerste auteur*, MPT, bestuurslid VHVL en fysiotherapeut Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
drs. M.J. Jansen, *eerste auteur*, bestuurslid VHVL, bewegingswetenschapper / fysiotherapeut eerstelijnszorg te Arnhem en Apeldoorn
drs. T. Barendse, fysiotherapeut / bewegingswetenschapper, Maatschap voor Fysiotherapie
dr. J. Custers, bestuurslid VHVL, docent University of Applied Sciences Utrecht Gezondheidscentrum Osdorp, Amsterdam
dr. M. Sillen, MSc, bestuurslid VHVL, fysiotherapeut / onderzoeker CIRO Horn
E.M. Toet, docent cursus 'Astma en COPD', fysiotherapeut Lijf & Leven, Ede en Vianen

Overige (adviserende) werkgroepleden

A. Oosterwegel, fysiotherapeut Deventer Ziekenhuis, Deventer
R. Straver, fysiotherapeut en docent fysiotherapie

Klankbordgroep

A. van Hofwegen, MPT, disciplinecoördinator Gezondheidscentrum Withuis, Venlo
S. van der Voort, fysiotherapeut Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
C. Zagers, MSc, Adphys Fysiotherapiecentrum Lombok, Utrecht
J. Zwiggelaar, MPT, PlusFit, Doesburg
L.A. Tissink, MSc, bestuurslid VHVL
prof. dr. P. Beckers, cardioloog, University Hospital Antwerp, Cardiac Rehabilitation Center, Department of Cardiology
Prof. dr. M.A. Spruit, wetenschappelijk adviseur CIRO & Professor in Revalidatie bij Chronisch Orgaanfalen, Universiteit Maastricht
dr. C. Burtin, Researcher in Respiratory Rehabilitation - Hasselt University
dr. J. Verhoef, Lector Eigen Regie, Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden - University of Applied Sciences Leiden
G. Koel, fysiotherapeut in Hengelo, docent / ontwikkelaar Saxion University of Applied Sciences Enschede
dr. S van der Meer, fysiotherapeut en docent / onderzoeker Saxion University of Applied Sciences Enschede

Redactie

drs. J. Hoekstra, HO-Extra
M.R. Kruyswijk, PT (niet praktiserend), Tertius - Redactie en organisatie

Dit profiel is tot stand gekomen in samenwerking met de leden van de projectorganisatie Beroepsprofiel Fysiotherapeut en de projectgroepleden van de beroepsinhoudelijke verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL), Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) en Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB).

Postadres

Postbus 248
3800 AE Amersfoort

Bezoekadres

Stadsring 159 b
3817 BA Amersfoort

T 033 4672900

E info@kngf.nl

W www.fysionet.nl

W www.fysionetwerken.nl

W www.defysiotherapeut.com

©2014 KNGF de Fysiotherapeut

Alle rechten voorbehouden

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