

BEROEPSPROFIEL OEFENTHERAPEUT



VVOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

Initiatief

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Organisatie

VvOCM

Financiering

Dit beroepsprofiel is tot stand gekomen met financiële steun van de VvOCM



Colofon

Beroepsprofiel Oefentherapeut

© Copyright 2015

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Kaap Hoorndreef 28

3563 AT Utrecht

Tel: 030-2625627

Website: www.vvocm.nl

E-mail: info@vvocm.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor oefentherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de oefentherapeut.



Inhoud



Voorwoord	3	
Inleiding	4	
Hoofdstuk 1. Het beroep oefentherapeut	6	
1.1 Beschrijving	7	
1.2 Positionering	8	
1.3 Kern van de oefentherapie	10	
1.3.1 Gedragsverklaring en gedragsverandering	11	
1.3.2 Motorisch leren	13	
1.4 Kennis en kunde	15	
1.5 Mijlpalen binnen de oefentherapie	16	
Hoofdstuk 2. Methodisch oefentherapeutisch handelen ..	17	
2.1 De acht stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen	18	
2.2 Zorggerichte communicatie en samenwerking	21	
Hoofdstuk 3. Beroepsbeeld naar specifieke deskundigheid	22	
3.1 Oefentherapie bij ouderen en chronisch zieken	23	
3.2 Oefentherapie bij chronische pijn	25	
3.3 Oefentherapie binnen een intramurale setting	27	
3.4 Bekkenoefentherapie	28	
3.5 Sportoefentherapie	30	
3.6 Bedrijfsoefentherapie	31	
Hoofdstuk 4. Kwaliteitszorg	33	
4.1 Verantwoordelijkheden beroepsvereniging en oefentherapeut	33	
4.2 Grenzen van het beroep oefentherapie	34	
4.3 Borging van de kwaliteit van oefentherapie	35	
4.4 Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden	36	
4.5 Meten, toetsen en verbeteren	37	
Hoofdstuk 5. Competentieprofiel Oefentherapeut	39	
5.1 Oefentherapeutisch handelen	41	
5.2 Communicatie	42	
5.3 Samenwerken	44	
5.4 Kennis en Wetenschap	45	
5.5 Maatschappelijk handelen	47	
5.6 Organisatie en kwaliteit	48	
5.7 Professionaliteit	49	
Bronnen	51	
Bijlage 1 Besluit oefentherapeut	53	1
Bijlage 2 Historisch overzicht	57	2

Algemene gegevens

Stuurgroep

- Mw. drs. S.C.N. Akihary Beleidsmedewerker Professionaliteit & Wetenschap, VvOCM
- Mw. drs. M.M.E. Biesta Adviseur
- Mw. G. Buis Samenstelling tekst

Inhoudelijke bijdragen

- Mw. N.T.A. Smorenburg, M CTD . Hoofdstuk 1.3 - Kern van de oefentherapie
- Mw. F.M. de Wilde, MBA-H..... Hoofdstuk 4 - Kwaliteitszorg
Vertegenwoordigers VvOCM
of op persoonlijke titel: Hoofdstuk 3 - Beroepsbeeld naar specifieke deskundigheid
- Mw. C. Dunning Scheper ziekenhuis Emmen, i.o.v. Werkgroep Intramuralen
- Mw. J. Egstorf, MPT..... Werkgroep Ouderen en Chronisch zieken
- Mw. E. de Jong..... Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn
- Dhr. I.R. Kind Ergomotion
- Mw. T.G. Kreulen..... Werkgroep Bekkenoefentherapie
- Mw. N.M. Marsé Werkgroep Sport
- Mw. M.C.R. Samé Lottin Waves bedrijfsoefentherapie
- Mw. M. Verberg-Molenaar Coördinator Geïntegreerde Thuiszorg

Klankbordgroep

Op persoonlijke titel:

- Dhr. J.J. Akkermans Praktijk voor oefentherapie Akkermans, Voorburg
- Mw. D.C.E. Beemster..... Praktijk De Tuin, Bovenkarspel
- Mw. Z.M. Dijkstra..... Stichting PuurZuid, Amsterdam
- Mw. R. Houwer Zorgteam MC Groep Lelystad
- Mw. K. Hueting Oefentherapie Amstelveen, Buitenveldert
- Mw. M.P.A. van Kaathoven..... Oefentherapie praktijk Domus
- Mw. W. Overbeek..... M'Praktijk Oefentherapie Weesp, Hilversum, Haarlem
- Mw. V.M. Schoorlemmer, MPT.. Eerstelijnspraktijk, Kampen
- Dhr. R.C. Sloot..... V-Motion Bedrijfsoefentherapie

Namens de opleidingen:

- Mw. W.A. Broekema, MSc..... Oefentherapie Mensendieck, Hogeschool van Amsterdam
- Mw. J.L. Drent- Sneep, M CTD.. Oefentherapie Cesar, Hogeschool Utrecht

Eindredactie

- Mw. drs. G. de Witte Beleidsmedewerker Samenwerking & Bekendheid, VvOCM

Legitimering

Geaccordeerd door de ALV van de VvOCM op 9 juni 2015.

Voorwoord

Voor u ligt het geactualiseerde 'Beroepsprofiel Oefentherapie'. De VvOCM heeft de opdracht gegeven het beroepsprofiel te actualiseren, omdat er vanuit verschillende groepen de wens bestond het document meer aan te laten sluiten bij recente ontwikkelingen.

Bij verschillende specifieke groepen bestond de wens om een duidelijke plek in het beroepsprofiel te krijgen. De VvOCM heeft er daarom voor gekozen in het Beroepsprofiel 2015 apart aandacht te schenken aan oefentherapeuten met een specifieke rol en deskundigheid.

Het beroepscompetentieprofiel is nu volgens het CanMeds competentieraamwerk voor zorgprofessionals ingedeeld. Het sluit daarmee aan bij de ontwikkelingen bij andere organisaties, zoals het Kwaliteitsregister Paramedici.

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut is niet alleen een belangrijk document voor oefentherapeuten, opleidingen oefentherapie en studenten oefentherapie, maar ook voor cliënten, overheid, zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders. Het profiel geeft immers een beeld van het beroep, van de competenties die van oefentherapeuten verwacht mogen worden en van de kenmerken van de te verlenen diensten: oefentherapie gegeven door oefentherapeuten.

Ik wil iedereen die een bijdrage geleverd hebben aan het vernieuwde beroepsprofiel hartelijk danken.

*Frans Koornberg,
Interim voorzitter VvOCM*

Inleiding

Sinds het verschijnen van het Beroepsprofiel Oefentherapeut in 2011 hebben er verschillende veranderingen plaatsgevonden die het beroep van oefentherapeut betreffen en die aanleiding zijn geweest tot het actualiseren van het Beroepsprofiel. Het Beroepsprofiel 2015 heeft daarmee ook een nieuwe indeling gekregen en het competentieprofiel een nieuw raamwerk.

De VvOCM heeft ervoor gekozen in het Beroepsprofiel 2015 apart aandacht te schenken aan oefentherapeuten met een specifieke rol en deskundigheid, zoals de intramuraal werkende oefentherapeuten, bedrijfsoefentherapeuten, sportoefentherapeuten, bekkenoefentherapeuten en oefentherapeuten die werken met cliënten met chronische specifieke pijnklachten, met ouderen en chronisch zieken, ook binnen de thuiszorg.

Bij de beschrijving van het beroeps(competentie)profiel is uitgegaan van het niveau van een beginnend beroepsbeoefenaar en de algemene wijze waarop de oefentherapeut zijn beroep uitoefent. In de realiteit hebben de werksetting, omstandigheden en individuele interesses en keuzes invloed op dat wat oefentherapeuten feitelijk doen, binnen de kaders van het beroepsprofiel.

Door hun eigen registratie binnen het Kwaliteitsregister Paramedici hebben Kinderoefentherapeuten en Psychosomatisch oefentherapeuten een eigen beroepsprofiel. Deze beide beroepsprofielen zijn nu ook herzien op basis van de nieuwe indeling van het Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015.

De volgende definitie van een beroepsprofiel is gehanteerd¹:
'Een beroepsprofiel is een omschrijving van de beroepsactiviteiten in een bepaald beroep (de beroepstaken) en de vereisten waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of wil uitoefenen (de competenties)'.

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut is de centrale richtlijn voor oefentherapeuten. Het is richtinggevend en normstellend voor de beroepsuitoefening van alle oefentherapeuten. Een adequate omschrijving van het beroepsdomein – gedragen door de beroepsgroep – is verplicht door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Het is een toetsingsinstrument voor de ontwikkeling van onderwijs (initieel en postinitieel). Vanuit een beroepsprofiel worden de beroepscompetenties, die in de opleidingen centraal staan (opleidingscompetentieprofiel), geformuleerd. In het beroepsprofiel gaat het niet om een uitvoerig en minutieus overzicht, maar om een weergave van de meest essentiële zaken en de benodigde competenties in de praktijk van de oefentherapeut. Met het huidige beroeps(competentie)profiel laat de VvOCM beide opleidingen

¹ www.kuleuven.be/onderwijslexicon

voldoende ruimte voor de invulling van hun opleidingsplannen en opleidingscompetentieprofielen.

Een beroepsprofiel vormt de basis voor kwaliteitsborging. Door de beroepsvereniging geaccepteerde producten zoals richtlijnen, handreikingen, standaarden en beroepsethiek worden hiervan afgeleid. Bovendien is het bepalend voor de eisen die gesteld worden in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut is niet alleen een belangrijk document voor oefentherapeuten, opleidingen oefentherapie en studenten oefentherapie, maar ook voor cliënten, overheid, zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders. Het profiel geeft immers een beeld van het beroep, van de competenties die van oefentherapeuten verwacht mogen worden en van de kenmerken van de te verlenen diensten: oefentherapie gegeven door oefentherapeuten.

De beroepsprofielen komen alleen digitaal beschikbaar, zodat aanpassing op onderdelen in de toekomst relatief eenvoudig zal zijn.

Leeswijzer

De hoofdstukken kunnen apart gelezen worden, daarom is er soms sprake van herhaling van alinea's.

In het beroepsprofiel wordt met oefentherapeut bedoeld oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en met oefentherapie: oefentherapie gegeven door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Voor de leesbaarheid is de 'hij'- vorm gehanteerd.

Waar staat cliënten kan ook worden gelezen patiënten. Daar waar de bron spreekt van patiënten is de term patiënten gehandhaafd. Voor de leesbaarheid is de 'hij'- vorm gebruikt.

Het aantal bijlagen, toelichtingen of voorbeelden is beperkt. In plaats daarvan wordt verwezen naar (digitale) bronnen.

1 Het beroep oefentherapeut

Oefentherapie gegeven door een oefentherapeut is een paramedische interventie. Oefentherapeuten zijn gespecialiseerd in het bewegen tijdens dagelijkse activiteiten. De cliënt en diens eigen mogelijkheden en context² staan centraal in de therapie. Oefentherapie gegeven door oefentherapeuten kent al een lange historie en is gestoeld op een stevige basis, namelijk de bewegingsleer Cesar en de methodiek Mensendieck.

Dit beroepsprofiel beschrijft de beroepsmatige activiteiten en competenties van de oefentherapeut. Het uitoefenen van het beroep van oefentherapeut valt onder de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Het beroep van oefentherapeut is een beroep met opleidingstitelbescherming, geregeld in artikel 34 van de Wet BIG. In Nederland worden oefentherapeuten opgeleid aan de Hogeschool van Amsterdam en de Hogeschool Utrecht.

De wet BIG is een kaderwet. Dit betekent dat zij alleen de grote lijnen aangeeft. Veel zaken betreffende de uitvoering van de wet, zoals de inhoud van de opleiding tot oefentherapeut en een

² Het geheel van fenomenen dat een cliënt omgeeft en diens ontwikkeling en diens 'zijn' beïnvloedt. Het bevat de fysieke en materiële omstandigheden, dingen, andere individuen, groepen en ideeën; het is het samenspel van alle externe krachten en invloeden die aangrijpen op het ontwikkelen en zich handhaven van een cliënt (Kuiper, Beroepsprofiel Oefentherapeut 2011).

beschrijving van de deskundigheid van de oefentherapeut zijn vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (bijlage 1).

Het beroep oefentherapie blijft in ontwikkeling. Behalve inhoudelijke ontwikkelingen in het vak oefentherapie hebben omgevingsfactoren invloed op de uitoefening van het beroep. Zowel politiek als maatschappelijk is er veel gaande. Er zijn veranderingen op het terrein van zorg en welzijn, waarvan nog niet altijd alle consequenties te overzien zijn.

Politieke maatregelen, economische, demografische en maatschappelijke factoren en technologische ontwikkelingen leiden tot veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg en tot nieuwe zorgproducten en (meer)multidisciplinaire samenwerking. De huidige ontwikkelingen bieden kansen maar vragen van de oefentherapeut behalve cliëntgericht en effectief te handelen (en dit te tonen) vooral efficiënt te handelen, mee te gaan met (technische) innovaties en in te spelen op de veranderende organisatie en financiering van zorg.

Kansen liggen op het gebied van zinnige, zuinige zorg op de juiste plek. De verschuiving van een deel van de zorg naar gemeenten (wijkgerichte zorg, thuiszorg) en meer aandacht voor preventie binnen het zorgdomein, waarbij de zorg gericht moet zijn op het bevorderen van zelfredzaamheid

1

2

3

4

5

6



en zelfmanagement, passen bij de basisprincipes van de oefentherapie.

Vanwege de toenemende multimorbiditeit stijgt de behoefte aan generalisten, die van meer aandoeningen verstand hebben³. Daarnaast is er vraag naar specialisten. Bijvoorbeeld voor cliënten met een bepaalde aandoening of (complex)

1.1 Beschrijving

Kuiper en Jans zijn in 2009 tot de volgende beschrijving gekomen van oefentherapie vanuit het perspectief van de therapeut ^{[2] [3]}:

Oefentherapie gegeven door een oefentherapeut is een interventie waarbij er aandacht is voor het bewegen tijdens dagelijkse activiteiten voor mensen met (mogelijke) problemen met het bewegen tijdens dagelijkse activiteiten⁴ met als doel andere manieren van alledaags bewegen aan te leren om korte- en langetermijnparticipatieproblemen te voorkomen of te verminderen door het begeleiden van de cliënt.

³ M. Kaljouw, voorzitter Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (Zorginstituut Nederland)

⁴ (mogelijke) Problemen met bewegen in dagelijkse activiteiten: ervaren problemen is een equivalent van het begrip klacht en de toevoeging 'mogelijke' verwijst naar het preventief handelen van de oefentherapeut ^[2, p. 154]

gezondheidsprobleem of specifieke deskundigheid op het gebied van arbeidsomstandigheden.

De VvOCM schets in haar jaarplan 2015 de hiergenoemde ontwikkelingen, de (mogelijk) gevolgen voor oefentherapeuten en de focus die gelegd zal worden binnen het activiteitenplan 2015 ^[1].

Uitgaande van deze beschrijving volgde de volgende beschrijving van de *oefentherapeut*:

De oefentherapeut richt zich op het optimaliseren van het bewegen van cliënt(engroepen) in relatie tot de dagelijkse activiteiten, met als doel participatieproblemen te voorkomen of te verminderen. Gebaseerd op de bewegingsleer Cesar dan wel de methode Mensendieck, de beschikbare evidence, de klinische expertise, en de wensen en mogelijkheden van de cliënt, verruimt de oefentherapeut het bewegingsrepertoire van en de variatie in de dagelijkse bewegingsgewoonten.

En van de zorg die *wordt* geleverd:

Oefentherapeutische zorg omvat het screenen, diagnosticeren, behandelen en evalueren van participatie- en gezondheidsproblemen in relatie tot houding en beweging.

1

2

3

4

5



Bij het oplossen van de hulpvraag van de cliënt(engroep) zijn de individuele fysieke en bewegingsmogelijkheden en beperkingen evenals de gevolgen hiervan voor de maatschappelijke participatie bepalend voor de oefentherapeutische interventie:

De oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (oefenen van het bewegen) en de transfer om het geleerde tijdens / bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren optimaal beweeggedrag).

1.2 Positionering

De meerderheid van de oefentherapeuten is werkzaam als zelfstandig beroepsbeoefenaar in (of vanuit) oefentherapiepraktijken of gezondheidscentra. Ook werken oefentherapeuten in (of vanuit) een intramurale setting zoals een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum. Het NIVEL verzamelt tweejaarlijks arbeidsmarktgegevens over het aantal, de kenmerken en geografische spreiding van oefentherapeuten. Deze gegevens zijn in te zien via de websites van de VvOCM en het NIVEL ^[4].

De oefentherapeut is inzetbaar op vele terreinen in de gezondheidszorg en daarbuiten, omdat alle handelingen die de mens verricht via motorische activiteit worden gerealiseerd. Oefentherapie kent twee differentiaties, kinderoefentherapie en psychosomatisch oefentherapie, ieder met een eigen register en een eigen beroepsprofiel. Daarnaast zijn er verschillende deskundigheidsgebieden naar werksetting, aard van het gezondheidsprobleem of doelgroep: bedrijfsoefentherapie, sportoefentherapie, wijkgerichte zorg, thuiszorg, bekkenoefentherapie en oefentherapie voor ouderen en chronische zieken en bij chronische pijn. In alle settings werkt de oefentherapeut curatief en / of palliatief en preventief.

Oefentherapeuten werken met verschillende cliënten: meestal betreft het individuele contacten (kinderen, volwassenen of ouderen), soms ouder(s), partner of mantelzorger, maar soms ook een organisatie en specifieke groepen cliënten. De hulpvraag ligt veelal op het gebied van participatie en bewegen tijdens dagelijkse activiteiten.

Behandelindicaties kunnen zowel op het curatieve, preventieve, als palliatieve vlak liggen en een meer specifieke of specialistische expertise van de oefentherapeut vragen.

De volgende groepen worden onderscheiden:

- Cliënten met een aandoening, acuut of chronisch (classificeerbaar volgens de ICD-10 of DSM-IV-TR/DSM-5) met problemen met bewegen tijdens dagelijkse activiteiten en / of beperkingen in deelname aan het maatschappelijk leven.
- Cliënten met problemen met bewegen in dagelijkse activiteiten veroorzaakt of in stand gehouden door het beweeggedrag.
- Cliënten met chronische aspecifieke pijnklachten met manifeste of dreigende beperkingen van het algemeen niveau van functioneren.

1

2

3

4

5



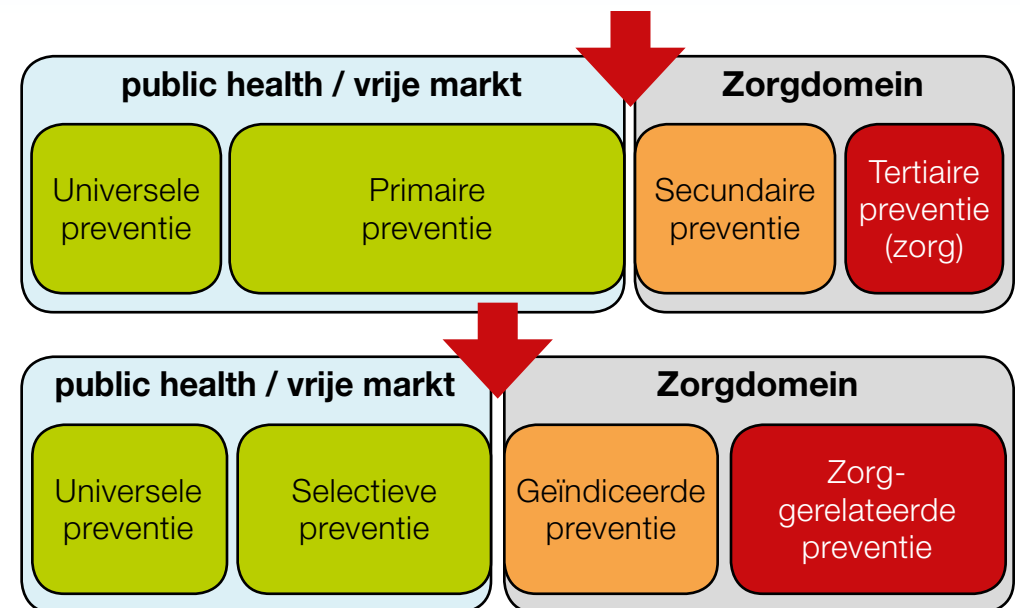
- Risicogroepen, zoals werknemers in bepaalde arbeidsomstandigheden, sporters, ouderen.
- Relatief gezonden die (mogelijke) problemen willen voorkomen en verantwoord willen leren bewegen.
- Kinderen die ten gevolge van een stoornis, afwijking en / of achterstand in hun motorische ontwikkeling hinder ondervinden in het dagelijks leven. Vanwege de hiervoor specifieke benodigde kennis en kunde worden deze kinderen (veelal) verwezen naar en behandeld door een (geregistreerd) kinderoefentherapeut (Beroepsprofiel kinderoefentherapeut, 2015).
- Cliënten met stressgerelateerde lichamelijke klachten met een psychosociale oorzaak en met de complexere vorm, cliënten met somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten (SOLK). Het complexiteitsniveau van de psychosociale cliëntproblemen is leidend voor behandeling met oefentherapie of psychosomatisch oefentherapie (Beroepsprofiel psychosomatische oefentherapeut, 2015).

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn verzamelt continu routinematig vastgelegde gegevens (zoals patiëntkenmerken, gezondheidsproblemen) onder een aantal (eerstelijns) oefentherapeuten in Nederland. Deze gegevens zijn in te zien via de website van het NIVEL ^[6].

Oefentherapeuten bieden van oudsher preventieve interventies, zowel binnen individuele behandeling en groepsbehandeling als via aparte zorgproducten zoals groepslessen aan een specifieke doelgroep.

In 2010 is een preventiemodel ontwikkeld met een andere indeling van preventie dan tot die tijd gebruikelijk was. Het model gaat uit van risico-denken in plaats van symptoom / ziekte-denken ^[6]. In dit vernieuwde model valt een groter deel van de preventie binnen het zorgdomein.

Indeling van Preventie



www.gezondNL.nl

- Universele preventie is gericht op de algemene bevolking en heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen en gezondheid te bevorderen.
- Selectieve preventie heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren zodat de gezondheid wordt bevorderd.
- Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie of een behandeling bij een individu met een gedefinieerd verhoogd risico op die ziekte.

- Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen, om de ziektelast te reduceren, complicaties tegen te gaan en zelfredzaamheid te ondersteunen.

Anno 2015 is het aanbod van preventieve interventies door oefentherapeuten divers, zowel in het zorgdomein (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) als daarbuiten (selectieve preventie). Afhankelijk van de werksetting en de doelgroep zijn oefentherapeuten betrokken bij al langer bestaande preventieve interventies, maar ook bij initiatieven voor nieuwe interventies, bijvoorbeeld in de wijk, op scholen, bij bedrijven of in de sport.

1.3 Kern van de oefentherapie

Een cliënt presenteert zich in de regel bij een oefentherapeut met lichamelijke klachten en / of bepaalde activiteiten die niet meer (optimaal) uitgevoerd kunnen worden, waardoor (mogelijk) beperkingen in het dagelijks functioneren en in participatie worden ervaren. De oefentherapeut betreft in het handelen mogelijke oorzaken én de gevolgen die de cliënt ervaart in zijn dagelijks leven of in de (nabije) toekomst zou kunnen ervaren. Centraal staat het beweeggedrag van de cliënt, waarbij beweeggedrag kan worden gedefinieerd als 'de waarneembare uitvoering van houdingen, bewegingen en activiteiten in het dagelijks leven en in de voor de persoon natuurlijke omgeving' ^[7]. Eén van de grondhoudingen van de oefentherapeut is hierbij alle aspecten van het biopsychosociaal model te betrekken ^[8].

Met deze benaderingswijze gaat de oefentherapeut ervan uit dat een combinatie van factoren heeft geleid tot het

ontstaan of het in stand houden van de aanwezige klachten en beperkingen. Dit kunnen zowel fysieke factoren zijn als persoonlijke en sociaal-maatschappelijke factoren. Door inzicht te krijgen in de verschillende factoren kan worden bepaald in welke mate deze factoren de klachten en beperkingen in stand houden en in welke mate ze ook beïnvloedbaar zijn. In samenspraak met de cliënt worden de grootste beperkingen in het dagelijks leven zichtbaar gemaakt en worden de uitgangspunten voor behandeling, aan de hand van de hulpvraag, gedefinieerd.

De oefentherapeut handelt daarbij vanuit de hypothese dat door het aanpassen van het beweeggedrag de klachten in het bewegend functioneren en de ervaren beperkingen in het dagelijks leven verminderd dan wel opgelost kunnen worden. Dit aanpassen van beweeggedrag kan ingericht

1

2

3

4

5



worden vanuit de motoriek (iemand is fysiek nog niet in staat tot...), cognitie, motivatie of omgeving of combinatie van deze gebieden. De keuze voor interventie is afhankelijk van wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft. De oefentherapeut heeft altijd voor ogen dat een cliënt binnen de therapie 'iets' geleerd heeft; dit kan zijn op het niveau van bewustwording, inzicht, lichaamsbesef, motorische vaardigheid en de toepassing in de dagelijkse context. Dit leren bereikt de oefentherapeut vanuit twee belangrijke pijlers: motorisch leren en gedragsverandering.

Motorisch leren en gedragsverandering kunnen vanuit de benaderingswijze van het biopsychosociaal model niet los van elkaar worden gezien. Uitsluitend de medische kennis is niet afdoende om iemand in optimaal leren te krijgen. Gebaseerd op de individuele cliënt en zijn behoefte maakt de therapeut

keuzes voor de wijze waarop gedragsverandering en motorisch leren worden vormgegeven, zodat er een optimaal resultaat wordt behaald. De therapie sessies zijn er om te oefenen, te reflecteren en de cliënt die handvatten te geven, dat hij in staat is het geleerde in zijn dagelijks leven in te zetten. Deze mate van zelfmanagement heeft de oefentherapeut met de inzet van therapie voor ogen.

Wanneer gedragsverandering niet meer mogelijk is, probeert de therapeut zoveel als mogelijk via bewegen, beweging uit te lokken, zodat de aanwezige motorische capaciteiten behouden blijven.

Omdat de processen motorisch leren en gedragsverandering verschillend kunnen worden vormgegeven, worden ze hierna beide afzonderlijk behandeld.

1.3.1 Gedragsverklaring en gedragsverandering

Al tijdens het eerste contact met de cliënt zoekt de oefentherapeut naar de bepalende factoren die het gewenste en het ongewenste gedrag belonen of belemmeren ^[9]. Het gaat hierbij om persoonlijke (cognities, emoties, inschatting motorisch kunnen) en om sociale belemmeringen (omgeving zowel fysiek als sociaal-cultureel, financieel) ^[10]. Het ASE gedragsverklaringsmodel vormt een goed hulpmiddel om de bepalende factoren om gedragsverandering in te kunnen zetten in kaart te brengen ^[11]. Er zijn meerdere gedragsverklaringsmodellen. Het ASE-model lijkt echter het dichtst te liggen bij de uitgangspunten van de oefentherapie, waardoor het een praktisch handvat vormt binnen het

oefentherapeutisch handelen. Het ASE-model is een samengesteld model op basis van de theorie van gepland gedrag (theory of planned behavior, TPB) (Ajzen 1988; Fisbein&Ajzen 1975; Bandura 1986; De Vries 2000) ^[9, p. 125].

Met het in kaart brengen van de bepalende factoren voor gedragsverandering creëert de oefentherapeut een goede beginsituatie om de gewenste gedragsverandering ook daadwerkelijk te bereiken. Het veranderen van gedrag is een complex geheel. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen te omvatten ^[12]. De therapeut zal op basis van de verzamelde informatie, in dialoog met



de cliënt, starten met het stellen van haalbare doelen op het gebied van beweeggedrag ^[13]. Hiermee beoogt de therapeut de motivatie van de cliënt aan te wakkeren ^[12]. De indicatie die de oefentherapeut maakt op basis van de gedragsverklaring geeft de oefentherapeut inzicht in welke fase van gedragsverandering de cliënt zich bevindt en welke stappen genomen kunnen worden. In het veranderingsproces speelt de therapeut een belangrijke, vooral ondersteunende rol. Om stapsgewijs het veranderproces te doorlopen wordt het proces afgebakend door te variëren in insteek binnen de behandeling. Ook hier kan

de oefentherapeut teruggrijpen op verschillende modellen om de gedragsverandering te ondersteunen. Deze modellen geven een handvat om te begrijpen hoe ver de cliënt is in zijn veranderproces ^[11], en een handvat om de juiste therapeutactiviteiten in te zetten binnen de verschillende fasen van het gedragsveranderingsproces. De modellen waar de oefentherapeut op teruggrijpt zijn o.a. het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente ^[14] en het model van Balm ^[11]. De fasen die beide modellen kennen, worden gekenmerkt door overeenkomst (zie tabel 1).

Tabel 1: overeenkomst tussen het Transtheoretisch model en het model van Balm					
Trans-theoretisch model ^[14]	Precontemplatie <i>(nog)niet willen, geen overweging tot gedragsverandering(GV)</i>	Contemplatie <i>Overweegt GV, weet alleen nog niet hoe, geen planning</i>	Voorbereiding <i>Voorbereidingen treffen en plannen maken voor GV</i>	Actiefase <i>Daadwerkelijk uitvoeren van het gewenste gedrag</i>	Gedragsbehoud <i>Minimaal 6 maanden volhouden van het gewenste gedrag</i>
Model van Balm ^[11]		Openstaan Weten	Willen Kunnen	Doen	Volhouden

Voor de helderheid wordt in onderstaande tekst uitgegaan van de begrippen uit het model van Balm. Blijkt het begripsniveau van de cliënt belemmerend (de cliënt begrijpt het niet, of wil het niet begrijpen, heeft een verkeerde ziekteperceptie zoals angst voor bewegen of catastroferen) zal de oefentherapeut de gedragsverandering inzetten vanuit gesprekstechnieken (o.a. motivational interviewing) en coaching. Hierbij richt de oefentherapeut zich op de stap weten en / of ervaren van ander beweeggedrag ^[11]. Therapeutactiviteiten die ingezet worden zijn o.a. uitleggen, handgrepen, demonstreren, spiegel en uitlokken van ander beweeggedrag. Het openstaan, weten

en begrijpen zijn vaak een voorwaarde om stappen binnen de gedragsverandering te kunnen zetten. Als barrières uit de omgeving zichtbaar worden, zullen de oefentherapeut en de cliënt zich richten op deze omgeving. Immers de cliënt kan wel willen veranderen in zijn gedrag maar als de omgeving dit niet toelaat zal de cliënt nooit komen tot het volledig integreren van nieuw beweeggedrag. Als het niet mogelijk is de omgeving aan te passen zal de oefentherapeut de cliënt begeleiden bij het zo optimaal mogelijk bewegen in een bestaande omgeving, door te adviseren en te oefenen in de (authentieke) context. Als het wel mogelijk is de omgeving aan te passen,

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



adviseert en coacht de oefentherapeut de cliënt bij het opheffen of verminderen van de omgevingsbarrières. De therapeut richt zich hierbij met name op de stappen kunnen en doen.

De oefentherapeut schept hiermee de optimale voorwaarden om herleren van bewegen centraal te zetten. Hierbij analyseert en evalueert de oefentherapeut steeds of de gedane stappen bijdragen aan het veranderproces van de cliënt. Afhankelijk van de beginsituatie zal per cliënt voor een andere aanpak gekozen worden. Dit kan vanuit één deelgebied, bijvoorbeeld motoriek, maar ook vanuit meerdere gebieden tegelijk. Wanneer er vanuit de omgeving of vanuit motivatie, willen en kunnen geen belemmeringen zijn, kan de behandeling gericht worden op het verbeteren van het motorisch functioneren, gekoppeld aan de hulpvraag van de cliënt. Als de cliënt in staat is het beweeggedrag aan te passen, coacht de oefentherapeut de cliënt op het

toepassen van het nieuwe beweeggedrag door variatie aan te bieden en te oefenen op activiteitsniveau, zowel binnen als buiten de context. Is de cliënt niet in staat ander beweeggedrag te tonen wordt eerst geoefend op functieniveau om zo de voorwaarden te creëren het nieuwe beweeggedrag mogelijk te maken. Als de oefentherapeut met de cliënt deze voorwaarden heeft gecreëerd, wordt opnieuw het oefenen op activiteitsniveau opgepakt, om de transfer naar de dagelijkse context te bevorderen. Ook hier ligt de focus op de stappen kunnen en doen.

De oefentherapeut zal naarmate het gedragsveranderingsproces vordert steeds meer het nieuwe gedrag van de cliënt uitlokken en zo inzicht krijgen in de mate van gedragsbehoud van de cliënt. De behandelfrequentie is in dit stadium minimaal zodat de cliënt ook tijd heeft om het geleerde gedrag toe te passen. De mate van regie komt zo steeds meer bij de cliënt te liggen.

1.3.2 Motorisch leren

Met de start van een behandeltraject gaat de oefentherapeut met een cliënt een proces van herleren in. Dit herleren geeft de oefentherapeut vorm aan de hand van het motorisch leerproces. Dit proces is een dynamisch proces en daardoor bij elke cliënt anders ^[15]. De oefentherapeut vormt zich tijdens het onderzoek al een beeld van de persoonlijke motoriek (individuele karakteristieken en houdingen van de cliënt) ^[16]. De oefentherapeut gebruikt deze informatie om het motorisch leerproces vorm te kunnen geven. Motorisch leren wordt omschreven als een proces, waarmee relatief permanente bewegingen ^[12], activiteiten en motorische taken veranderd

kunnen worden ^{[17] [12]}. Hiermee richt de oefentherapeut zich op het adaptief vermogen van de cliënt om door oefenen en ervaren bewegingen te veranderen ^{[18] [17] [12] [19]}.

Het succes waarmee iemand een motorisch leerproces doorloopt is afhankelijk van factoren als de taak of activiteit die een cliënt moet uitvoeren, de omgeving / context waarin deze taak plaatsvindt en persoonlijke kenmerken van de cliënt ^{[12] [20]}. Enkele voorbeelden van deze factoren zijn: sociale druk, fysieke beperkingen of de motivatie van een cliënt. De oefentherapeut probeert flexibel en variabel met deze factoren om te gaan en ze te beïnvloeden met een passende



leerstrategie. Eén passende leerstrategie bestaat niet. Voor de oefentherapeut is het de kunst en de uitdaging om bij elke cliënt die leerstrategieën te hanteren die het meest passend zijn bij de cliënt en het beoogde resultaat. De oefentherapeut maakt deze keuze op basis van kennis, ervaring en trial-and-error ^[17] ^[18]. Het arsenaal aan leerstrategieën is groot en kan bijvoorbeeld variëren in: foutloos leren, impliciet leren, drie fasen leren, differentieel leren, in open en gesloten keten etc.

Het herleren van een taak of activiteit vergt van de cliënt een aanpassing van het motorisch gedrag. Aandacht leggen op de uit te voeren taak kan een middel zijn om op lange termijn een aanpassing te bereiken. De oefentherapeut kan hierbij de focus intern richten op de uitvoering van de beweging zoals gebeurt bij gewichtsverplaatsing of het ervaren van spierspanning. Wanneer de aandacht zich richt op het effect van de beweging op de omgeving, bijvoorbeeld bij balanshandhaving, miktaken en springen, wordt een externe focus gehanteerd ^[21].

Naast ruimte creëren voor het natuurlijke leerproces waarin de cliënt zelf bewegingen kan corrigeren, geeft een oefentherapeut het motorisch leren vooral vorm door verschillende vormen van instructies toe te passen en de cliënt feedback te geven. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt de gelegenheid krijgt te ervaren; te snel of te veel feedback belemmert mogelijk het leerproces ^[15]. In de praktijk wordt steeds vaker met metaforen en beeldspraak (analogie leren) als instructievorm gewerkt. Deze vorm van impliciet leren, richt zich op de zogenaamde tacit knowledge van de cliënt ^[22]. Het lokt de gewenste beweging uit zonder volledig te expliciteren wat de therapeut vraagt.

Elke vorm van instructie leidt tot een beweeguitvoering, deze uitvoering leidt tot gewenst motorisch gedrag of opnieuw tot een instructie. Gedurende het oefenen worden vragen gesteld aan de cliënt zodat deze uitgedaagd wordt nieuw motorisch gedrag te ontwikkelen en oplossingen te creëren voor bestaande belemmeringen in de authentieke context. Differentieel leren ^[20] vraagt van de oefentherapeut om ten aanzien van de taak, omgeving en de cliënt, variatie aan te bieden. Een beweging wordt niet oeverloos op dezelfde manier herhaald (traditioneel leren ^[20]), maar wordt uitgelokt door te variëren in de context en de taak én door te variëren in de vormen van instructies. Naast het eerder genoemde impliciet of expliciet leren en de focus op bewegingsuitvoering of op het effect van de beweging op de omgeving, hanteert de oefentherapeut instructievormen als inzet van ritme, dubbeltaken, non verbaal of juist visuele instructie, omgevingsvariatie, fantasie en spel.

In de praktijk wordt het motorisch leerproces door de oefentherapeut geïnitieerd en door oefening en ervaring in de eigen context van de cliënt verder ontwikkeld. Een motorisch leerproces slaagt wanneer de oefentherapeut de cliënt steeds verder kan uitdagen tot nieuwe leerervaringen en de cliënt het vermogen ontwikkelt zijn hernieuwde kennis ook in onbekende situaties in te zetten ^[15]. Net als gedragsverandering is motorisch leren een proces wat tijd vergt. Resultaat wordt hierdoor niet altijd meteen zichtbaar voor een cliënt. Het zichtbaar maken van de behaalde resultaten om de motivatie van de cliënt te blijven voeden is dan ook belangrijk.

1

2

3

4

5



1.4 Kennis en kunde

De oefentherapeut bezit kennis, inzicht en vaardigheden om zelfstandig de taken van een bekwaam beroepsbeoefenaar te kunnen uitvoeren, te kunnen functioneren binnen een arbeidsorganisatie en om de eigen beroepsuitoefening dan wel het beroep verder te professionaliseren.

De beroepscompetenties zijn beschreven in hoofdstuk 5.

Belangrijke kennisdomeinen voor de oefentherapeut zijn de biomedische wetenschappen, bewegingswetenschappen, gedragswetenschappen en gezondheidswetenschappen.

Vakspecifieke (praktische) kennis omvat functionele anatomie, biomechanica, (neuro)fysiologie, pathologie, pedagogiek en psychologie; gedragsverklaringstheorieën- en modellen en kennis van en inzicht in motorisch leren en gedragsverandering.

Daarnaast generieke kennis en vaardigheden van hbo-opgeleide zorgprofessionals met betrekking tot praktijkvoering, kwaliteitszorg, (praktijk)onderzoek en innovatie, en actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Daarbij is het belangrijk dat de oefentherapeut beschikt over een onderzoekend vermogen dat leidt tot reflectie op het beroepsmatig handelen, evidence-based practice (het gebruiken van de kennisbasis om de juiste handelingen te kiezen) en innovatie ^[23].

Vanwege de toename van complexere zorgvragen, toename

van technische mogelijkheden en de toegenomen aandacht voor preventie en leefstijl dient de huidige hbo-zorgprofessional te beschikken over (praktische) kennis over ouderenzorg, preventie, leefstijl, technologie en e-health en over kennis en vaardigheden om interdisciplinair te werken ^[24].

Anno 2015 zijn er in Nederland twee hbo-opleidingen oefentherapie:

- Opleiding Oefentherapie Cesar aan de Hogeschool Utrecht;
- Opleiding Oefentherapie Mensendieck aan de Hogeschool van Amsterdam.

Beide bachelor-opleidingen zijn NVAO⁵-geaccrediteerd.

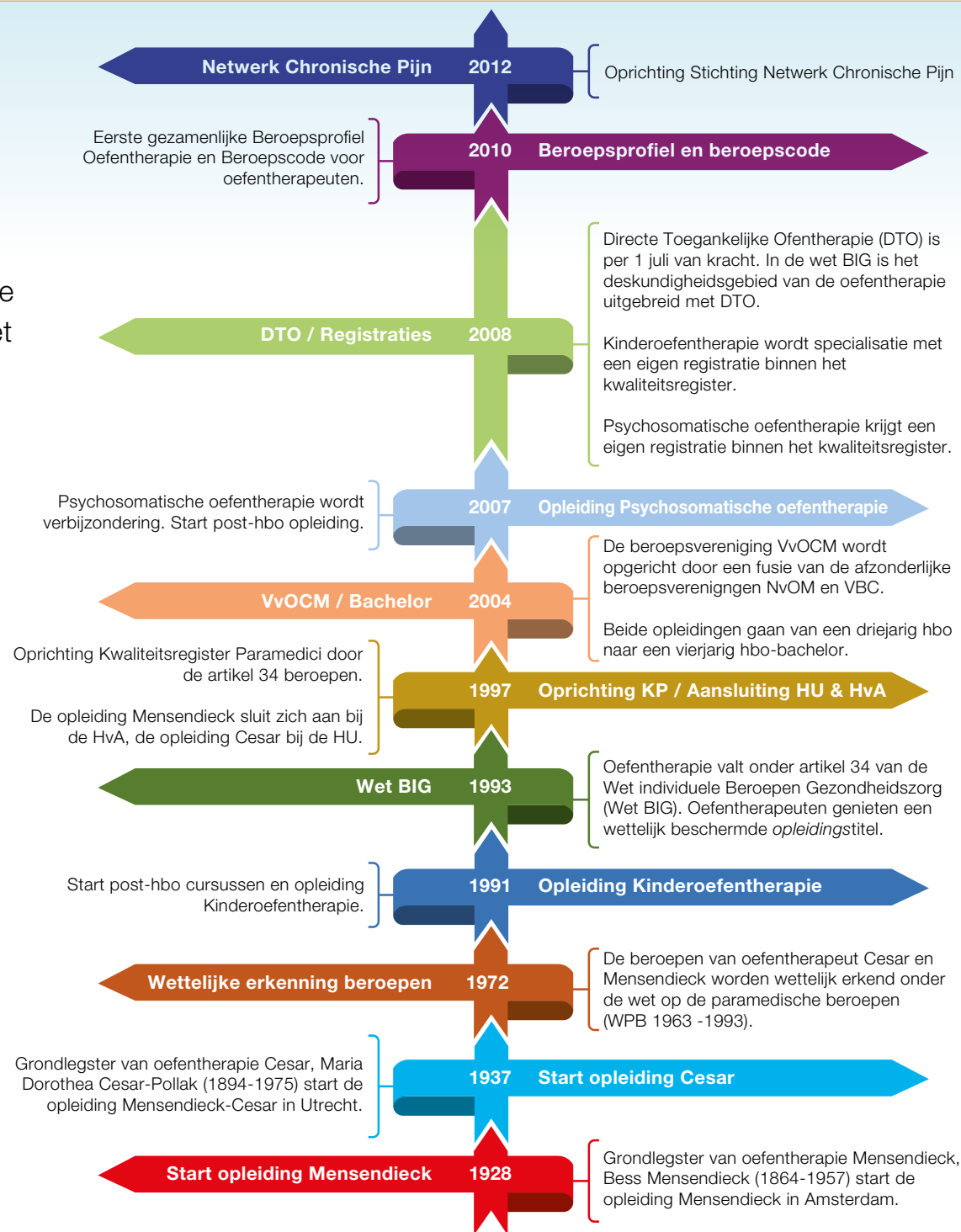
Een startend oefentherapeut is opgeleid als generalist en zal beroepscompetenties kunnen toepassen in overzichtelijke werksituaties met cliënten met eenvoudige problematiek, terwijl een meer ervaren oefentherapeut dezelfde beroepscompetenties in complexe werksituaties op cliënten met meervoudige problematiek kan toepassen.

Afgestudeerde oefentherapeuten maken verschillende keuzes. Zij bekwamen zich via verdere scholing (post-hbo cursussen, post-bachelor opleidingen, masters), ervaring en kennisdeling binnen specifieke netwerken in een specifieke richting of deskundigheid. In de oefentherapeutisch beroepspraktijk bestaan grote verschillen tussen werkvelden met bijbehorende taken en competenties en de daarvoor benodigde kennis.

⁵ Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

1.5 Mijlpalen binnen de oefentherapie

Anno 2015 spreken we van Oefentherapie als oefentherapie gegeven door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Studenten van beide opleidingen studeren af met de bachelorgraad Bachelor of Science. In de praktijk werken oefentherapeuten van beide opleidingen vaak samen en volgen dezelfde nascholing. Bijlage 2 bevat een kort historisch overzicht van onderstaande verticale tijdbalk met de belangrijkste gebeurtenissen die invloed hebben gehad op het beroep.



1
2
3
4
5



2 Methodisch oefentherapeutisch handelen

Het methodisch handelen van zorgverleners bij het oplossen van een klinisch probleem kenmerkt zich door doelgerichtheid, systematiek, procesmatigheid en bewust handelen. Kenmerkend voor het 'methodisch handelen' is dat de zorgverlener zich bewust is van de manier waarop hij handelt en bewust probeert dat handelen aan te passen aan de situatie waarin hij handelt. Vaardigheden die daarbij een rol spelen zijn evidence- en practice based handelen, reflecteren op het beroepsmatig handelen en klinisch redeneren.

De keuzes binnen het zorgproces worden waar mogelijk getoetst aan richtlijnen, protocollen of handreikingen die geschreven zijn voor een bepaalde cliëntencategorie. Er wordt gebruik gemaakt van het best beschikbare bewijs, ervaring en voorkeuren van de cliënt. Verfijning van het systematisch en procesmatig handelen vindt plaats doordat de oefentherapeut behandelend onderzoekt en onderzoekend behandelt en steeds samen met de cliënt prioriteiten stelt. Continu wordt zo een kwaliteitscirkel doorlopen gericht op systematisch oriënteren, definiëren, oplossen, evalueren en zo nodig bijstellen.

Dit proces van methodisch oefentherapeutisch handelen kent acht stappen. Tijdens alle stappen legt de oefentherapeut gegevens vast over de cliënt en de behandeling, conform de VvOCM-richtlijn verslaglegging 2014.

De verschillende werkterreinen en doelgroepen vragen specifieke kennis en vaardigheden van de betreffende therapeuten. Het methodisch handelen heeft echter bij al deze beroepsbeoefenaren dezelfde kenmerken en fasen.

Onlangs hebben Smorenburg en Bastiaansen het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie model (ODIM) ontwikkeld ^[25]. Het model illustreert het totale zorgverlenersproces, waarin de stappen van het oefentherapeutisch methodisch handelen zijn gekoppeld aan de holistische kijk van een oefentherapeut om het beweeggedrag van een cliënt te onderzoeken en te beïnvloeden. Gehanteerde terminologie in ODIM, de Richtlijn Verslaglegging 2014 en het huidige beroepsprofiel zijn zo veel mogelijk op elkaar afgestemd.

1

2

3

4

5



2.1 De acht stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen⁶

Diagnostische fase: oriëntatie op, analyse en definitie van het probleem

In deze fase wil de oefentherapeut inzicht krijgen in het gezondheidsprobleem, de hulpvraag en factoren die het gezondheidsprobleem (mogelijk) beïnvloeden. De oefentherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie én of het in kaart brengen en het oplossen van het probleem binnen de eigen deskundigheid valt.

Informeren en adviseren vormen een essentieel onderdeel van het oefentherapeutisch handelen. Om een gedragsveranderingsproces te bevorderen start de oefentherapeut in de diagnostische fase met bewustmaking van de factoren uit de taken, omgeving, beleving en houding / beweging die voor de cliënt een probleem vormen of kunnen gaan vormen. Hierbij sluit de therapeut aan op de informatiebehoefte van de cliënt en houdt rekening met factoren zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, werk, scholing.

Stappen 1 en 2: Aanmelding en anamnese

De cliënt komt op verwijzing van (huis)arts of medisch specialist of op eigen initiatief (of op advies van derden) bij de oefentherapeut

⁶ De tekst is grotendeels overgenomen uit de VvOCM-richtlijn verslaglegging 2014 en het Beroepsprofiel 2011 en op enkele punten aangevuld.

⁷ Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid (WHO,2014).

(DTO). De oefentherapeut start in het geval iemand op eigen initiatief komt met een screening, bij een verwijzing met de anamnese.

Indien een cliënt gebruik maakt van de DTO volgt de oefentherapeut een screeningsproces, om te bepalen of oefentherapeutische behandeling mogelijk geïndiceerd is, of nadere medische informatie over de algehele gezondheidstoestand van de patiënt wenselijk is en om te achterhalen of er aanwijzingen zijn voor een (ernstige) specifieke aandoening.

De oefentherapeut verzamelt gegevens op basis van de klachten en participatieproblemen zoals aangegeven bij de aanmelding, en indien van toepassing geformuleerd in een dossier en verwijsbrief (documentenanalyse), verder door interviews (intake, anamnese en heteroanamnese) en door observaties. Ook gaat hij na welke stappen de cliënt al heeft ondernomen om zijn klacht te verminderen en vormt hij zich een indruk van diens gezondheidsvaardigheden⁷.

Om de door de cliënt gemelde stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en beleving van klachten te objectiveren maakt de therapeut gebruik van meetinstrumenten, zoals visueel analoge schalen en vragenlijsten.

Stap 3: Oefentherapeutisch onderzoek

Op basis van de gegevens uit de anamnese bepaalt de oefentherapeut welke aspecten onderzocht dienen te

1

2

3

4

5



worden om de klachten en de gezondheidstoestand van de cliënt, motorische vaardigheid en factoren die herstel en aanpassingsmechanismen beïnvloeden (zoals fysieke risicofactoren en voorwaardelijke functies), verder in kaart te brengen. Oefentherapeuten maken hierbij gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve diagnostiek en analyse, omdat vanuit de visie van de oefentherapie het louter op kwantiteit meten niet voldoende is om tot een gedegen analyse te komen van de ervaren problemen in relatie tot de context.

In het *activiteitenonderzoek* vormt de oefentherapeut zich een beeld van de probleemhandeling door middel van een taakanalyse en een omgevingsanalyse om te bepalen in hoeverre de taak en / of omgeving (context) van invloed zijn op het beweeggedrag. Via observaties in de (fysieke) omgeving of een nabootsing van die omgeving, of via gestandaardiseerde performencetesten krijgt de therapeut een indruk van de specifieke manier van belasten en de belastbaarheid van de cliënt op dat moment.

In het *specifiek onderzoek* vormt de oefentherapeut zich door middel van observaties, fysieke metingen en gestandaardiseerde tests een beeld van de gegeneraliseerde en lokale toestand van het bewegingssysteem (en aan beweging verwante systemen): soort, en mate van variabiliteit van bewegingsstrategieën, deficiënties in bijvoorbeeld proprioceptie, coördinatie, kracht, lenigheid, alertheid, disbalans in mechanische belasting, spieractiviteit. Het doel is (andere) pathologie uit te sluiten, de diagnose te bevestigen, de fysieke belastbaarheid in te schatten en te achterhalen of er sprake is van compensaties en adaptaties.

Stap 4: Oefentherapeutische diagnose en overwegen behandel mogelijkheden

De oefentherapeutische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel op basis van het klinisch redeneerproces.

Tijdens anamnese en onderzoek analyseert, ordent en interpreteert de oefentherapeut de informatie uit interviews en observaties. De therapeut definieert het gezondheidsprobleem in relatie tot de bevindingen van alle ICF-domeinen. Veronderstelde relaties tussen de verschillende bevindingen worden gelegd op basis van evidence en ervaring / aannames. Op basis van deze oefentherapeutische diagnose informeert de therapeut de cliënt over de mogelijkheden en prognose van een oefentherapeutische behandeling (op basis van beschikbare evidentie), of adviseert hij de cliënt zich te wenden tot de huisarts of een andere beroepsbeoefenaar.

Van analyse en definitie naar interventie

Indien er een indicatie is voor oefentherapie wordt in stap 5 van het zorgverleningsproces het behandelplan opgesteld. Vervolgens wordt het plan uitgevoerd, tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld (stap 6) en in samenspraak met de cliënt afgesloten en afgerond (stappen 7 en 8).

Stap 5: Opstellen behandel doel en behandelplan

Vanuit de oefentherapeutische diagnose stellen oefentherapeut en cliënt gezamenlijk doelen vast. De oefentherapeut bespreekt met de cliënt het te voeren beleid, de inhoud van de therapie, de duur en prognose van behandeling, evaluatiesystematiek en verifieert of de cliënt daarmee akkoord gaat.

1

2

3

4

5



Het algemene behandeldoel geeft concreet het beoogde eindresultaat weer en heeft bij voorkeur betrekking op het oplossen van beperkingen op activiteiten- en participatieniveau. Bijvoorbeeld:

- het bevorderen van activiteiten (om participatieproblemen te voorkomen of verminderen);
- het verbeteren van functionele mogelijkheden / vergroten bewegingsrepertoire;
- het bevorderen van zelfredzaamheid;
- het bevorderen van zelfmanagement.

Naast handelingsgerichte doelen (activiteitenniveau) kunnen bewegingsgerichte doelen (functieniveau, motoriek) en gedragsgerichte doelen (cognitie, motivatie / emotie, omgeving) onderdeel vormen van de in te zetten interventie. Deze bewegingsgerichte en gedragsgerichte doelen zijn voorwaarden om het beoogde effect in de reële context van de cliënt mogelijk te maken.

Interventiefase: probleemoplossing en evaluatie

Stap 6: Behandeling

Met het behandelplan als leidraad vindt in deze fase de daadwerkelijk behandeling plaats.

De meest voorkomende verrichtingen zijn: sturen en oefenen van vaardigheden en functies en begeleidende verrichtingen als informeren en adviseren^[5]. De oefentherapeut nodigt de cliënt daarbij uit zijn mogelijkheden te verkennen, te ervaren en te gebruiken, zodat de cliënt in staat is om naar zijn maatstaven deel te kunnen nemen aan zijn dagelijkse leven. Gebruikmakend van oefentherapeutische methoden en (digitale) technieken legt de oefentherapeut gerichte accenten. Afhankelijk van de keuze voor interventie, de gewenste gedragsverandering en leerstijl van de cliënt, kiest de therapeut weloverwogen een begeleidingsstijl en therapeutactiviteiten. Stappen 7 en 8: Evaluatie & afsluiten behandelingsperiode: de evaluatie bestaat uit een procesevaluatie en een product(resultaat)evaluatie.

De productevaluatie betreft de mate waarin de gestelde doelen zijn gehaald, het oordeel van de cliënt over de verandering van de klacht en het oordeel van de oefentherapeut over de gedragsverandering. Ook hierbij maakt de oefentherapeut gebruik van klinimetrie. De procesevaluatie is het nagaan hoe alle activiteiten, die deel hebben uitgemaakt van het methodisch oefentherapeutisch handelen zijn verlopen in inhoudelijk en organisatorisch opzicht en wat betreft bejegeningaspecten.

De oefentherapeut sluit de behandelingsperiode samen met cliënt af (stap 8). Hierbij bespreekt de therapeut recidivebeleid, eventuele nazorg en de verslaggeving.

1

2

3

4

5



2.2 Zorggerichte communicatie en samenwerking

Om de cliënt de meest optimale zorg te bieden werken oefentherapeuten op verschillende niveaus samen: met de cliënt en (zodig) diens verzorgers / begeleider, met de verwijzer en andere (zorg)professionals.

Elke oefentherapeut maakt kenbaar wat hij kan en wat zijn werkwijze is, zodat de cliënt een keuze kan maken voor een behandelaar. Vertrouwen tussen therapeut en cliënt is wezenlijk om van daaruit een verandering in (beweeg) gedrag te bewerkstelligen. Oefentherapeut en cliënt gaan een gelijkwaardige, functionele samenwerkingsrelatie aan waarbij zij samen het oefentherapeutisch proces vorm geven. Hierbij sluit de therapeut aan op de informatiebehoefte van de cliënt en houdt ook rekening met persoonlijke factoren zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, beroep, werk, scholing. Ook stelt de oefentherapeut voortdurend vast of de ingezette behandeling leidt tot de beoogde resultaten. Afstemming tussen therapeut en cliënt is gedurende het gehele proces essentieel. In specifieke situaties is afstemming met direct betrokkenen verplicht:

- Bij wilsonbekwamen werkt de oefentherapeut samen met naasten, mantelzorgers, begeleiders, verzorgers. De oefentherapeut betreft hen bij het inschatten of, en in welke mate gezondheidsproblemen, beperkingen in activiteiten en participatie in maatschappelijk functioneren door de cliënt worden ervaren, en bij het bepalen en bereiken van behandeldoelen.
- Bij kinderen (onder de 12 jaar) is samenwerking met ouders vereist. Voor een optimaal resultaat zal zeker als er sprake is van een meervoudige problematiek bij het kind, samenwerking nodig zijn met de school of, bij kleine kinderen, het consultatiebureau (Beroepsprofiel kinderoefentherapeut).

Multidisciplinaire aanpak is geïndiceerd bij complexere zorgvragen en bij cliënten waarbij de aan de klachten gerelateerde beperkingen, functiestoornissen, participatieproblemen of gedragsmatige aspecten van de cliënt niet (of niet volledig) te beïnvloeden lijken te zijn met behulp van oefentherapie, maar naar verwachting wel met behulp van een andere (para)medische behandeling.

Binnen aparte netwerken van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen van mensen met een specifieke aandoening (ICD/DSM geclassificeerd), zoals het Parkinsonnet en het Artrose Netwerk, werkt de oefentherapeut samen met andere bij het netwerk aangesloten zorgverleners. Een ander voorbeeld is het Netwerk Chronische Pijn waarbij aangesloten oefentherapeuten samenwerken met revalidatieartsen, reumatologen, revalidatiecentra en pijnpoli's.

1

2

3

4

5



3 Beroepsbeeld naar specifieke deskundigheid

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut, met daarin het competentieprofiel (H5), geldt uiteraard voor alle oefentherapeuten. Wat alle oefentherapeuten gemeenschappelijk hebben is de kern van de oefentherapie: gedragsverandering en motorisch leren (H1). De stappen van het methodisch handelen (H2) en aspecten van kwaliteitszorg (H4) zijn min of meer generiek. Verschillen hebben te maken met het gezondheidsprobleem van de doelgroep, de werksetting en de benodigde kennis en kunde.

Binnen de VvOCM worden oefentherapeuten met een specifieke deskundigheid onderscheiden:

- die zich richten op een omschreven doelgroep en die binnen de VvOCM als zodanig zijn georganiseerd (zoals oefentherapeuten die zich richten op ouderen en chronisch zieken, bekkenoefentherapeuten en psychosomatisch oefentherapeuten);

- die georganiseerd zijn rond hun werksetting (zoals intramuraal werkende oefentherapeuten);
- waarbij er een overlap is van doelgroep en setting (zoals bij veel kinderoefentherapeuten, sportoefentherapeuten en bedrijfsoefentherapeuten);
- die zich richten op een omschreven doelgroep en georganiseerd zijn in een netwerk.

Dit hoofdstuk bevat vooral aanvullende informatie over de verschillende deskundigheidsgebieden, m.u.v. kinderoefentherapie en psychosomatische oefentherapie. Deze twee groepen hebben een eigen beroepsprofiel. De aanvullende informatie betreft: de doelgroep en / of aangeboden diensten, methodisch handelen, werksetting, kennis en kunde (inclusief registraties anders dan voor elke oefentherapeut geldt in het KP) en organisatie: landelijk en vertegenwoordiging binnen VvOCM.

1

2

3

4

5



3.1 Oefentherapie bij ouderen en chronisch zieken

In Nederland heeft een derde van de bevolking een of meer chronische ziekten. Deze schatting is gebaseerd op een selectie van 28 chronische ziekten, gemeten in de huisartspraktijk in 2011. Chronische ziekten komen op alle leeftijden voor, maar vooral onder ouderen. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 70% een chronische ziekte. Vijfendertig procent van de mensen met een chronische ziekte heeft meer dan één chronische ziekte⁸. [26]

De cliënten van de oefentherapeut zijn ouderen, en ook jongeren met een chronische aandoening, al dan niet voorkomend op de lijst Borst. De chronische lijst is gebaseerd op de bijlage 1 besluit zorgverzekering (BZV) artikel 2.6, lid 2. Daarnaast worden chronische ziekten omschreven als ‘irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur’ [26]. De cliënten kunnen thuis wonen of in een instelling verblijven. Door de veelvuldig aanwezige co- en / of multimorbiditeit is er vaak sprake van een complexe zorgvraag. De rol en taken van de mantelzorg en verpleegkundigen / verzorgenden kunnen ook leiden tot een hulpvraag.

Het methodisch handelen

Het methodisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken is er op gericht de hulpvraag te beantwoorden.

⁸ Andere selecties van aandoeningen en gemeten in andere settings, zoals in het ziekenhuis of door middel van vragenlijsten in de algemene bevolking, leiden tot andere schattingen van het aantal mensen met een chronische ziekte [26].

De hulpvraag en het behandeldoel zijn vaak gericht op het verbeteren of behouden van de mobiliteit en zelfstandigheid of zelfredzaamheid. Hiervoor is het nodig om alle facetten van de aandoening op stoornis, beperkingen in activiteiten, op participatieniveau, de persoonlijke en omgevingsfactoren, de co- en of multimorbiditeit en de eventuele hulpvraag van mantelzorgers of andere zorgprofessionals te betrekken in het behandelplan.

Daarnaast adviseert en begeleidt de oefentherapeut de mantelzorg en / of verzorgers ten aanzien van de aandoening en dagelijkse zorg van de patiënt. Behandeldoelen worden regelmatig geëvalueerd met behulp van meetinstrumenten, bijvoorbeeld op de domeinen kracht, balans en uithoudingsvermogen en uitvoering van dagelijkse activiteiten.

Werksetting

De oefentherapeuten zijn werkzaam in of vanuit een eerstelijns-zorgpraktijk en in verschillende zorginstellingen. Ook bieden oefentherapeuten preventieve interventies voor ouderen, zoals valpreventie en functionele training bij ouderen.

In al deze settings is multidisciplinaire samenwerking, waarbij de cliënt centraal staat, noodzakelijk in verband met de complexiteit. Afhankelijk van de aard en de complexiteit van de zorgvraag en de (omgevings- en behandel)context wordt samengewerkt met de huisarts, thuiszorg, ergotherapeut, diëtist, logopedist, geriater / specialist en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

1

2

3

4

5



Een specifieke werksetting is de Geïntegreerde Thuiszorg. Geïntegreerde Thuiszorg is een samenwerkingsmodel tussen wijkverpleegkundigen / wijkziekenverzorgenden en fysio- of oefentherapeuten en ergotherapeuten. De multidisciplinaire zorg is er voor thuiswonende ouderen, chronisch zieken en terminale patiënten.

De thuiszorgteams van het samenwerkingsverband werken vanuit een gedeelde zorgfilosofie aan haalbare gemeenschappelijke zorgdoelen. Het doel is het vergroten én behouden van de zelfredzaamheid van cliënten, zodat deze zo lang mogelijk veilig en gelukkig in de eigen vertrouwde woonomgeving kunnen wonen.

Daarnaast begeleidt de therapeut mantelzorgers en wijkverpleegkundigen / wijkziekenverzorgenden bij het verminderen van de zorgzwaarte en geeft advies en instructie over til- en transfertechnieken en veel voorkomende houdingen bij het verzorgen van de cliënt.

Oefentherapeuten in de thuiszorg onderscheiden zich van veel reguliere oefentherapeuten, omdat ze altijd in de context van de cliënt werken én altijd werken aan een gezamenlijk zorgdoel, samen met andere betrokken professionals. De kracht van het oefentherapeutisch methodisch handelen ligt in het feit, dat de therapeut een analyse maakt van de klachten en ervaren pro-

bleemhandelingen in de woonomgeving van de cliënt, en ook de behandeling plaatsvindt in die omgeving. De therapeut begeleidt de cliënt (en zo nodig andere betrokkenen) dus direct bij het inpassen van activiteiten en gestelde doelen in het dagelijks leven.

Kennis en kunde

Oefentherapeuten houden hun kennis en vaardigheden actueel door het volgen van scholing op het gebied van ouderenzorg en door te participeren in landelijke netwerken zoals ParkinsonNet, ClaudicatioNet, Artrose Netwerk, Rugnetwerk en Netwerk Chronische Pijn (zie 3.2).

Organisatie

De Werkgroep Ouderen en Chronisch zieken van de VvOCM vertegenwoordigt dié oefentherapeuten die affiniteit hebben met, en werken in de oefentherapeutische zorg voor (kwetsbare) ouderen, mensen met chronische ziekten, multimorbiditeit en complexe zorgvragen. Voorbeelden hiervan zijn mensen met de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, Cerebraal Vasculair Accident, verschillende stadia van dementie, artrose en osteoporose.

Therapeuten die een post hbo-scholing 'Geïntegreerde Thuiszorg' hebben gevolgd kunnen lid worden van een multidisciplinair platform 'Thuiszorgtherapie'.

1

2

3

4

5



3.2 Oefentherapie bij chronische pijn

In 2011 ontwikkelde een netwerk van oefentherapeuten een protocol om cliënten met chronische pijn op een uniforme manier te begeleiden. Dit initiatief leidt in 2012 tot de oprichting van de Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn (hierna de Stichting genoemd). Alle oefentherapeuten van het netwerk volgen een eenduidige behandelwijze, vastgelegd in het Chronisch Pijn Protocol en zijn aangesloten bij de Stichting. De oefentherapeuten die werken met het protocol zijn intensief geschoold in de behandeling en begeleiding van chronische pijnpatiënten. Er is anno 2015 een landelijk dekking van 475 therapeuten werkzaam in 20 regionale netwerken.

Doelgroep

Patiënten met chronische aspecifieke pijnklachten met manifeste of dreigende beperkingen van het algemeen niveau van functioneren, die verwezen zijn door een arts voor behandeling volgens het Chronisch Pijn Protocol. De oorzaak van de lichamelijke klachten is al dan niet bekend. De specifieke problematiek waar patiënten mee komen is dat ze de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt of dreigen kwijt te raken. Het gaat om patiënten:

- met niet-complexe problematiek, waarbij de vraagstelling ligt op het gebied van belasting en belastbaarheid of ergonomie;
- met complexe problematiek, waarbij sociale en psychische factoren een rol spelen bij het in stand houden van de klachten;
- met beginnende klachten, ter voorkoming van chroniciteit.

Het methodisch handelen

Het Chronisch Pijn Protocol is een op evidence based gebaseerde behandelmethode en wordt jaarlijks aangescherpt aan de hand van de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Het protocol gaat uit van de theoretische concepten van het biopsychosociale model en het avoidance en endurance model en omvat de volgende behandelmethoden:

- Oefentherapie Cesar|Mensendieck
- Motivational Interviewing
- Educatie aan de hand van pijnverklaringsmodellen
- Graded Activity
- Uitbreiding activiteitsniveau bij sensitiviteit
- Acceptance and Commitment Therapy
- Mindfulness

De oefentherapeut begeleidt de patiënt bij het fysiek en mentaal anders leren omgaan met de pijn. Er wordt een programma op maat aangeboden, dat afgestemd is op de individuele behoeften, waarbij het leren grip krijgen op de klachten en vorm geven aan een waardevol leven centraal staan.

1

2

3

4

5



De interventie kent drie fasen: de pijnanalyse, opstellen waardevolle doelen en herstellen van balans.

Fase 1 De pijnanalyse omvat:

- inventarisatie van de pijn, de betekenis en de gevolgen daarvan voor iemands leven;
- een analyse van de instandhoudende factoren;
- een zo nodig aanvullend lichamenlijk onderzoek.

Fase 2 Het formuleren van waardevolle doelen.

Fase 3 Herstellen van de balans.

Het samen met de patiënt opgestelde behandelplan vormt de basis voor het herstellen van de balans. Mogelijke onderdelen zijn:

- gedragsverandering;
- pijneducatie;
- tot rust brengen van het pijnsysteem;
- lichaamsbewustwording;
- het in balans brengen van het bewegingspatroon of activiteitsniveau.

De behandeling wordt afgerond als de patiënt de behandeldoelen heeft behaald of, indien aan de orde, kan instromen in het 'poliklinische revalidatie traject voor de chronische pijnpatiënt'.

Werksetting

Het Chronisch Pijn Protocol is ontwikkeld in samenwerking met revalidatie artsen. Inmiddels is de samenwerking uitgebreid met reumatologen, anesthesiologen, psychologen en huisartsen. De lijnen met de verwijzers zijn kort, er is een goede onderlinge communicatie en de behandeling kan snel worden gestart. Het traject wordt aangeboden in de eerste lijn als zelfstandig traject (evt. in samenwerking met andere zorgverleners zoals psycholoog of ergotherapeut) of als voor- of natraject bij multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

Elk regionaal netwerk heeft zijn eigen contacten met zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Kennis en kunde

Alle bij de Stichting aangesloten therapeuten hebben minimaal 3 jaar werkervaring. Ieder netwerklid is intensief geschoold in een vierdaagse netwerktraining, voorafgegaan door een periode van inlezen en in het intercollegiaal overleg bespreken van onderliggende literatuur die opgenomen is in het kenniscentrum. Elke aangesloten therapeut houdt zijn vakkundigheid en deskundigheid op peil door deelname aan de bij- en nascholing van het netwerk. Daarnaast neemt elke aangesloten therapeut jaarlijks deel aan intercollegiale overleggen wat betreft de kwaliteit en de organisatie van het netwerk. De voorwaarden m.b.t. nascholing en deelname aan overleg zijn uitgewerkt in het reglement van de Stichting.

Organisatie

Het Landelijk Netwerk heeft twee belangrijke pijlers: de Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn en de 20 regionale netwerken. De stichting heeft als doel het beheren van het landelijk netwerk en verricht alle handelingen die daarvoor nodig zijn, zoals het updaten van het protocol, opzetten van gericht onderzoek om de wetenschappelijke basis te verbreden, onderhouden en uitbreiden van contacten met zorgverleners, wetenschappers en beleidsmakers, aanbieden van scholing en organiseren van symposia. Door verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering wil de stichting een belangrijke rol spelen in de zorgverlening aan de chronische pijnpatiënt in de eerste lijn, in samenwerking met professionals uit zowel de eerste als de tweede lijn, waarbij multidisciplinair samenwerken, ketenzorg en kwaliteit vanzelfsprekende onderdelen zijn.

1

2

3

4

5



3.3 Oefentherapie binnen een intramurale setting

Oefentherapeuten zijn werkzaam in verpleeghuizen (somatisch en psychogeriatrisch), ziekenhuizen, revalidatiecentra. Het beroepsbeeld voor werken in de verschillende instellingen komt in grote lijnen overeen. Kenmerkend voor alle werksettings is de multidisciplinaire samenwerking bij cliënten met (hoog) complexe problematiek. De verschillen zijn te vinden in de leeftijd van cliënten, de aard van de aandoeningen waarvoor behandeld wordt, comorbiditeit en psychisch welbevinden.

Doelgroep

De intramuraal werkende oefentherapeut behandelt cliënten met somatische problematiek, al dan niet in combinatie met psychische problematiek, die in een zorginstelling zijn opgenomen voor een korte of een langere periode.

Het methodisch handelen

Intramuraal werkende oefentherapeuten werken volgens een aantal richtlijnen:

- richtlijnen van de instelling gericht op hygiëne, patiëntbejegening, privacy regels;
- richtlijnen van de instelling over behandelbeleid, opgesteld in samenspraak met de specialist;
- inhoudelijke (multidisciplinaire) richtlijnen van verschillende netwerken en organisaties zoals het CVA netwerk, ClaudicatioNet, Integraal Kankercentrum Nederland (IKN) en de Hartstichting;
- richtlijnen van de beroepsverenigingen KNGF en VvOCM, daar waar deze aansluiten bij het cliëntprofiel in een instelling.

De intramuraal werkende oefentherapeut werkt op basis van verwijzing door, en onder eindverantwoording van een instellingsarts of specialist. De therapeut heeft de taak specialist op gebied van houding en beweging te zijn. Hij onderzoekt, behandelt en geeft adviezen aan, en overlegt met patiënt, familie, verpleging, artsen, collega paramedici. De therapeut heeft een signalerende rol in brede zin:

- past het houding- en bewegingspatroon bij de pathologie (somatisch en / of psychisch) of is er verder onderzoek noodzakelijk?
- kan de cliënt veilig bewegen, is er valgevaar?
- is er voor- of achteruitgang in kwaliteit en kwantiteit van bewegen?

Behandeldoelen liggen afhankelijk van cliëntprofiel en reden voor behandeling op het gebied van:

- herstel van functiestoornissen en opheffen of verminderen van beperkingen in activiteiten;
- het behouden of vergroten van zelfredzaamheid;
- het verminderen van achteruitgang in dagelijks functioneren.

Werksetting

De eerder genoemde instellingen maken in het huidige zorgsysteem onderdeel uit van de tweede -en derdelijnszorg. Deze zorg is, in het algemeen, (hoog)complex waardoor multidisciplinaire zorg wenselijk dan wel noodzakelijk is. Samenwerken vindt plaats binnen een (para)medisch team van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk, psycholoog, specialist, verpleging, activiteiten begeleiding, PMT-er. Vaak is er sprake van ketenzorg, waarbij samenwerking plaatsvindt ' door de lijnen heen '.

1

2

3

4

5



Kennis en kunde

De werksetting is zeer bepalend voor de benodigde kennis, vaardigheden en verdieping. Goede kennis van de pathologie en daarmee kennis op diverse deelgebieden zoals neurologie, cardiologie, pulmonologie, IC, psycho-geriatrie, orthopedie, chirurgie, oncologie, gynaecologie. Daarbij neemt de therapeut altijd deel aan een groter zorgnet waarvoor goede communicatie vereist is.

Organisatie

Intramuraal werkenden oefentherapeuten zijn binnen de VvOCM vertegenwoordigd door de Werkgroep Intramuralen. De VvOCM is voor de sociaal-economische belangenbehartiging voor haar intramuraal werkende leden aangesloten bij de FBZ, de Federatie van Beroepsorganisaties in de zorg.

Een aantal oefentherapeuten, werkzaam in een ziekenhuis, is buitengewoon lid van het NVZF, een vereniging speciaal voor de ziekenhuisfysiotherapeuten van het KNGF.

3.4 Bekkenoefentherapie

De bekkenoefentherapeut is de oefentherapeut die voldoet aan de in 2012 vastgelegde eisen van de VvOCM.

Doelgroep

De bekkenoefentherapeut onderzoekt, consulteert en behandelt cliënten met bekken- en bekkenbodempromblematiek, al dan niet zwangerschapsgerelateerd. Binnen deze cliëntengroep wordt onderscheid gemaakt in cliënten met en zonder een bekkenbodemdysfunctie. Ook cliënten met gecompliceerde bekken- en bekkenbodempromblematiek, al dan niet chronisch, behoren tot de doelgroep.

Het methodisch handelen

Het methodisch handelen bij cliënten met bekkenklachten is vastgelegd in de Richtlijn Bekkenklachten van de VvOCM, versie 21 augustus 2014⁹.

⁹ te vinden op www.vvocm.nl (het openbare gedeelte) en op www.diliguide.nl

Behandeldoelen hebben betrekking op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het verminderen van pijn en van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van bekkenklachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen, het ontwikkelen van kwalitatief (en mogelijk kwantitatief) beweeggedrag.

De bekkenoefentherapeut richt zich bij de probleemanalyse op musculoskeletale stoornissen (compensaties, adaptaties en dislocaties) in functie en structuur van het bekken in relatie tot de wervelkolom, heupgewrichten, spierfunctie én in relatie tot het beweeggedrag in het dagelijks functioneren. Bekkenbodempromblematieën worden met een specifieke urologische, gynaecologische, gastro-enterologische en seksuologische anamnese voor zover mogelijk achterhaald. Waar nodig wordt samenwerking met een bekkenfysiotherapeut gezocht.

1

2

3

4

5



In een gerichte, maar toch brede behandeling ‘op maat’ staat de bekkenfunctie als onderdeel van de bewegingsketen centraal. Ook bij een bekkenbodemdysfunctie is de behandeling gericht op verbetering van de totale bekkenfunctie, waarbij de transfer wordt gemaakt naar de probleemhandelingen in de dagelijkse activiteiten van de cliënt. Tijdens het zorgproces hanteert de bekkenoefentherapeut een vast aantal meetinstrumenten om de voortgang en resultaat te meten. Bekkenoefentherapeuten verzorgen ook groepsbehandeling en nazorglessen; hierin wordt gefaseerd toegewerkt naar het weer kunnen uitvoeren van normale dagelijkse activiteiten.

Werksetting

Bekkenoefentherapeuten zijn voornamelijk werkzaam in de eerstelijnszorg waar zij samenwerken met verloskundigen, bekkenfysiotherapeuten, huisartsen, kraamzorg en in voorkomende gevallen met medisch specialisten zoals gynaecologen en urologen.

Kennis en kunde

Binnen het intern register van de VvOCM zijn er twee registratievormen, namelijk de bekkenoefentherapeut basisregistratie en de bekkenoefentherapeut + registratie. Naast eisen als diploma en werkervaring zijn er specifieke nascholingsseisen (website VvOCM, besloten deel).

Organisatie

Bekkenoefentherapeuten zijn binnen de VvCOM verenigd in de Werkgroep Bekkenoefentherapie. De werkgroep initieert kennisuitwisseling, deskundigheidbevordering, stimuleert kwaliteitsverbetering en onderhoudt contacten met de Vereniging van Bekkenfysiotherapeuten om de samenwerking tussen beide disciplines te bevorderen. Ook zet de werkgroep zich in voor landelijke dekking en heeft zij de ambitie een netwerk Bekkenoefentherapie op te bouwen.

1

2

3

4

5



3.5 Sportoefentherapie

De sportoefentherapeut is een adviseur, begeleider, onderzoeker en behandelaar op het gebied van sport en beweging, die zich richt op zowel de beginnende sporter, de recreatieve sporter als de topsporter, zowel valide als minder valide. De sportoefentherapeut behandelt sporters die incidenteel, langdurig of chronisch klachten of sportblessures hebben. Tevens werkt de sportoefentherapeut aan preventie van klachten en / of sportblessures.

Indicaties voor sportoefentherapie zijn:

- klachten of blessures die ontstaan zijn tijdens of na het sporten;
- klachten of blessures die te maken hebben met ademhaling en ontspanning;
- blessure preventie;
- leren optimaal gebruik te maken van fysieke mogelijkheden binnen de sport.

Het methodisch handelen

De kern van het methodisch handelen is het beantwoorden van de hulpvraag van de sporter en begeleiding in sporthouding en -beweging in de context. De sportoefentherapeut werkt daarom zoveel als mogelijk op de locatie / in de omgeving van de sporter, dus op het hockeyveld, in de manege, op het voetbalveld et cetera. Doel is voorkomen of opheffen van fysieke klachten en beperkingen in (sport)activiteiten of participatie.

Als ondersteuning bij de bewegingsanalyse in het onderzoek en tijdens de behandeling wordt vaak gebruik gemaakt van audiovisuele apparatuur. In combinatie met bewegingsinstructies en het opvolgen van adviezen krijgt de sporter inzicht in de wijze waarop hij zijn eigen mogelijkheden kan benutten om zijn houding- en beweeggedrag te ontwikkelen, te verbeteren en / of te herstellen.

Werksetting

De sportoefentherapeut werkt voornamelijk vanuit een eerste-lijnszorgpraktijk en biedt naast curatieve zorg ook preventieve interventies. Samenwerking vindt plaats met andere zorgprofessionals zoals de sportarts, sportfysiotherapeut en sportdiëtist. Binnen sportverenigingen werkt de sportoefentherapeut samen met trainers en coaches.

Organisatie

Oefentherapeuten die affiniteit hebben met het behandelen van sporters zijn binnen de VvOCM vertegenwoordigd door de Werkgroep Sportoefentherapie.

Sportoefentherapeuten zijn sinds 2015 verenigd in een netwerk (www.sportoefentherapie.com). De bij het Netwerk Sportoefentherapie aangesloten therapeuten nemen deel aan een op sport gericht intercollegiaal overleg.

1

2

3

4

5



3.6 Bedrijfsoefentherapie

De bedrijfsoefentherapeut werkt als vakinhoudelijk expert in trajecten voor preventie van gezondheidsrisico's en in curatieve trajecten, waarin de factoren die leiden tot overbelasting en ziekteverzuim worden aangepakt.

Methodisch handelen

Kenmerkend voor de benadering van bedrijfsoefentherapeuten is de gerichtheid op gedragsverandering in houding en bewegingsgewoonten rekening houdend met de ervaren problemen, aandoening en bedrijfsspecifieke omstandigheden. Doel is het verbeteren van fysieke en / of mentale belastbaarheid en inzetbaarheid op basis van een interactief, didactisch leerproces. Uitgangspunt hierbij is dat medewerkers leren wat zij zelf kunnen doen om gezond te werken en te blijven werken.

De werkwijze is gebaseerd op actuele paramedische inzichten en ervaring. Ze wordt in steeds meer bedrijven toegepast omdat ze o.a. een resultaatgerichte bijdrage levert bij:

- het voorkomen of behandelen van klachten aan het bewegingsapparaat (zoals CANS en rugpijn);
- voorkomen of behandelen van klachten als gevolg van werkdruk en stress;
- gedoseerde opbouw van de (arbeids)belastbaarheid;
- begeleiding bij werkhervatting.

Hiermee leveren bedrijfsoefentherapeuten een bijdrage aan het verbeteren van het werkproces, de duurzame inzetbaarheid van werknemers en het terugdringen van verzuim.

Werksetting

Opdrachtgevers zijn (zelfstandige) ondernemers en bedrijven die medewerkers willen leren omgaan met gezondheidsrisico's (zorgplicht) gerelateerd aan werk (o.a. fysieke belasting, werkdruk). Doel is om klachten te voorkomen en bij verzuim of herstel de terugkeer naar werk te ondersteunen.

De bedrijfsoefentherapeut werkt veelal samen met de afdeling, de Human Resource Manager, bedrijfsarts, arbeidsdeskundige en collega's in de eerste lijn en in voorkomende gevallen met andere deskundigen en instanties op het gebied van arbeidsomstandigheden.

In samenspraak met de opdrachtgever en de werknemer(s) brengt de bedrijfsoefentherapeut door de medewerker(s) ervaren problemen, de probleemsituaties en knelpunten in kaart. Dit vormt het uitgangspunt van de voorlichting, training of behandeling.

1

2

3

4

5



Diensten en interventies

Afhankelijk van affiniteit met een bepaalde branche en type opdracht vervult de bedrijfsoefentherapeut de rol van consultant (of adviseur) of trainer, coach en voert hij de volgende werkzaamheden uit:

- Werkplekadvies.
Bij het inrichten en / of aanpassen van de werkplek, de aanschaf van hulpmiddelen op ergonomisch gebied en het verbeteren van werkgewoonten.
- Training on the job.
Het praktisch trainen en coachen van medewerkers m.b.t. factoren die van invloed zijn op hun gezondheid, het ontstaan van klachten en voorkomen hiervan tijdens fysieke arbeid. Voorbeelden hiervan zijn:
 - fysieke belasting (buk- en til training)
 - statische belasting (PC-werk training)
 - stressmanagement (ademhalings- en ontspanningsprogramma)

- Re-integratietraject.
In samenwerking met een Arbodienst of reïntegratiebureau adviseren en een planmatige aanpak maken voor reïntegratie. Dit kan zowel in groepsverband of individueel binnen een organisatie.
- Doorverwijzing naar andere arbodeskundige of zorgprofessional.
- Intern spreekuur.
- Interne deskundigheidsbevordering (bijv. opleiden van ergocoaches).

Kennis en kunde

De bedrijfsoefentherapeut beschikt over kennis over Arbowetgeving en de daaruit voortvloeiende rechten en plichten van de werkgever en werknemer, ergonomie, biomechanica, arbeid & gezondheid.

1

2

3

4

5



4 Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is een cyclisch proces van activiteiten, gericht op het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Handhaven van de kwaliteit van de zorg vereist een kwaliteitssysteem, waarbij de basiseisen die aan goede oefentherapie worden gesteld zijn vastgesteld en worden geborgd. Om oefentherapeutische zorg te verbeteren is een continue innovatieve aanpak

en samenwerking met onderwijs en wetenschap noodzakelijk. Daarbij moeten de grenzen van het beroep oefentherapeut worden gewaarborgd en worden verlegd, daar waar er bewijs is van effect. Het werkveld van de oefentherapeut is dynamisch. Onderwijs, wetenschap en andere externe factoren hebben invloed op zowel de inhoudelijke kwaliteit als de grenzen van het beroep.

4.1 Verantwoordelijkheden beroepsvereniging en oefentherapeut

De VvOCM borgt en bewaakt de inhoudelijke kwaliteit van de oefentherapeutisch zorg. Daarbij is er ruimte voor invloeden die innovatie bewerkstelligen. De VvOCM geeft als beroepsvereniging richting aan ontwikkelingen die de klant, overheid of zorgverzekeraar van de beroepsgroep verwacht. De rol van de beroepsvereniging binnen kwaliteitszorg is divers, zowel een aanjagende als afwachtende rol is mogelijk. In landelijke ontwikkelingen die van toepassing zijn op de hele beroepsgroep, zal dit een initiërende rol zijn. Denk hierbij aan transparant maken van kwaliteit door middel van het benchmarken van klantervaringen. Het is de verwachting dat dit niet alleen invloed zal hebben op de keuze van de klant voor een zorgverlener, maar ook op de kwaliteit van de zorgverlener

zelf aangezien deze inzicht krijgt in de prestaties in vergelijking met andere oefentherapeuten.

Soms heeft een ontwikkeling tijd nodig, om te kunnen beoordelen wat de invloed ervan is op de kwaliteit van oefentherapie. De rol van de beroepsvereniging is dan een afwachtende en beschermende, zowel naar de markt als naar de beroepsinhoud. Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit worden ingebed binnen de grenzen van vigerende wet- en regelgeving.

Ook de individuele therapeut kan diverse rollen innemen in relatie tot kwaliteitszorg. Daar waar landelijke initiatieven en

1

2

3

4

5



richtlijnen zijn ontwikkeld is het de taak van de beroepsvereniging om haar leden te informeren. Vervolgens dient de oefentherapeut de richtlijnen te gaan volgen. Daar waar nieuwe ontwikkelingen op vakinhoudelijk gebied plaatsvinden, zal de individuele

oefentherapeut initiërend zijn en zijn kennis moeten delen met en toetsen aan collega's. De beroepsvereniging kan ondersteunen om nieuwe producten onder de aandacht te brengen bij of te verspreiden onder alle leden.

4.2 Grenzen van het beroep oefentherapie

Wanneer behoort een verrichting binnen het domein oefentherapie? Kwaliteitszorg leidt niet alleen tot verbetering van bestaande en omschreven zorg, maar ook tot innovatie van het beroep oefentherapeut. Er zijn twee wegen waarop een innovatie tot het domein van de oefentherapeut kan gaan behoren. Via de beroepsvereniging of via de NZa¹⁰. De beroepsvereniging bepaalt in eerste instantie wat tot het domein van de oefentherapeut behoort. Wanneer er nieuwe prestatiecodes gewenst zijn kunnen deze door de beroepsvereniging aangevraagd worden bij de NZa. De NZa beoordeelt of een nieuwe verrichting al dan niet wordt opgenomen in de prestatiecode oefentherapie. De prestatiecode voor oefentherapie, geeft per prestatie de afbakening aan waar de oefentherapeut zich aan moet houden

bij het verlenen en declareren van oefentherapeutische zorg onder een prestatiecode. Een verrichting die buiten de prestatiecode voor oefentherapie valt mag niet als oefentherapie gedeclareerd worden aan klant of zorgverzekeraar. Buiten deze omschrijving een prestatie leveren die onder oefentherapie gedeclareerd wordt aan klant of zorgverzekeraar, wordt gezien als een economisch delict¹¹.

Uiteraard mag een oefentherapeut vanuit zijn beroep wel andere diensten aanbieden, bijvoorbeeld bedrijfsoefentherapie aan bedrijven of preventieve beweegprogramma's bij gemeenten, maar deze kunnen niet ten laste van de zorgverzekeringswet gedeclareerd worden via een prestatiecode.

¹⁰ www.nza.nl/98174/139255/1036985/prestatiebeschrijvingenmap/Bijlage_bij_TB-CU-7096-01_Tariefbeschikking_Oefentherapie.pdf ad v.

¹¹ Wet op de economische delicten artikel 1 verwijst naar de [Wet marktordening gezondheidszorg](#)

4.3 Borging van de kwaliteit van oefentherapie

De minimale eisen die aan de oefentherapeut gesteld kunnen worden in de beroepsuitoefening worden vastgelegd door middel van:

- voldoen aan de wetgeving;
- inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- participeren aan een klachtenregeling voor klanten;
- scholing.

Wetgeving

De meest gangbare wetten voor de zorg, die een relatie hebben met oefentherapeutische verslaglegging staan hieronder genoemd¹².

- Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG);
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp);
- Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z);
- Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WK CZ);
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ);
- Zorgverzekeringswet en besluit Zorgverzekering;
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- Patiëntveiligheid.

De praktijk leert dat de interpretatie en toepassing van een wet lastig kan zijn. Dit is dan ook weggelegd voor de juridisch deskundigen op dit terrein.

Kwaliteitsregister

De VvOCM stelt dat alle bij de beroepsvereniging aangesloten

¹² wetten.overheid.nl

¹³ www.vvocm.nl/Oefentherapeut/Kwaliteitsregister.aspx

werkzame oefentherapeuten kwalitatief goede zorg leveren. Alle werkende leden zijn dan ook verplicht kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Minimaal eens in de 5 jaar dient een oefentherapeut zich te herregistreren en wordt getoetst of de oefentherapeut aan alle kwaliteitseisen voldoet om de kwaliteitsregistratie te behouden. De eisen om in dit register ge(her)registreerd te worden, zijn beschreven op het openbare deel van de website van de VvOCM¹³. De eisen die gesteld worden aan bij- en na scholing van gediplomeerde oefentherapeuten worden in de eisen voor herregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici vastgesteld en geborgd.

Klachtenregeling

Beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg zijn sinds de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in 1995 is ingevoerd, verplicht zich aan te sluiten bij een klachtencommissie en aan hun patiënten / cliënten bekend te maken waar hun klachtencommissie is gevestigd. Vanaf 1 januari 2015 is de klachtenregeling onder gebracht bij de Klachtencommissie Paramedici en kunnen klachten ingediend worden bij het 'Klachtenloket Paramedici' (www.klachtenloketparamedici.nl). Leden van de VvOCM die in de eerste lijn praktiseren, zijn automatisch aangesloten bij deze klachtenregeling.

Scholing

Het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut stelt de eisen vast die gesteld worden aan de opleidingen oefentherapie in Utrecht en Amsterdam. Dit betreft de scholing tot oefentherapeut. Zie bijlage 1.

1

2

3

4

5



4.4 Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden

Bij het inzichtelijk maken van het handelen zijn het beroepsprofiel en de beroepscode startpunt. Andere kwaliteitsinstrumenten zijn monodisciplinaire richtlijnen, multidisciplinaire richtlijnen, Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken¹⁴ en standaard verslaglegging.

Beroepscode

De beroepscode heeft zowel een interne als een externe functie. Naar binnen toe geeft de beroepsethiek normen aan waarmee het gedrag van de leden van de beroepsgroep kan worden beoordeeld en waaraan een richtsnoer kan worden ontleend voor allerlei situaties. Aan de buitenwereld wordt met het formuleren van een beroepsethiek een signaal gegeven dat de beroepsgroep zelf toeziet op het handhaven van strikte professionele maatstaven, zodat de samenleving vertrouwen kan hebben in het handelen van de beroepsbeoefenaren.

Leden van de VvOCM en oefentherapeuten die zich in het Kwaliteitsregister Paramedici willen inschrijven zijn gebonden aan deze beroepscode ^[27].

Richtlijnen

De monodisciplinaire richtlijnen van de VvOCM en de multidisciplinaire richtlijnen waaraan de VvOCM heeft meegewerkt zijn te vinden op het openbare gedeelte van de VvOCM-website (Multidisciplinaire) richtlijnen van andere beroepsgroepen zijn te vinden op www.diliguide.nl.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA): Een LESA heeft tot doel landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werkafspraken in de regio. De LESA's zijn in principe gebaseerd op een NHG-Standaard en een richtlijn van de betrokken andere eerstelijnsorganisatie, in dit geval de VvOCM.

Zorgstandaarden en zorgmodules

Het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van Zorginstituut Nederland) coördineert de ontwikkeling van zorgstandaarden en zorgmodules. Een zorgstandaard beschrijft in grote lijnen wat goede zorg is bij een bepaalde chronische ziekte. Zo staat beschreven welke zorg de patiënt moet krijgen, wat de rol van de patiënt in het behandelproces is en welke ondersteuning de patiënt kan verwachten van de zorgverleners. Zorgmodules zijn generieke modules die deel uitmaken van verschillende zorgstandaarden.

¹⁴ Deze instrumenten zijn te vinden op het openbare gedeelte van de VvOCM-website www.vvocm.nl

4.5 Meten, toetsen en verbeteren

Binnen een cyclisch proces van activiteiten, gericht op het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van de zorg nemen meten en toetsen een belangrijke plaats in. Het is van belang dat de kwaliteit van de oefentherapeut inzichtelijk is voor alle betrokken partijen. Er zijn verschillende instrumenten die tot doel hebben om bepaalde aspecten van kwaliteit inzichtelijk te maken, op basis waarvan de therapeut verbeteracties kan doorvoeren of bereikte kwaliteit kan borgen.

Professionele ontwikkeling en cliëntervaring

Professionele ontwikkeling door het actueel houden van kennis en vaardigheden is essentieel voor het behouden van een hoog niveau van vakbekwaamheid. In de kwaliteitscriteria van het KP 2015-2020 is dan ook opgenomen dat de geregistreerde oefentherapeut in de registratieperiode tenminste één maal het eigen professioneel handelen analyseert ^[28].

Het cyclische proces kent vier fasen:

1. reflecteren en analyseren;
2. doelen stellen en plannen;
3. uitvoeren en blijven reflecteren;
4. evalueren en beoordelen.

Dit proces wordt Individuele Professionele Ontwikkeling (IPO) genoemd (zie figuur). In fase 1 wordt een multisource feedback instrument ingezet, waarbij de oefentherapeut feedback vraagt aan cliënten, collega's en andere beroepsbeoefenaren.

Figuur: Fasen Individuele Professionele Ontwikkeling

(bron: Kwaliteitscriteria 2015-2020 Kwaliteitsregister Paramedici (KP))



1
2
3
4
5

De VvOCM heeft besloten om een cliëntervaringsonderzoek¹⁵ uniform te implementeren in alle beschikbare dossier software voor oefentherapeuten en uit te laten voeren door de op de markt beschikbare meetbureaus. Dit cliëntervaringsonderzoek is een verkorte CQI (Consumer Quality Index)-vragenlijst, waaraan beroepsspecifieke vragen zijn toegevoegd. De VvOCM vindt het belangrijk om met een eenduidige lijst te werken voor alle oefentherapeuten, zodat verkregen data ook goed vergeleken kunnen worden met elkaar. Omdat een deel van de vragen ook door andere beroepsgroepen wordt uitgezet, blijft ook een benchmark met andere beroepsgroepen mogelijk. Een aantal zorgverzekeraars stelt in contracten, die zij afsluiten met zorgverleners, het uitzetten van een cliëntervaringsonderzoek verplicht.

Intercollegiaal overleg

Intercollegiaal Overleg (IO) is een vorm van deskundigheidsbevordering en een belangrijk kwaliteitsinstrument. Het doel is een structuur te bieden waarbinnen oefentherapeuten ervaringen met elkaar kunnen uitwisselen en gezamenlijk aan verbetertrajecten kunnen werken. In de groep kan op diverse manieren gewerkt worden aan vakinhoudelijke verdieping, verbetering van de praktijkvoering, toepassing van kwaliteitsinstrumenten en van wetenschappelijke inzichten¹⁶.

¹⁵ Ontwikkeld in samenwerking met Qualizorg en TopOefentherapie

¹⁶ Handleiding / reglement voor intercollegiaal overleg oefentherapie VvOCM

Richtlijn verslaglegging

Alle oefentherapeuten leggen gegevens vast in een cliëntdossier volgens de richtlijn verslaglegging. Deze richtlijn gaat over de schriftelijke weergave van het methodisch handelen en de klinische besluitvorming en over het omgaan met dossiers volgens wet- en regelgeving. De richtlijn bevat regels en adviezen welke gegevens in het dossier moeten worden vastgelegd. Het geldt als een beroepsformat, dat inhoudelijk getoetst kan worden middels visitatie of intervisie.

Ontwikkelingen

Het transparant maken van de kwaliteit van oefentherapeutische zorg is belangrijk. In de toekomst zal er steeds vaker gebruik gemaakt worden van uniforme meetinstrumenten, wat het mogelijk maakt om te benchmarken. Het ervaren resultaat door de cliënt is daarbij ook van belang. Het meten van PROMs (Patient Reported Outcome Measures) zal een grotere rol gaan spelen.

1

2

3

4

5



5 Competentieprofiel oefentherapeut

Dit beroepscompetentieprofiel beschrijft de competenties die de oefentherapeut nodig heeft om taken uit te voeren en problemen op te lossen in zijn werksituatie.

De startend oefentherapeut zal deze beroepscompetenties kunnen toepassen in overzichtelijke werksituaties met cliënten met eenvoudige problematiek, terwijl een meer ervaren oefentherapeut dezelfde beroepscompetenties in complexe werksituaties op cliënten met meervoudige problematiek kan toepassen. In de oefentherapeutische beroepspraktijk bestaan verschillen tussen werkvelden met bijbehorende taken en competenties. Hierdoor zal een individuele oefentherapeut niet alle taken van het beroep even frequent uitvoeren en is het mogelijk dat hij ook niet alle competenties dagelijks nodig

heeft. Elke oefentherapeut moet echter in staat zijn om alle hieronder genoemde competenties in praktijk te gaan brengen wanneer de specifieke werksituatie erom vraagt. Afhankelijk van de persoonlijke werksituatie en specifiek verworven deskundigheid kan de individuele oefentherapeut ook over andere (aanvullende) competenties beschikken dan in dit profiel worden beschreven.

Het profiel is opgebouwd volgens het CanMeds competentieraamwerk voor zorgprofessionals. De term CanMeds is een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists. Het raamwerk is ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada en onderscheidt zeven competentiegebieden.

1

2

3

4

5



1. Oefentherapeutisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie en kwaliteit
7. Professionaliteit

De hierna uitgewerkte 7 competentiegebieden omvatten een algemene toelichting, in sommige gevallen een verdere onderverdeling (nummers 2, 4 en 7) en indicatoren. Lees in voorkomende gevallen voor 'cliënt', 'cliënt en diens (wettelijke) verzorger(s) / begeleider(s)'.



1

2

3

4

5



1 Oefentherapeutisch handelen

Onderzoeken, behandelen en begeleiden vormen de kernbegrippen binnen dit competentiegebied. Uitgangspunt voor het handelen van de oefentherapeut is de hulpvraag (op het gebied van bewegen) van de cliënt. Met behulp van het klinisch redeneren binnen alle fasen van het methodisch handelen, wordt het gezondheidsprobleem van de cliënt in beeld gebracht (oefentherapeutische diagnose) en wordt het behandeldoel geformuleerd en het behandelplan met tijdindicatie opgesteld.

Dit behandelplan wordt besproken met de cliënt en er wordt in overleg een besluit genomen tot behandeling, advisering of mogelijk verwijzing. Indien er besloten wordt om te starten met de behandeling wordt het behandelplan uitgevoerd, waarbij regelmatig wordt geëvalueerd op de subdoelen uit het behandelplan. Zo nodig wordt het behandelplan bijgesteld. Evidence- / practice-based handelen is de basis voor diagnostiek, interventie en aanpak binnen het oefentherapeutisch handelen.

Competentie 1	Diagnosticeren, interventie voorbereiden en uitvoeren en evalueren
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none">• handelt volgens vigerende beroepsstandaarden;• voert in geval van directe toegankelijkheid een screening uit en maakt een screeningsrapportage;• observeert, onderzoekt, analyseert en diagnosticeert;• past relevante, valide en betrouwbare klinimetrie toe;• geeft op basis van de resultaten van het diagnostisch proces gericht advies aan de cliënt;• bereidt interventies voor;• kiest middelen en een didactische aanpak afgestemd op de belevingswereld, wensen en de (on)mogelijkheden van de cliënt;• stimuleert de cliënt in het uitvoeren van activiteiten door de oefensituatie voor de cliënt betekenisvol te maken;• begeleidt / coacht de cliënt in de transfer van therapeutische setting naar toepassing in de reële context;• waar mogelijk vindt aansturing en begeleiding plaats in de reële context;• adviseert zo nodig andere betrokkenen hoe te handelen in de leef- / woonomgeving;• evalueert het verloop van het behandelproces en bespreekt de resultaten van de behandeling met de cliënt en past zo nodig het behandeldoel, plan, de prognose aan;• evalueert aan het einde van het behandelproces het resultaat van de behandeling en bespreekt dit met de betrokkene(n);• expliciteert gemaakte keuzes en kan deze verantwoorden; betreft daarin richtlijnen en beschikbare evidence;• verzorgt groepsbehandelingen aan specifieke doelgroepen; hierbij zijn voorgaande indicatoren van toepassing.

1
2
3
4
5



2 Communicatie

De oefentherapeut bouwt een vertrouwensrelatie op met de cliënt en zorgt voor een adequate uitwisseling van informatie nodig voor het goed verlopen van het zorgproces. Dit vraagt

van de oefentherapeut een goed inschattingsvermogen van informatiebehoefte en informatienoodzakelijkheid binnen de leefwereld van de cliënt.

Competentie 2.1	Het aangaan van een vertrouwensrelatie
	De oefentherapeut zorgt dat er een vertrouwensrelatie ontstaat met de cliënt als basis voor een effectief zorgproces. Ook is het in individuele gevallen van belang om verzorgers / begeleiders in dit zorgproces te betrekken, waardoor de oefentherapeut ook moet zorgen voor een vertrouwensrelatie met deze betrokkenen.
Indicatoren	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none">• gaat een professionele samenwerkingsrelatie aan met de cliënt;• bejegt de cliënt met betrokkenheid, begrip en respect;• luistert actief en verkrijgt op doelmatige wijze relevante cliëntinformatie;• creëert een veilig klimaat;• houdt rekening met de communicatieve mogelijkheden van de cliënt;• bespreekt met de cliënt de resultaten van het diagnostische proces, de mogelijke interventies, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden;• bespreekt de resultaten van de behandeling met de cliënt en past zo nodig het behandeldoel, plan, de prognose aan;• staat open voor feedback en handelt hiernaar.

1

2

3

4

5



Competentie 2.2	Geven van informatie, voorlichting en advies
	De oefentherapeut geeft voorlichting en advies aan de cliënt op het gebied van bewegen, gezondheid en leefstijl, gerelateerd aan het gezondheidsprobleem en de hulpvraag.
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • geeft advies over hobby's, sport en andere bewegingsvormen; • geeft advies over het gebruik van technische en / of ergonomische hulpmiddelen; • geeft advies over het gebruik van e-Health; • geeft voorlichting over leefstijl betreffende gezond beweeggedrag in relatie tot het gezondheidsprobleem; • vertaalt en verduidelijkt informatie van andere disciplines.

Competentie 2.3	Informatie vastleggen en informatie geven
	De oefentherapeut legt relevante informatie schriftelijk vast in een cliëntendossier en gebruikt dit in de communicatie met betrokkenen. Dit gebeurt met respect voor privacy van de betrokkenen.
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • verzamelt op doelmatige wijze informatie van de cliënt; • legt de gegevens vast in het cliëntendossier conform de richtlijn verslaglegging van de beroepsvereniging; • brengt tijdig en adequaat schriftelijk en / of mondeling verslag uit aan verwijzer / huisarts en zo nodig andere betrokkenen; • maakt een eindrapportage voor de verwijzer / de huisarts; • neemt de rechten van de cliënt in acht, zoals deze voortvloeien uit wetgeving, rechtspraak en richtlijnen van de beroepsgroep; • neemt de geheimhoudingsplicht in acht en eerbiedigt de persoonlijke levenssfeer van de cliënt en betrokkenen.

1
2
3
4
5



3 Samenwerken

De oefentherapeut werkt samen met andere (zorg)professionals om doelen van oefentherapeutische interventies te realiseren. Het betreft hier zowel de monodisciplinaire als multidisciplinaire samenwerking ten behoeve van een optimaal zorgproces. Monodisciplinair kan gedacht worden aan het consulteren van een collega oefentherapeut. Vaker zal het om een multidisciplinaire samenwerking gaan. Vanuit ieders expertise

kan een goed op elkaar afgestemd behandelplan voor de cliënt ontwikkeld worden.

Ook kan de oefentherapeut deel uitmaken van intercollegiaal overleg, een netwerk of een multidisciplinair team dat een protocol of nieuw product ontwikkelt ten behoeve van een specifieke cliëntengroep. Kennis van elkaars expertise en delen van specialistische kennis zijn in alle gevallen noodzakelijk.

Competentie 3	Samenwerken
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none">• onderneemt activiteiten om tot multidisciplinair samenwerken te komen;• verwoordt kort visie en doel van de oefentherapie voor de bij het zorgproces betrokken professionals;• deelt kennis ten behoeve van de samenwerking / het overleg;• verwoordt kort de gegevens uit het oefentherapeutisch onderzoek en / of behandeling ten behoeve van het overleg met inachtneming van het beroepsgeheim;• stemt met andere (zorg)professionals af hoe de zorgverlening rondom de cliënt zo efficiënt en effectief mogelijk kan worden uitgevoerd;• vraagt toestemming aan cliënt voor het delen van informatie voor het overleg;• is zich bewust van verschillende rollen en mogelijke conflicten binnen de bij het zorgproces betrokkenen en kan hierin adequaat handelen;• verwijst zo nodig naar een andere (zorg)professional ten behoeve van het herstelproces van de cliënt;• brengt casuïstiek in binnen professioneel overleg.

1

2

3

4

5



4 Kennis en Wetenschap

De oefentherapeut gebruikt de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid om het oefentherapeutisch handelen te onderbouwen (evidence- en practice based, EBP). Daarnaast draagt de oefentherapeut bij aan innovatie van de oefentherapie door een bijdrage te leveren aan praktijkgericht

wetenschappelijk onderzoek en door nieuwe inzichten te implementeren.

De professional werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en levert een bijdrage aan de deskundigheid van collega's.

Competentie 4.1	Kritisch analyseren van het oefentherapeutisch handelen
	De oefentherapeut werkt methodisch en evidence based. Als een reflectieve professional zorgt hij voor de op dit moment best mogelijke kwaliteit van de zorg. Daarbij is het van belang de eigen kennis actueel te houden en in te passen in het eigen handelen.
Indicatoren	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none">• maakt het oefentherapeutisch handelen transparant;• past klinisch redeneren binnen het methodisch handelen toe en onderbouwt de keuzes zoveel mogelijk evidence based;• signaleert veranderingen in de samenleving en analyseert deze op de consequenties voor het oefentherapeutisch handelen;• blijft op de hoogte van nieuwe inzichten binnen het vakgebied en past deze toe binnen het eigen oefentherapeutisch handelen;• hanteert de grenzen van het eigen kunnen en vraagt zo nodig consult;• vindt op doelmatige wijze relevante en actuele literatuur betreffende aan de orde zijnde besluitvormingsthema's.

1

2

3

4

5



Competentie 4.2	Bijdragen aan innovatie van het beroep
	De oefentherapeut draagt systematisch bij aan kwalitatieve verbetering en vernieuwing van de zorgverlening door het ontwikkelen, toepassen en verspreiden van recente (wetenschappelijke) kennis.
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • analyseert, interpreteert en evalueert wetenschappelijke vakliteratuur kritisch ten aanzien van effectonderzoek, meetinstrumenten en op klinische relevantie; • vertaalt uitkomsten van relevant wetenschappelijk onderzoek naar consequenties voor de oefentherapie; • registreert systematisch relevante cliëntgegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek binnen de oefentherapie; • levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het eigen vakgebied en de gezondheidszorg door o.a.: <ul style="list-style-type: none"> - deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek binnen de oefentherapie - onderzoeksvragen te formuleren - het ontwikkelen van nieuwe inzichten, producten of diensten - het toepassen van nieuwe inzichten, producten of diensten - een bijdrage te leveren aan het evalueren, bijstellen en ontwikkelen van beroepsstandaarden.

Competentie 4.3	Deskundigheid bevorderen van professionals
	De oefentherapeut levert een bijdrage aan kenniscirculatie betreffende nieuwe inzichten binnen het domein bewegen.
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • verzorgt presentaties, workshops etc. voor collegae en andere (para)medici; • begeleidt / coacht oefentherapeuten i.o., nieuwe collega oefentherapeuten en andere professionals; • wisselt kennis uit met collegae en andere (zorg)professionals ten behoeve van eigen deskundigheidsbevordering.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



5 Maatschappelijk handelen

Dit competentiegebied betreft de maatschappelijke verantwoordelijkheid op het gebied van gezondheid en welzijn die de oefentherapeut heeft. Dit betreft zowel de cliënt, de gemeenschap als de bevolking. De oefentherapeut is enerzijds, binnen de diagnostiek en interventie van de individuele cliënt en binnen groepsbehandeling gericht op preventie en het

geven van voorlichting over gezond bewegen. Anderzijds zal de oefentherapeut, daar waar nodig en mogelijk, het belang van gezond bewegen benadrukken voor specifieke groepen binnen de samenleving. Het gaat om het signaleren en aanpakken van (structurele) gezondheidsproblemen en preventie van problemen die mogelijk (kunnen) leiden tot participatieproblemen.

Competentie 5	Bevorderen gezondheid en welzijn
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none">• herkent problemen in functioneren die de gezondheid van cliënt(groepen) beïnvloeden en neemt dit mee in het oefentherapeutisch handelen;• spoort gezondheidsproblemen vroegtijdig op door middel van screening en geeft een prognose van de risico's die een cliënt(engroep) loopt en een advies om wel / niet tot behandeling over te gaan;• signaleert nieuwe kansen en mogelijkheden voor programma's voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en leefstijladvisering gericht op bewegen;• ontwikkelt, implementeert en evalueert programma's voor preventie, zorg, training en advies;• geeft voorlichting aan specifieke groepen en instanties over onderwerpen in het kader van gezondheidsbevordering en preventie van problemen in functioneren, zoals bijvoorbeeld beweeggedrag in relatie tot leefstijl, cliëntveiligheid en zelfmanagement;• is op de hoogte van overheid- / gemeentebestuur gericht op gezondheid en welzijn;• behartigt de belangen van de cliënt(groepen) door beargumenteerd invloed uit te oefenen;• behartigt de belangen van de oefentherapie binnen instanties en organisaties.

1

2

3

4

5



6 Organisatie en kwaliteit

De oefentherapeut beheert een praktijk of onderneming en ontwikkelt zorgbeleid en borgt de kwaliteit van de geboden zorg; of is werknemer binnen een praktijk of onderneming en draagt bij aan de ontwikkeling van zorgbeleid en borgt de kwaliteit van de geboden zorg. Dit is dus meer dan de zorgverlening aan de

cliënt. Activiteiten: uitvoeren van administratie en praktijkvoering, hanteren van kwaliteitszorgsystemen en ontwikkelen, uitvoeren en borgen van beleid, en beheer van de organisatie. Daarmee draagt hij bij aan continuïteit en kwaliteit van de totale zorg- en dienstverlening.

Competentie 6	Werken in en vanuit een organisatie
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none">• draagt zorg voor de dagelijkse gang van zaken betreffende cliëntenzorg (faciliteiten, praktijkadministratie en contacten met collega's, verwijzers en zorgverzekeraars);• evalueert systematisch de kwaliteit van de geboden zorg en ontwikkelt, implementeert en evalueert het verbeterplan;• handelt volgens de gangbare kwaliteitszorgsystemen;• levert een bijdrage aan de ontwikkeling, de implementatie en de uitvoering van een beleidsplan van de organisatie (cliëntenzorg, personeel, samenwerking met derden, marketing en PR, financieel-economische zaken);• stemt middelen, materialen en medewerkers af zodat de cliënt kwalitatief goede zorg ontvangt tegen aanvaardbare kosten (doelmatigheid).

1

2

3

4

5



7 Professionaliteit

De oefentherapeut legt verantwoording af voor zijn handelen binnen de zorgverlening door dit systematisch te evalueren. Hij is in staat om te reflecteren op eigen gedrag en ervaringen, waarbij de waarden en normen van het beroep in acht worden

genomen. Daarbij stelt hij zich open om zijn deskundigheid voortdurend te toetsen en te verbeteren (leven lang leren). De oefentherapeut draagt bij aan de profilering, belangenbehartiging en inhoudelijke ontwikkeling van de oefentherapie.

Competentie 7.1	Open staan om zichzelf en de oefentherapie te ontwikkelen
	De oefentherapeut stelt zich binnen de zorgverlening regelmatig de vraag: 'is het goed en kan het nog beter?' Hij is zich bewust van de kwaliteit van het oefentherapeutisch handelen, stelt dit ter discussie en draagt bij aan verbetering.
Indicatoren	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none">• reflecteert methodisch door:<ul style="list-style-type: none">- het eigen gedrag en ervaringen binnen het zorgverleningsproces te evalueren en ter discussie te stellen;- alternatieven te ontwikkelen voor het eigen handelen en hieruit keuzes te maken;- de gemaakte keuzes binnen het eigen handelen uit te voeren;- de gemaakte keuzes te evalueren;• toont initiatief en verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling door onder meer het volgen van scholing, intervisie en intercollegiaal overleg;• toont initiatief en verantwoordelijkheid voor profilering en verdere ontwikkeling van het vak oefentherapie;• participeert in beroeps- en belangenverenigingen.

1

2

3

4

5



Competentie 7.2	Handelen volgens de waarden en normen binnen de oefentherapie
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • is zich bewust van de essentiële aspecten van de oefentherapie binnen het eigen handelen, zoals beschreven in het beroepsprofiel; • handelt volgens de uitgangspunten van de oefentherapie, zoals beschreven in het beroepsprofiel; • draagt verantwoordelijkheid voor het eigen oefentherapeutisch handelen, geeft hierin de eigen grenzen aan en bewaakt deze; • consulteert collegae of andere professionals indien nodig; • draagt verantwoordelijkheid voor keuzes bij een discrepantie tussen eigen waarden en normen en de professionele waarden en normen.

Gebruikte bronnen [14] [15] [16] [17] [18]

Bronnen

- [1] VvOCM, *Jaarplan 2015*, Utrecht, November 2014.
- [2] C. Kuiper en M. Jans, *Betrokken bij bewegen, essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut*, Den Haag: Lemma, 2009.
- [3] VvOCM, *Beroepsprofiel Oefentherapeut*, Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- [4] NIVEL, „NIVEL Beroepen in de gezondheidszorg,“ [Online]. Available: www.nivel.nl/brochures
- [5] „NIVEL Zorgregistraties,“ [Online]. Available: www.nivel.nl/NZR/oefentherapeutische-zorg
- [6] „GezondNL,“ [Online]. Available: www.gezondnl.nl/prevent-model/74-indelingen-van-preventie.html
- [7] H. Bussmann, R. van den Berg-Emons en Stam.H., „Beweeggedrag van patiënten met chronische fysieke condities,“ *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*, vol. 2011/1, pp. 5-12, 2011.
- [8] G. Engel, „The Need for a new medical model: A challenge for Biomedicine,“ *Science, New Series*, vol. vol. 196, pp. 129-136, 1977.
- [9] B. Sassen, *Gezondheidsbevordering en preventie door paramedici*, Amsterdam : Reed Business, 2011.
- [10] L. Lechner, I. Mesters en C. & Bolman, *Gezondheidspsychologie bij patiënten*, Assen: Van Gorcum, 2010.
- [11] A. Poelgeest, J. Noordstar, M. Mares, P. Luijnenburg-Kroes en M. Balm, *Gezond bewegen kun je leren*, Den Haag: Boom Lemma, 2010.
- [12] C. Ober, *Oefentherapie Cesar, een therapie in beweging*, Den Haag: Lemma, 2008.
- [13] B. Fogg, „Forget big change, start with a tiny habit,“ Fremont, Amerika., 2012, december 5.
- [14] J. Prochaska, C. DiClemente en J. Norcross, „In search of how people change: Applications to addictive behaviors,“ *American Psychologist*, pp. 47(9) 1102-1114, 1992.
- [15] G. Tani, U. Corrêa, L. Basso, R. Benda, H. Ugrinowitsch en K. Choshi, „An adaptive process model of motor learning: insights for the teaching of motor skills,“ *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, vol. vol 18:1, pp. 47-65, 2014.
- [16] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: individuele verschillen en leerstijlen (deel 10 - slot),“ *Sportgericht*, vol. 68:3, pp. 2-7, 2014.
- [17] P. Beek, „Nieuwe praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: uitgangspunten en overwegingen deel 1,“ *Sportgericht*, vol. 65:1, pp. 8-11, 2011.



- [18] N. Phillips, „Motor learning.,” in In T. Everett, & C. Kell, *Human movement an introductory text sixth edition*, Londen, Churchill Livingstone Elsevier, 2013, pp. 85-99.
- [19] T. Mulder, *De geboren aanpasser.*, Amsterdam: Atlas Contact, 2010.
- [20] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van random variaties in de uitvoering deel 5.,” *Sportgericht*, vol. 65:6, pp. 30-35, 2011C.
- [21] P. Beek, „Nieuwe praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van een externe focus van aandacht deel 2.,” *Sportgericht*, vol. 65:3, pp. 2-5, 2011A.
- [22] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van impliciete kennisopbouw deel 3.,” *Sportgericht*, vol. 65:4, pp. 12-16, 2011B.
- [23] D. Andriessen, *Praktisch relevant en methodisch grondig?* Openbare les 10 april 2014, Lectoraat Methodologie van praktijkgericht onderzoek aan Hogeschool Utrecht.
- [24] Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg, „*Voortrekkers in verandering.*,” HBO-raad, Den Haag, 2013.
- [25] N. Smorenburg en C. Bastiaansen-ten Haaf, „Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM),” *Beweeegreden*, vol. 11, nr. 2, 2015.
- [26] RIVM, „nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit,” 23 juni 2014. [Online]. Available: www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit,.
- [27] VvOCM, *Beroepscode oefentherapeut*, Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- [28] Stichting Kwaliteitsregister paramedici, *Kwaliteitscriteria 2015-2020*, Utrecht, December 2014.
- [29] HvA, Opleiding Oefentherapie, *Opleidingscompetentieprofiel*, Amsterdam, 2013.
- [30] Stichting Kwaliteitsregister Paramedici, *Paramedische Competenties*, Utrecht, 2013.
- [31] J. G. Lambregts, *Leren van de toekomst, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*, Houten: Bohn Stafleu, 2012.
- [32] HU, Centrum voor Bewegingsstudies, *Opleidingscompetentieprofiel Kinderoefentherapie*, Utrecht, 2014.

Bijlage 1

Besluit oefentherapeut

http://wetten.overheid.nl/BWBR0008975/geldigheidsdatum_01-04-2015#HOOFDSTUKVI

§ 1 Titel

Artikel 18

Het recht tot het voeren van de titel van oefentherapeut is voorbehouden aan degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende

examen heeft afgelegd van een opleiding voor oefentherapie-Cesar onderscheidenlijk voor oefentherapie-Mensendieck die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs en die voldoet aan het in de artikelen 19 en 20 gestelde.

§ 2 Opleiding

Artikel 19

1. De opleiding tot oefentherapeut, bedoeld in artikel 18, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs, dat gericht is op het verwerven van kennis van en inzicht en vaardigheid in de volgende aspecten van de oefentherapeutische beroepsuitoefening die betrekking hebben op het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 21:

- a) diagnostiek en behandeling;
- b) communicatie en samenwerking;
- c) preventie en gezondheidsvoorlichting;
- d) kwaliteitszorg en innovatie;
- e) praktijk- en bedrijfsvoering;
- f) beroepsontwikkeling.

2. Het praktische onderwijs omvat in ieder geval stages in het werkveld inzake het toepassen van tijdens de studie verworven kennis, inzicht en vaardigheden met betrekking tot het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 21, onder toezicht van een oefentherapeut.



Artikel 20

1. Het aspect diagnostiek en behandeling is zo ingericht dat betrokkene in staat is om in het kader van diagnostiek en behandeling, volgens de vigerende beroeps- en gezondheidszorgstandaarden, op methodische wijze de volgende interventies voor te bereiden, uit te voeren, te evalueren, bij te stellen en af te ronden:
 - a) het in het kader van het oefentherapeutische onderzoek bij de patiënt afnemen van een anamnese;
 - b) het stellen van een oefentherapeutische diagnose, opstellen van een behandelplan of behandeladvies;
 - c) het zo nodig afstemmen met andere disciplines;
 - d) het registreren en evalueren van behandelgegevens;
 - e) het met andere zorgverleners waarborgen van effectieve en efficiënte oefentherapeutische zorg;
 - f) het zo nodig verwijzen naar een andere zorgverlener.
2. Het aspect communicatie en samenwerking is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:
 - a) effectief te communiceren met de patiënt en, in daarvoor in aanmerking komende gevallen, met diens naaste betrekkingen;
 - b) in het kader van formele relaties, intern en extern te communiceren met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg of instanties in de gezondheidszorg;
 - c) een functionele samenwerkingsrelatie met de patiënt aan te gaan, te onderhouden en af te ronden;
 - d) met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in en buiten de organisatie professioneel samen te werken.
3. Het aspect preventie en gezondheidsvoorlichting is zodanig ingericht dat betrokkene in staat is om:
 - a) in het kader van preventie en gezondheidsvoorlichting voor diverse doelgroepen adviezen en oefenprogramma's te ontwikkelen, uit te voeren en te evalueren met betrekking tot houdings- en bewegingsgedrag;
 - b) in het kader van preventie doelgerichte voorlichting te geven aan een persoon met gezondheidsbevordering als doel;
 - c) in het kader van therapietrouw en veranderingen ten aanzien van houdings- en bewegingsgedrag de patiënt tijdens de behandeling op methodische wijze voor te lichten en te begeleiden.
4. Het aspect kwaliteitszorg en innovatie is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:
 - a) de eigen zorg- en dienstverlening op effectiviteit en efficiëntie te analyseren, daaraan conclusies te verbinden, en deze zo nodig planmatig te verbeteren;
 - b) aan de patiënt verantwoording af te leggen over effectiviteit en efficiëntie van het eigen professionele handelen;
 - c) een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening binnen de organisatie en in dat kader de zorg- en dienstverlening op effectiviteit en efficiëntie te analyseren en daaraan conclusies te verbinden;
 - d) algemeen maatschappelijke en beroepsspecifieke innovaties te integreren in het eigen professionele handelen.



5. Het aspect praktijk- en bedrijfsvoering is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:

- a) vanuit een zorgperspectief een bijdrage te leveren aan het zorgbeleid, de praktijkvoering en het beheer van de afdeling of organisatie;
- b) al dan niet met anderen tot een effectieve, efficiënte en hygiënische praktijk- en bedrijfsvoering te komen;
- c) effectief leergedrag bij stagiaires en nieuwe collega's te stimuleren, zodat beginnende oefentherapeuten op professionele wijze bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van de organisatie;
- d) middelen en materialen te beheren, zodat de dienstverlening aan de patiënt vanuit de organisatie effectief en efficiënt verloopt;
- e) nieuw beleid te volgen en te initiëren zodat de dienstverlening in de toekomst gewaarborgd wordt.

6. Het aspect beroepsontwikkeling is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:

- a) het beroep uit te oefenen overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen, de stand van de wetenschap en de geldende waarden en opvattingen die patiëntengroepen hebben ten aanzien van oefentherapeutische zorg;
- b) ethische vraagstukken die zich voordoen bij de oefentherapeutische handelingen te onderkennen en hanteren;

- c) te handelen vanuit een juist begrip van wettelijke regelingen en andere regelingen betreffende de oefentherapeutische beroepsuitoefening;
- d) te handelen vanuit een juist inzicht in de epidemiologie en de behoefte aan oefentherapeutische zorg van de bevolking als geheel en de daartoe te hanteren verzorgingsmogelijkheden, zowel collectief als individueel;
- e) prioriteiten te stellen voor het verlenen van oefentherapeutische zorg in overeenstemming met de beschikbare middelen, de behandelingsnoodzaak en de eigen vraag naar zorg van de patiënt;
- f) te handelen vanuit een juist inzicht in de structuur en financiering van de gezondheidszorg gericht op oefentherapeutische zorg;
- g) op een wetenschappelijke en effectieve manier informatie te verwerven, te verwerken en toe te passen in het beroepsmatige handelen;
- h) te reflecteren op het eigen beroepsmatige handelen en dit op basis hiervan verder te ontwikkelen;
- i) de eigen professionaliteit voortdurend te ontwikkelen op basis van nieuwe situaties in de samenleving of het beroepsdomein;
- j) anderen te begeleiden in hun beroepsontwikkeling;
- k) bij te dragen aan de ontwikkeling van de professie.

1

2

3

4

5



§ 3. Deskundigheid

Artikel 21

Tot het gebied van deskundigheid van de oefentherapeut wordt gerekend:

- a) het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een arts gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar een arts;
- b) onderzoeken van de patiënt op diens houdings- en bewegingsvermogens en -gewoonten en op de aanwezigheid van stoornissen en beperkingen van diens steun- en bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen volgens de oefentherapie, gebaseerd op de bewegingsleer Cesar dan wel de methode Mensendieck, en op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en zo nodig opstellen van een behandelplan;
- c) behandelen van de patiënt, strekkende tot het opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen van het steun- en bewegingsapparaat en de daarbij betrokken organen en regelsystemen en het normaliseren van het houdings- en bewegingsvermogen, door middel van het doen uitvoeren van oefeningen, ontleend aan en gericht op dagelijkse functionele bewegingen en elementaire bewegingsvaardigheden, volgens de bewegingsprincipes en normen van de bewegingsleer Cesar, dan wel het door middel van informatie en begeleiding doen oefenen van vaardigheden, ontleend aan dagelijkse handelingen, volgens de methode Mensendieck;
- d) het onderzoeken van een persoon of het geven van advies, voorlichting en instructie op basis van de bewegingsleer Cesar dan wel van de methode Mensendieck aan een persoon, met als doel het bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging in leef-, woon-, werk- en sportsituaties.

Bijlage 2

Historisch overzicht

Deze bijlage bevat in vogelvlucht ontwikkelingen die als mijlpalen gekenmerkt kunnen worden voor het beroep oefentherapeut.

De grondlegster van oefentherapie Mensendieck heet Bess Mensendieck (1864 – 1957). Op basis van door haar gevolgde scholing, onder andere op het gebied van zang, beeldhouwkunst, anatomie, biomechanica, fysiologie en lichamelijke opvoeding, en gestimuleerd door haar scherpe en onafhankelijke geest ontwikkelde zij rond 1895 de bewegingsleer die later als methode Mensendieck bekend zou worden (Beroepsprofiel Oefentherapeut Mensendieck 1993, pag.35). Aanvankelijk gaf ze bewegingslessen aan mensen zonder klachten, later ging zij haar methode ook op cliënten toepassen. Hier behaalde ze goede resultaten mee en kreeg daardoor vanuit de medische wereld steeds meer aandacht voor haar werk. Rond 1928 startte er een opleiding in Amsterdam.

Maria Dorothea Cesar-Pollak (1894-1975) ontwikkelde de grondslag van het beroep van oefentherapeut Cesar. Zij volgde de opleiding Mensendieck en was naast haar werk in de praktijk werkzaam als docente aan de opleiding Mensendieck. In haar loopbaan had Marie Cesar diverse, soms tegenstrijdige, opvattingen over bewegen leren kennen en ging zij zich afvragen of er een gemeenschappelijke noemer te vinden

zou zijn. Haar streven was erop gericht een integratie te bewerkstelligen van de ideeën en opvattingen van onder andere Delsarte, Stebbins en Mensendieck. Zodoende startte zij in 1937 haar eigen opleiding.

Mevrouw Mensendieck en mevrouw Cesar waren beiden van mening dat mensen zich bewust moesten worden van hun manier van bewegen, maar de wijze waarop zij dat meenden te moeten bereiken verschilde.

Meer informatie over beide grondleggers en de ontwikkeling van beide therapieën is te vinden in:

- M.L.A. Jonker-Kaars Sijpestein, *De methode Mensendieck*, Bunge 1996
- I. Klemmetsen, *The Mensendieck system of functional movements*, Lemma 2005
- G.J. Borrias, *De bewegingsleer Cesar*, 1965
- H.C. Hasper, *Vijftig jaar Bewegingsleer Cesar*, SOBC 1987
- C. Ober, *Oefentherapie*, Lemma 2008
- C. Kuiper en M. Jans, *Betrokken bij bewegen*, Lemma 2009

In 1972 zijn de beroepen van oefentherapeut Cesar en Mensendieck wettelijk erkend onder de wet op de paramedische beroepen (WPB 1963-1993). In 1974 volgt opname van oefentherapie in het verstrekkingspakket van de ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen. Vanaf 1993 valt oefentherapie onder de Wet Individuele

1

2

3

4

5



Beroepen Gezondheidszorg (Wet BIG). Oefentherapie wordt geschaard onder de artikel 34-beroepen, met als gevolg dat oefentherapeuten een wettelijk beschermde opleidingstitel genieten en niet als de art.3 -beroepen een wettelijke beschermde beroepstitel genieten, niet onder het medisch tuchtrecht vallen en niet geregistreerd staan in het BIG-register. De art.34 beroepen richten in 1997 gezamenlijk een eigen privaatrechtelijk kwaliteitsregister op met criteria voor kwaliteitsregistratie, het Kwaliteitsregister Paramedici. In 1997 sluiten de opleidingen Cesar en Mensendieck zich aan bij de Hogeschool Utrecht respectievelijk Hogeschool van Amsterdam. Daarmee vallen de opleidingen onder het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Tot die tijd ressorteerden de opleidingen onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met een andere bekostiging en regelgeving.

Op basis van de uitkomsten van onderwijsvisitaties (NAO, 1999) en landelijke aanbevelingen van de HBO-raad en de Raad voor Volksgezond en Zorg (RVZ) in 2000, beginnen beide opleidingen een traject om van een driejarig hbo-opleiding naar een vierjarig hbo-bachelor te gaan binnen de bachelor-masterstructuur. In 2004 starten beide opleidingen met het nieuwe curriculum.

- *De Toekomst van het HGZO*, HBO-raad, zd.
- *Professionals in de gezondheidszorg*, Advies Raad voor Volksgezondheid 99/15

Ook in 2004 wordt de beroepsvereniging VvOCM opgericht door een fusie van de afzonderlijke beroepsverenigingen NvOM en VBC. Fundamentele verschillen tussen de beide beroepsgroepen oefentherapie blijken in het proces van professionalisering marginaal. Het zich onderscheiden van de buitenwereld wordt echter in toenemende mate belangrijk. Energie wordt gestopt in een heldere boodschap naar buiten over wat een oefentherapeut is en wat hij kan doen. In de periode 2009-2010 wordt toegewerkt naar een gezamenlijk beroepsprofiel en beroepscode. In juni 2010 wordt het beroepsprofiel ter goedkeuring gepresenteerd op de Algemene Leden Vergadering en is het eerste gezamenlijke beroepsprofiel een feit.

- C. Kuiper en M.Jans, *Betrokken bij bewegen, essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut*, Lemma 2009
- *Beroepsprofiel oefentherapeut*, Lemma 2011

In de jaren '80 van de vorige eeuw legt Mw. M. Biesta de basis voor de huidige kinderoefentherapie. Dit leidt in 1991 tot een post-hbo opleiding en in 2008 tot een specialisatie, een eigen register en een Beroepsprofiel Kinderoefentherapeut.

In begin van de 21ste eeuw legt Mw. E. Versteeg de basis voor de huidige Psychosomatische oefentherapie. Dit leidt in 2007 tot een post-hbo opleiding en een verbijzondering en in 2008 tot eigen kwaliteitsregister en een Beroepsprofiel Psychosomatisch Oefentherapeut.

1

2

3

4

5



Per 1 juli 2008 is de Directe Toegankelijkheid Oefentherapie (DTO) van kracht. Mensen kunnen zonder verwijfsbrief van de (huis)arts naar de oefentherapeut. In de wet Big is in 2008 het deskundigheidsgebied van de oefentherapeut uitgebreid met de DTO.

- AMvB, Besluit oefentherapeut, artikel 21; staatsblad 2008 231 19 of
- <http://wetten.overheid.nl/BWBR0008975/>

Steeds meer oefentherapeuten nemen deel aan een netwerk of initiëren zelf een netwerk. In 2011 ontwikkelde een netwerk van oefentherapeuten een protocol om cliënten met chronisch pijn op een uniforme manier te begeleiden. Dit initiatief leidt in 2012 tot de oprichting van de Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn.

- <http://www.netwerkchronischepijn.nl/>

1

2

3

4

5





VvOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

Kaap Hoorndreef 28 - 3563 AT Utrecht

T (030) 262 56 27 **I** www.vvocm.nl **E** info@vvocm.nl