

# BEROEPSPROFIEL PSYCHOSOMATISCH 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 Psychosomatisch Oefentherapeut

© Copyright 2018 (tweede herziene versie)

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Kaap Hoorndreef 28

3563 AT Utrecht

Tel: 030-2625627

Website: [www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl)

E-mail: [info@vvocm.nl](mailto: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



<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
------------------------	----------

<b>Hoofdstuk 1. Het beroep psychosomatisch oefentherapeut</b> .....	<b>5</b>
---	----------

1.1 Positionering .....	5
1.2 Kern van de psychosomatische oefentherapie .....	7
1.3 Kennis en kunde .....	8

<b>Hoofdstuk 2. Methodisch handelen psychosomatisch oefentherapeut</b> .....	<b>9</b>
--	----------

2.1 De stappen van het methodisch psychosomatisch oefentherapeutisch handelen .....	10
2.2 Beslisboom psychosomatische oefentherapie .....	12

<b>Hoofdstuk 3. Competentieprofiel Oefentherapeut</b> .....	<b>18</b>
---	-----------

1 Oefentherapeutisch handelen .....	20
2 Communicatie .....	21
3 Samenwerken .....	23
4 Kennis en Wetenschap .....	24
5 Maatschappelijk handelen .....	26
6 Organisatie en kwaliteit .....	27
7 Professionaliteit .....	28

<b>Bronnen</b> .....	<b>30</b>
----------------------	-----------

# Algemene gegevens

## Stuurgroep

Mw. drs. S.C.N. Akihary .....	Beleidsmedewerker Professionaliteit & Wetenschap, VvOCM
Mw. G. Schoenaker.....	Voorzitter bestuur Platform Psychosomatiek
Mw. drs. M.S.H. Wortman.....	Bestuurslid Platform Psychosomatiek
Mw. G. Buis.....	Samenstelling tekst

## Klankbordgroep

Geregistreerde psychosomatisch oefentherapeuten:

Mw. A. Breukers .....	Oefentherapeut Roermond; deelname vanaf januari 2015
Mw. A. Buurman-Vereecken .....	Oefentherapie Bergum / Opeinde
Mw. M. Hoonhout .....	Oefentherapie Maarn
Mw. M. Kaptein.....	Aurora Oefentherapeuten Bloemendaal
Mw. A. de Greef.....	Praktijk De Cirkel, Bladel; deelname tot 2015
Mw. H. Koopmans .....	Mens en Co, Middenmeer
Mw. S.N. Kramer .....	Oefentherapie Oldenzaal
Mw. F. Lanen-de Haan .....	Oefentherapie Waalwijk
Mw. M. van de Molen.....	Medisch centrum Nieuwland, Amersfoort
Mw. A. Oprel .....	De Binnenplaats, eerstelijns-centrum voor integrale zorg, Ede

Mw. A.M.E. Tangelder .....	Oefentherapie Langedijk, Broek op Langedijk
Mw. M.C. Tombrock, MHD .....	Muevo Cesartherapie en Coaching, Heerde
Mw. D. Roeleveld .....	PMC de Schoof, Hendrik Ido Ambacht
Mw. N. Verburg-Huige .....	Oefentherapie Aerdenhout en TCO Aalsmeer

Docenten namens de Opleiding Psychosomatische Oefentherapie, Centrum voor Bewegingsstudies, Hogeschool Utrecht:

Dhr. R. Pöpping .....	Praktijk De Spreng, Eerbeek en coördinator opleiding
Mw. E. Smeeten .....	Praktijk Varsseveld
Mw. E. Versteeg, MA Psychologie i.o. ....	Praktijk 't Hoogveld, Borne

## Eindredactie

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

## Brondocumenten

Beroepsprofiel Psychosomatisch Oefentherapeut 2011  
Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015

## Legitimering

Geaccordeerd door de ALV van de VvOCM op 9 juni 2015



# Inleiding

Sinds 2007 kent de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) de verbijzondering psychosomatisch oefentherapeut. De verbijzondering is een verbreding van het domein oefentherapie in de richting van het psychosociale domein. Inmiddels neemt de psychosomatische oefentherapie een groeiende plaats in binnen de eerstelijns gezondheidszorg en zijn de eerste gegevens uit onderzoek naar effectiviteit van interventies positief.

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 Oefentherapeut. Het Beroepsprofiel 2015 heeft daarmee ook een nieuwe indeling gekregen en het competentieprofiel een nieuw raamwerk. Door hun eigen registratie binnen het Kwaliteitsregister Paramedici hebben Kinderoefentherapeuten en Psychosomatisch oefentherapeuten een eigen beroepsprofiel. Deze beide beroepsprofielen zijn nu ook herzien volgens het raamwerk van het Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015.

Als definitie voor een beroepsprofiel is gehanteerd: 'Een beroepsprofiel is een omschrijving van de beroepsactiviteiten in een bepaald beroep en de vereisten waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of wil uitoefenen (de competenties)<sup>1</sup>'.

Het Beroepsprofiel 2015 gaat uit van het niveau van een beginnend beroepsbeoefenaar en de algemene wijze waarop de psychosomatisch oefentherapeut zijn beroep uitoefent. Een opleidingscompetentieprofiel is gedetailleerder dan een beroepsprofiel omdat het sturend is voor de inhoud en vorm van het curriculum en de toetsing. Afgestudeerde beroepsbeoefenaren maken na het afronden van hun post-initiële opleiding keuzes. Zij verdiepen zich via verdere scholing en ervaring in een specifieke richting of deskundigheid.

Met het huidige beroeps(competentie)profiel laat de VvOCM de post-initiële opleidingen voldoende ruimte voor de invulling van hun opleidingsplannen en opleidingscompetentieprofielen.

---

<sup>1</sup> [www.kuleuven.be/onderwijslexicon](http://www.kuleuven.be/onderwijslexicon)



## Leeswijzer

Onderwerpen die alle oefentherapeuten gemeen hebben of die invloed hebben op het werk van alle oefentherapeuten staan beschreven in het Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015.

Het gaat om:

- Wet- en regelgeving over aspecten van de beroepsuitoefening;
- Gedragsverandering en motorisch leren;
- Mijlpalen in de oefentherapie;
- Zorggerichte communicatie en samenwerking;
- Kwaliteitszorg;

Het competentieprofiel is overgenomen van het Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015.

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'.



# 1 Het beroep psychosomatisch oefentherapeut

De psychosomatisch oefentherapeut behandelt cliënten met lichamelijke klachten waarbij psychosociale stressfactoren een rol spelen bij het ontstaan of voortbestaan van deze klachten.

De psychosomatisch oefentherapeut herkent en beïnvloedt de complexe relatie tussen lichamelijk functioneren, psychisch functioneren en de (psychosociale) context.

## 1.1 Positionering

De psychosomatisch oefentherapeut is de oefentherapeut die voldoet aan de vastgelegde eisen voor de registratie als Psychosomatisch Oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici <sup>[1]</sup>. Psychosomatisch oefentherapeuten zijn voornamelijk werkzaam in eerstelijnspraktijken en bedrijven.

De psychosomatisch oefentherapeut betreft in zijn analyse en behandeling psychosociale stressfactoren die een rol spelen bij het ontstaan of voortbestaan van lichamelijke

klachten en participatieproblemen. De deskundigheid van de psychosomatisch oefentherapeut verbreedt zich hiermee in de richting van het psychosociale domein.

Vanwege het (vaak) complexe karakter van problematiek rond psychosomatische klachten werkt de psychosomatisch oefentherapeut regelmatig samen met verwijzend arts of specialist, psycholoog, bedrijfsarts, de POH, de POH-GGZ of andere ggz-hulpverleners. Er wordt multidisciplinair gewerkt als dat nodig is.





## Behandelindicaties

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

Mogelijke indicaties voor psychosomatische oefentherapie zijn:

- Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).<sup>2</sup> Deze worden ondergebracht in vier clusters: bewegingsapparaat, algemeen specifiek (waaronder vermoeidheid en hoofdpijn, cardiopulmonaal (waaronder hyperventilatie) en gastro-intestinaal <sup>[2]</sup>;
- Lichamelijke verklaarde klachten waarbij psychosociale stressfactoren een rol spelen bij het (langdurig / hardnekkig) voortbestaan van klachten;
- Angst, paniek & hyperventilatie;
- Overspanning / burn-out;
- Klachten als gevolg van verlies en ontoereikende rouwverwerking;
- Depressieve stemming in combinatie met lichamelijke klachten, inactiviteit en spanningsproblemen.

Een groot deel van de klachten die de psychosomatisch oefentherapeut behandelt zijn SOLK klachten. Om te bepalen of behandeling met psychosomatische oefentherapie nodig

<sup>2</sup> Lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij er bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart <sup>[2]</sup>.

<sup>3</sup> Het oorspronkelijke model is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP) en het idee is in 2007 met toestemming overgenomen van de NFP.

en haalbaar is, wordt hiervoor de complexiteitsindeling van de NHG SOLK-standaard aangehouden <sup>[3]</sup>.

Milde SOLK:

- lichte functionele belemmeringen; en
- één of enkele SOLK-klachten binnen één of twee klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen specifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).

Matig-ernstige SOLK:

- matig-ernstige functionele belemmeringen; en
- meerdere SOLK-klachten in ten minste drie klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht

Ernstige SOLK:

- ernstige functionele belemmeringen; en
- SOLK-klachten in alle klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan drie maanden.

Bij matig-ernstige SOLK vindt doorverwijzing plaats naar de psychosomatisch oefentherapeut. Bij ernstige SOLK is de psychosomatisch oefentherapeut betrokken in het multidisciplinair behandelen. Naast patiënten die vallen in deze complexiteitsindeling van SOLK, behandelt de psychosomatisch oefentherapeut ook cliënten met klachten die gerelateerd zijn aan de eerder genoemde behandelindicaties.



## 1.2 Kern van de psychosomatische oefentherapie

Een cliënt presenteert zich in de regel bij een psychosomatisch oefentherapeut met (een combinatie van) lichamelijke, psychische en gedragsmatige symptomen van stress. Onder begeleiding van de psychosomatisch oefentherapeut wordt gezocht naar mogelijkheden om de oorzaken van ongezonde stress bewust te worden en aan te pakken, de klacht te verminderen of op te heffen en het dagelijks functioneren van de cliënt positief te beïnvloeden.

Psychosomatisch oefentherapeuten betrekken in het handelen mogelijke oorzaken én de gevolgen die de cliënt ervaart in zijn dagelijks leven. Eén van de grondhoudingen van psychosomatisch oefentherapeuten is hierbij alle aspecten van het biopsychosociaal model<sup>[4]</sup> te betrekken. Met deze benaderingswijze gaat de psychosomatisch oefentherapeut ervan uit dat een combinatie van factoren heeft geleid tot het ontstaan of het in stand houden van de aanwezige klachten. Door inzicht te krijgen in de verschillende factoren kan worden bepaald in welke mate deze factoren de klachten veroorzaken of in stand houden en in welke mate ze ook beïnvloedbaar zijn<sup>[5]</sup>. De psychosomatisch oefentherapeut hanteert hiervoor de vijf klachtdimensies SCEGS (soma-cognitie-emotie-gedrag-sociaal) van het in Nijmegen ontwikkelde SCEGS-model<sup>[6]</sup>. Deze dimensies vinden hun oorsprong in het biopsychosociaal model<sup>[2]</sup>.

In de benaderingswijze van de cliënt en diens probleem richt de psychosomatisch oefentherapeut zich expliciet op

onderliggende emoties en cognities. Psychosomatische klachten worden vertaald in disfunctionele gedachten, gevoelens en gedrag (ofwel cognities - emoties - gedrag). De psychosomatisch oefentherapeut leert de cliënt te zien en te voelen hoe stressfactoren en de daarmee samenhangende cognities, emoties en gedrag, invloed hebben op de klachten.

Voor de analyse van cliëntproblematiek en afbakening van het domein en de doelgroep hanteert de psychosomatisch oefentherapeut de 'beslisboom psychosomatiek'. Dit instrument is in 2015 geactualiseerd door Versteeg, Meijer en Tombrock.

De beslisboom is een screeningsinstrument waarmee klachten, problemen en functioneren van de cliënt getrapt worden geïnventariseerd en beoordeeld; waar het gaat om detecteren van symptomen die nader onderzoek behoeven, biedt de beslisboom psychosomatiek (gevalideerde) meetinstrumenten voor screening op psychologische en gedragsfactoren (cognities, emoties, gedrag) en op sociale factoren, bijvoorbeeld stresserende omstandigheden. De beslisboom geeft ook een indicatie voor een in te zetten interventie, terugverwijzen of voor multidisciplinaire aanpak. De beslisboom past in de matched-care en stepped-care gedachte, waarbij een cliënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende en kortste vorm van behandeling krijgt aangeboden die gezien de aard en ernst van het probleem mogelijk is. Als deze zorg onvoldoende blijkt, wordt stapsgewijs zwaardere en meer specialistische hulp ingezet.



Behandeling vindt plaats langs een somatisch en een psychosociaal spoor. Het somatische spoor, dat de lichamelijke klacht als vertrekpunt neemt, is nadrukkelijk verweven met het psychosociale spoor van relevante (dis)functionele gedachten, gevoelens, gedragingen en probleemhantering. Het omvat

een uitbreiding van de oefentherapie met therapeutisch lichaamswerk, psycho-educatie in combinatie met cognitief gedragstherapeutische interventies en gespreks- en communicatieve vaardigheden.

## 1.3 Kennis en kunde

De psychosomatisch 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 3.

### Vakspecifieke (praktische) kennis van de psychosomatisch oefentherapeut

Vakspecifieke (praktische) kennis voor de cliëntgerelateerde taken (diagnostiek en behandeling, therapeutische relatie), multidisciplinaire samenwerking en ontwikkeling van het beroep, omvat:

- psychosomatiek en psychopathologie;
- neurowetenschappelijke inzichten;
- beroepen waarmee wordt samengewerkt (ggz);
- cognitief gedragmatige interventies en interventies die gerekend worden tot therapeutisch lichaamswerk;
- communicatieve technieken en gespreksvoering;
- up to date (NHG) standaarden, (multidisciplinaire) richtlijnen;
- up to date verslaglegging.

### Verklaringsmodellen

Het veranderen van gedrag is een complex geheel. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen te omvatten <sup>[8]</sup>. Psychosomatische Oefentherapie is gebaseerd op het bio-psychosociaal model <sup>[9]</sup> dat er vanuit gaat dat er altijd vijf dimensies een rol spelen bij klachten: de Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale dimensies (SCEGS) <sup>[10]</sup>. Op deze dimensies vinden interventies plaats.

### Opleiding

Er is in Nederland één postinitiële opleiding psychosomatische oefentherapie, verzorgd door het Centrum voor Bewegingsstudies aan de Hogeschool Utrecht en die vanaf 2018 wordt voortgezet bij DOKh. Deze opleiding heeft de Body of Knowledge & Skills uitgewerkt in haar opleidingscompetentieprofiel.

Afgestudeerde psychosomatisch oefentherapeuten maken verschillende keuzes. Zij bekwamen zich via verdere scholing, ervaring en kennisdeling (bijvoorbeeld binnen specifieke netwerken) in een specifieke richting of deskundigheid.



# 2 Methodisch handelen psychosomatisch oefentherapeut

Het methodisch handelen van zorgverleners bij het oplossen van een klinisch probleem kenmerkt zich door doelgerichtheid, systematiek, procesmatigheid en bewust handelen. Kenmerkend hierbij 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 verschillende cliëntgroepen vragen specifieke kennis en vaardigheden van de betreffende therapeuten. Het methodisch handelen heeft bij al deze beroepsbeoefenaren dezelfde kenmerken, fasen en stappen.

De psychosomatisch oefentherapeut inventariseert, analyseert, interpreteert, definieert en behandelt integraal de fysieke en mentale functiestoornissen, ervaren beperkingen (vermijding, overbelasting) en interne stressoren (cognitie, emotie, gedrag) en betreft daarbij externe stressoren.

Klinimetrie neemt in het handelen van de psychosomatisch oefentherapeut een belangrijke plaats in. De resultaten uit de verschillende metingen worden niet alleen gebruikt voor het

inzichtelijk maken en verbeteren van het eigen handelen, maar (juist) ook ter ondersteuning van de cliënt in diens proces van bewustwording. Conform de beslisboom psychosomatiek wordt gemeten op symptomen niveau, het niveau van functioneren en op kwaliteit van leven. Meetinstrumenten die bij elke cliënt worden gehanteerd, zijn:

- de 4DKL, een vierdimensionale klachtenlijst voor het meten op symptomen niveau op de vier dimensies distress – somatisatie – depressie – angst <sup>[11] [12]</sup>.
- de VAS, Visual Analogue Scale: meet de mate van de ernst van de ervaren klacht <sup>[13]</sup>.
- MAF, meetlat algemeen functioneren voor screening op niveau van algemeen psychosociaal functioneren (Versteeg, Meijer en Klaver, 2010) <sup>[7]</sup>.

En afhankelijk van aan- / afwezigheid van een diagnose door verwijzer, het klachtenpatroon en de hulpvraag zet de psychosomatisch oefentherapeut aanvullende meetinstrumenten in.



## 2.1 De stappen van het methodisch psychosomatisch oefentherapeutisch handelen

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

In deze fase wil de psychosomatisch oefentherapeut inzicht krijgen in het gezondheidsprobleem, de hulpvraag en factoren die het gezondheidsprobleem beïnvloeden. Lichaamsgerichte en psychosociale diagnostiek lopen hierbij parallel aan elkaar. De therapeut bepaalt of er een indicatie is voor psychosomatische oefentherapie én of het in kaart brengen en het oplossen van het probleem binnen de eigen deskundigheid valt. Belangrijk is dat therapeut én cliënt komen tot een gedeelde visie op de klachten, het achterliggende probleem en op de te volgen strategie.

### Stap 1: Aanmelding en screening

De cliënt komt op verwijzing van (huis)arts of medisch specialist of op eigen initiatief (of op advies van derden) bij de oefentherapeut. De psychosomatisch oefentherapeut start in het geval iemand op eigen initiatief komt met een screening, bij een verwijzing met de anamnese.

Als een cliënt gebruik maakt van de directe toegankelijkheid wordt het screeningsproces gevolgd om te bepalen of behandeling geïndiceerd is, of nadere medische informatie over de algehele gezondheidstoestand van de cliënt wenselijk is en om te achterhalen of er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een (ernstige) specifieke aandoening. Bepaalde symptomen, vallend binnen de gele vlaggen, zijn voor de psychosomatische oefentherapeut juist een indicatie voor behandeling.

### Stappen 2 en 3: Anamnese en onderzoek

Om oorzaken en gevolgen van de klacht(en) te verhelderen worden de vijf klachtdimensies SCEGS verkend. Conform de beslisboom psychosomatiek inventariseert de therapeut lichamelijke stressklachten, psychische stressklachten, stressvolle gebeurtenissen en herstelbelemmerende factoren. Dit gebeurt door het stellen van gerichte vragen, luisteren naar het verhaal van de cliënt en ingaan op verbale en non-verbale hints. Het afnemen en bespreken van de gehanteerde meetinstrumenten complementeert deze inventarisatie.

Onderzoek is afgestemd op de hulpvraag en staat in het licht van (disfunctionerende) cognities, emoties en gedrag (zoals vermijden, overbelasten) en inzicht krijgen in het lichamelijk stresspatroon. De therapeut observeert tijdens de anamnese en het onderzoek de mate van (ont)spanning, adempatroon en spierspanning.

Specifiek onderzoek op structuurniveau vindt in voorkomende gevallen plaats om te bepalen in hoeverre een eventuele functiestoornis een belemmerende factor vormt. Of als klachten van karakter zijn veranderd en bij het ontstaan van nieuwe of alarmerende symptomen (rode vlag).



#### **Stap 4: Psychosomatisch oefentherapeutische diagnose en overwegen behandel mogelijkheden**

Het beroepsspecifieke oordeel op basis van het klinisch redeneerproces.

Het gezondheidsprobleem wordt beschreven in relatie tot (oorzakelijke) interne psychische stressoren (CEG), gevolgen in het functioneren (beperkingen), externe stressoren en persoonlijkheidsfactoren. Op basis van een analyse volgens de beslisboom psychosomatiek informeert de therapeut de cliënt over de mogelijkheden en prognose van behandeling of adviseert de cliënt zich te wenden tot een andere beroepsbeoefenaar.

#### **Van analyse en definitie naar interventie**

Indien er een indicatie is voor psychosomatische oefentherapie wordt het behandelplan opgesteld. Vervolgens wordt het plan uitgevoerd, tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld en in samenspraak met de cliënt afgesloten en afgerond.

#### **Stap 5: Behandeldoel en behandelplan**

Vanuit de oefentherapeutische diagnose stellen therapeut en cliënt gezamenlijk doelen vast. De therapeut 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.

<sup>4</sup> In staat zijn je zelf (bewust / onbewust) te beïnvloeden (emoties, cognities, motivaties, gedrag) zodat (met anderen) doelen bereikt worden (J. van der Stel, Lector GGz, Hogeschool Leiden).

Het doel is verbetering van lichamelijk en psychosociaal functioneren. Hulpvraag en de gewenste toestand (resultaatgericht) zijn hierbij richtinggevend. Vaak gaat het om verminderen van somatisatie, distress en / of angst, het bevorderen van zelfregulatie<sup>4</sup> en zelfredzaamheid.

De behandelstrategie omvat een (psycho)somatisch en een psychosociaal spoor met subdoelen op het gebied van:

- bewustwording van lichamelijke (stress)signalen en de emoties die er mee verbonden zijn;
- het verminderen en / of hanteren van disfunctionele emoties;
- reattribution en herkadring bij disfunctionele cognities;
- balansherstel in spanning en ontspanning en herstel vegetatieve evenwicht;
- vertrouwen in fysieke mogelijkheden herstellen of vergroten;
- verandering van disfunctioneel gedrag naar functioneel gewenst gedrag.

#### **Interventiefase: probleemoplossing en evaluatie**

#### **Stap 6: Behandeling**

Met het behandelplan als leidraad vindt in deze fase de daadwerkelijk behandeling plaats. Interventies die de psychosomatisch oefentherapeut inzet zijn hieronder kort weergegeven.



### *Psycho-educatie*

Doel: vergroten van kennis en inzicht over lichamelijke symptomen, functioneren van het lichaam, de rol van cognities en emoties t.a.v. de klacht, om te komen tot emotie- en gedragsverandering.

Interventies: de therapeut bespreekt de factoren die een rol spelen bij het ontstaan of voortbestaan van de klachten en opties voor hanteren van problemen, emoties, klachten, klachtverklaringen, copingstijlen en over energiemangement en persoonlijke effectiviteit.

### *Therapeutisch lichaamswerk*

Doel: bewustwording van lichamelijke reacties en veranderen van de lichamelijke klacht en disfunctionele cognities, emoties en gedrag.

Interventies: ontspanning, ademtherapie, mindfulness, visualisaties, focussen, bio-energetische oefeningen, haptotherapeutische handelingen, en de toepassing ervan in het dagelijks leven.

### *Cognitief gedragsmatige interventies*

Doel: (h)erkennen en opheffen van disfunctionele cognities, emoties en gedrag als oorzaak of gevolg van de klachten.

Mogelijke interventies: onderdelen uit de RET (Rationeel Emotieve Therapie), ACT (Acceptance and Commitment Therapy), NLP (Neurolinguïstisch Programmeren), copingstijl, kernkwaliteiten en schematherapie.

### *Gesprekstechnieken*

Doel: gedragsverandering, effectief leren omgaan met problemen en stressorzaken.

Interventies: diverse technieken als begrijpend luisteren, oplossingsgerichte vragen, motiverende gespreksvoering.

## **Stappen 7 en 8: Evaluatie & afsluiten behandelingsperiode**

De evaluatie bestaat uit een procesevaluatie en een product(resultaat)evaluatie.

De productevaluatie betreft de mate waarin gewenste toestand is bereikt, het oordeel van de cliënt over de verandering van de gezondheidsproblemen en het oordeel van de oefentherapeut over de gedragsverandering. De therapeut bespreekt terugvalpreventie en mogelijkheden voor nazorg.

## 2.2 Beslisboom psychosomatische oefentherapie

Hierna volgt de beslisboom psychosomatische oefentherapie met de stappen, de screeningsinstrumenten, complexiteitsniveaus en het vereiste competentieniveau. De criteria, normen en afkappunten zijn geëxpliciteerd waarmee de beslisboom toepasbaar is bij individuele cliënten <sup>[7]</sup>.

Toelichting: OT staat voor oefentherapeut, PSOT staat voor geregistreerd psychosomatisch oefentherapeut.

# BESLISBOOM PSYCHOSOMATIEK

Enny Versteeg, Kees Meijer & Margreet Tombrock ©, 2007; herzien 2015, 2017

LICHAMELIJKE KLACHTEN, ZONDER LICHAMELIJKE VERKLARING (SOLK)

↓ Indien ook

MEERDERE ONDERLIGGENDE STRESSKLACHTEN & BIOPSYCHOSOCIALE STRESSFACTOREN

Meijer, 2004; 4DKL; SRRS; Hassles Scale.

## Lichamelijke stressklachten Somatisatie

- Hoofdpijn?
- Pijnlijke spieren? Pijn in de nek, rug?
- Benauwd? Druk op de borst? Pijn in de borst?
- Hartkloppingen? Overmatige transpiratie?
- Tintelingen in de vingers?
- Misselijkheid of een maag die 'van streek' is?
- Opgeblazen gevoel in de buik? Pijn in buik of maag?
- Wazig zien of vlekken voor de ogen zien?
- Duizeligheid of licht gevoel in het hoofd?

## Psychische stressklachten Distress

- Piekeren? Moeite met helder denken?
- Moeite met inslapen? Onrustig slapen?
- Gespannen? Snel geïrriteerd? Snel emotioneel?
- Nare, opdringende gedachten of herinneringen?
- Tot niets meer kunnen komen? Nergens zin in? Geen belangstelling meer?
- Het niet meer aankunnen?
- Er niet meer tegenop kunnen?
- Neerslaching? Lusteloos?

## Stressfull life events & daily hassles

- Dood van partner / echtscheiding
- Overlijden van naast familielid
- Persoonlijke ziekte of letsel
- Huwelijk
- Ontslag / pensionering
- Verandering in gezondheid van gezinslid
- Zwangerschap / seksuele problemen
- Verandering financiële situatie / werkkring
- Dood van goede vriend
- Zoon of dochter verlaat huis
- Moeilijkheden met schoonfamilie
- Teveel things to do, verplichtingen
- Ruzie met baas / leidinggevende
- Verandering van gewoonte
- Andere dagelijkse zorgen en problemen

↓ Dan

Indien TRAUMATISCHE ERVARINGEN, zoals bij acute stressstoornis en posttraumatische stressstoornis (DSM-V)

→ Doorverwijzen of samen behandelen

4DKL SCREENING: Distress, Somatisatie

Bron: 4DKL

Bij 4DKL scores

- Distress 0-10: Normale spanningen
- Somatisatie 0-10: Normale spanningsklachten
- Somatisatie 10-16: Lichte somatisatie

→ OT

↓ Indien

- Distress 11-32: Spanningen met in toenemende mate dreigend disfunctioneren: uiting van stress / copingprobleem
- Somatisatie > 16

↓ Dan

4DKL SCREENING: Distress, Depressie, Angst, Somatisatie

Bron: 4DKL

Indien bij verhoogde 4 DKL-scores:

- Distress 11-32: Spanningen met dreigend disfunctioneren
- Depressie 3-5: Mogelijke depressieve stoornis
- Angst 8-12: Mogelijke angststoornis
- Somatisatie 11-30: Kans op somatisatie met dreigend disfunctioneren

→ PSOT

Indien bij sterk verhoogde 4DKL-scores op depressie, angst, somatisatie:

- Depressie 6-12: Grote kans op depressieve stoornis
- Angst 13-24: Grote kans op angststoornis
- Somatisatie 30-32: Grote kans op somatisatiestoornis

→ PSOT + screening op psychiatrie

1

2

3

13





↓ En ook

**SCREENING OP SAMENHANG TUSSEN KLACHT, COGNITIES, EMOTIES, GEDRAG EN SOCIAAL (SCEGS)**  
 Beroepsprofiel psychosomatische fysiotherapie, 2009; Beroepsprofiel psychosomatische oefentherapie, 2010; van Spaendock & Van de Lisdonk, 1995, Versteeg, 2014, Klaver 2015. *Bron: Items, inhoud en ernst worden verkregen uit de anamnese*

SCEGS met KLACHT CEG: Enkelvoudige: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disfunctionele klachtcognitie, illnessbelieve</li> <li>• óf disfunctionele emotie over de klacht</li> <li>• óf disfunctioneel gedrag, klachtcoping</li> </ul>	} eenvoudig door voorlichting en instructie te corrigeren, waardoor eenvoudig te herstellen zelfregulatie	→	<b>OT</b>
SCEGS met KLACHT CEG: Hardnekkige of meerdere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disfunctionele klachtcognitie, illnessbelieve</li> <li>• èn disfunctionele emotie over de klacht</li> <li>• èn disfunctioneel gedrag, klachtcoping</li> </ul>	} waardoor onvoldoende zelfregulatie → psychosomatische educatie en reattribution	→	<b>PSOT</b>
SCEGS met PROBLEEM CEG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disfunctionele probleemcognities</li> <li>• disfunctionele emoties over het probleem</li> <li>• disfunctioneel gedrag, probleemcoping, emotiecoping</li> </ul>	} waardoor onvoldoende zelfregulatie → stressordetectie, stressortherapie	→	

↓ Optioneel

**SCREENING OP ROLVERVULLING FYSIEK, ROLVERVULLING EMOTIONEEL, SOCIAAL FUNCTIONEREN**  
*Bron: SF36 Relatieve schaal*

• Lichte functionele beperkingen	→	<b>OT</b>
• Matig ernstige functionele beperkingen	→	<b>PSOT</b>
• Ernstige functionele beperkingen	→	<b>PSOT</b> Samen behandelen

↓ Optioneel

**SCREENING OP LOCUS OF CONTROL & PSYCHIATRIE: BDI, BAI**  
*Bron: Items en ernst worden verkregen uit anamnese, BDI en BAI*

<b>LOCUS OF CONTROL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondanks psycho-educatie aanhoudende externe locus of control</li> <li>• Interne locus of control</li> </ul>	→	Terug verwijzen
<b>PSYCHIATRIE: Depressie en Angst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI score 0-14: geen depressie</li> <li>• BAI score 0-21: laag angstniveau</li> </ul>	→	<b>PSOT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI score 15-20: lichte depressie</li> <li>• BDI score 21-27: matige depressie, vitale functies raken aangetast</li> <li>• BAI score 22-35: matige angst</li> </ul>	→	<b>PSOT</b> Mogelijk samen behandelen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI score &gt;27: ernstige depressie</li> <li>• BAI score &gt;25: ernstige angst</li> <li>• DSM-IV-TR as II problematiek (persoonlijkheidsstoornissen, zwakzinnigheid)</li> </ul>	→	Doorverwijzen of samen behandelen

- 1
- 2
- 3

Figuur: Enny Versteeg, Kees Meijer, Margreet Tombrock ©



## BRONVERMELDING BESLISBOOM

### BDI ( Beck Depression Inventory)

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression InventoryII*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., & van der Does, A.J.W. (2002). *BDIINL Handleiding BDIII Dutch manual*. Lisse, the Netherlands: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988) An inventory for measuring anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.

### BAI (Beck Anxiety Inventory)

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown G., en Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Osman, A., Kopper, B.A., Barrios, F.X., Osman, J.R., en Wade, T. (1997) The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 1, 7-14.

### 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst)

- Terluin, B. (1998). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76,435-441.
- Terluin, B. & Duijsens, I.L. (2002). 4DKL-handleiding. Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec
- Terluin. B., van Marwijk, H.W., Adèr, H.J., de Vet, H.C., Penninx, B.W., Hermens, M.L., van Boeijen, C.A., van Balkom, A.J., van der Klink, J.J. & Stalman, W.A. (2006). The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatisation. *BioMed Central Psychiatry*, 6: 34. doi: 10.1186/1471-244X-6-34

### DSM-5

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5de versie) (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Press

### Hassles Scale

- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 1-39.

### SF36 Short Form Health Survey 36

- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R., Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.
- Zee, K. I. van der, & Sanderman, R. (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

### SRRS (Social Readjustment Rating Scale)

- Holmes, T.H.& Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Psychosomatic Medicine*, 11, 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4



## OVERIGE BRONNEN BESLISBOOM

- Klaver, M.M. (2015). *Zakendoen met emoties. Limbische verklaring en cognitieve emotieve behandeling bij SOLK*. Amsterdam: SWP.
- Meijer, K. (2004). *Handboek psychosomatiek*. Baarn: HBuitgevers
- Mulders, N. Boersma, R., Ijntema, R. & Coppoolse, R. (2009). *Beroepsprofiel Psychosomatische fysiotherapeut*. Amersfoort: Drukkerij de Gans.
- Spaendonck, K.P.M. van & Lisdonk, E.H. van de.(1995). *Het biopsychosociale ziektemodel: een proeve van onderwijskundige operationalisatie*. In: *Pols, J., Ten Cate, Th.J., Houtkoop, E., Pollemans, M.C., Smal, J.A., eds. Gezond Onderwijs-4*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum , 272-276.
- VvOCM (2015). *Beroepsprofiel Psychosomatisch oefentherapeut*.
- Versteeg, E. (2014). SOLK verdient diagnostiek en behandeling van de psychosociale oorzaak. Een wetenschappelijk essay. *Beweegreden*, 10, 24-29.



## Toelichting beslisboom <sup>[7]</sup>

Bij directe toegang oefentherapie (DTO) dient de oefentherapeut te screenen tussen 'pluis' en 'niet-pluis' (dus doorverwijzen). Dit vereist signalering bij onbekende of gecompliceerde problematiek en contra-indicaties. Voor oefentherapeuten die werken met cliënten met stress- en psychosomatische klachten zijn een psychosomatische beslisboom en screeningsinstrumenten ontwikkeld (Meijer, Tombrock, Versteeg, herziene versie 2015). De beslisboom psychosomatiek gaat verder dan pluis / niet pluis en screent ook de ernst en de soort problematiek, maakt deze zichtbaar en vergemakkelijkt klinisch redeneren. De beslisboom screent, naast de somatische, psychische en sociale dimensie, ook op persoonlijkheidskenmerken en psychopathologie. Van deze beslisboom psychosomatiek volgt hier de samenvatting. Voor uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar het document beslisboom psychosomatiek, opleidingsmateriaal van de opleiding Psychosomatische Oefentherapie.

### De stappen

De beslisboom psychosomatiek is een screeningsinstrument dat klachten, problemen en functioneren getrapt inventariseert en beoordeelt.

#### Stap 1: Globale voorscreening op stressfactoren en stressoren

De screening begint met een eerste indruk waarbij gelet wordt op opvallende lichaamstaal of spanningsverschijnselen. De therapeut signaleert eventuele psychische en lichamelijke spanningsklachten aan de hand van een checklijst van de meest typerende klachten uit de 4DKL. Bij aanwezigheid daarvan volgt stap 2: screening via de 4-Dimensionale Klachten Lijst (4DKL).

**Stap 2: 4DKL-screening van symptomen** op de dimensies somatisatie en distress, dus de lichamelijke en gedragsmatige spanningsverschijnselen. Bij hoge scores ook de stappen 3, 4 en 5.

**Stap 3: 4DKL- screening van symptomen** op de dimensies depressie en angst. Deze screening geeft aanwijzingen voor de complexiteit van de problemen, contra-indicaties en vereiste competenties.

**Stap 4: SCEGS-screening van de oorzaken:** screening van stresserende levensomstandigheden, herstelbelemmerende cognitieve, emotionele, gedragsmatige oorzaken van klachten en problemen en de gevolgen ervan, in relatie tot het lichaam.

#### Stap 5: MAF-screening op algemeen functioneren

Screening op psychiatrie en contra-indicaties. Dat geeft aanwijzingen voor zelf behandelen of samen behandelen of verwijzen. De beslisboom geeft een helder beeld van de complexiteit van de problematiek, de contra-indicaties, het vereiste specialisme (oefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut) en de behandelaccenten.

Tevens geeft het de cliënt inzicht in zijn situatie, de problemen en de oorzaken ervan en vormt het de basis voor het gesprek over de diagnose, prognose en behandeling. Indien de 4DKL op het eind van de behandeling nogmaals wordt gescoord, wordt de vooruitgang helder zichtbaar.

De screeningsinstrumenten zijn ontleend aan en in gebruik bij de psychosomatische fysiotherapie, het maatschappelijk werk, de psychotherapie / geestelijke gezondheidszorg en zijn best practice, consensus- en evidence based. De beslisboom is bruikbaar voor psychosomatisch oefentherapeuten, en naar verwijzers en zorgverzekeraars.



# 3 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. 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 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
<b>Indicatoren</b>	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• handelt volgens vigerende beroepsstandaarden;</li><li>• voert in geval van directe toegankelijkheid een screening uit en maakt een screeningsrapportage;</li><li>• observeert, onderzoekt, analyseert en diagnosticeert;</li><li>• past relevante, valide en betrouwbare klinimetrie toe;</li><li>• geeft op basis van de resultaten van het diagnostisch proces gericht advies aan de cliënt;</li><li>• bereidt interventies voor;</li><li>• kiest middelen en een didactische aanpak afgestemd op de belevingswereld, wensen en de (on)mogelijkheden van de cliënt;</li><li>• stimuleert de cliënt in het uitvoeren van activiteiten door de oefensituatie voor de cliënt betekenisvol te maken;</li><li>• begeleidt / coacht de cliënt in de transfer van therapeutische setting naar toepassing in de reële context;</li><li>• waar mogelijk vindt aansturing en begeleiding plaats in de reële context;</li><li>• adviseert zo nodig andere betrokkenen hoe te handelen in de leef- / woonomgeving;</li><li>• 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;</li><li>• evalueert aan het einde van het behandelproces het resultaat van de behandeling en bespreekt dit met de betrokkene(n);</li><li>• expliciteert gemaakte keuzes en kan deze verantwoorden; betreft daarin richtlijnen en beschikbare evidence;</li><li>• verzorgt groepsbehandelingen aan specifieke doelgroepen; hierbij zijn voorgaande indicatoren van toepassing.</li></ul>



## 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.
<b>Indicatoren</b>	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none"><li>• gaat een professionele samenwerkingsrelatie aan met de cliënt;</li><li>• bejegt de cliënt met betrokkenheid, begrip en respect;</li><li>• luistert actief en verkrijgt op doelmatige wijze relevante cliëntinformatie;</li><li>• creëert een veilig klimaat;</li><li>• houdt rekening met de communicatieve mogelijkheden van de cliënt;</li><li>• bespreekt met de cliënt de resultaten van het diagnostische proces, de mogelijke interventies, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden;</li><li>• bespreekt de resultaten van de behandeling met de cliënt en past zo nodig het behandeldoel, plan, de prognose aan;</li><li>• staat open voor feedback en handelt hiernaar.</li></ul>





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.
<b>Indicatoren</b>	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geeft advies over hobby's, sport en andere bewegingsvormen;</li> <li>• geeft advies over het gebruik van technische en / of ergonomische hulpmiddelen;</li> <li>• geeft advies over het gebruik van e-Health;</li> <li>• geeft voorlichting over leefstijl betreffende gezond beweeggedrag in relatie tot het gezondheidsprobleem;</li> <li>• vertaalt en verduidelijkt informatie van andere disciplines.</li> </ul>

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



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



## 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.
<b>Indicatoren</b>	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none"><li>• maakt het oefentherapeutisch handelen transparant;</li><li>• past klinisch redeneren binnen het methodisch handelen toe en onderbouwt de keuzes zoveel mogelijk evidence based;</li><li>• signaleert veranderingen in de samenleving en analyseert deze op de consequenties voor het oefentherapeutisch handelen;</li><li>• blijft op de hoogte van nieuwe inzichten binnen het vakgebied en past deze toe binnen het eigen oefentherapeutisch handelen;</li><li>• hanteert de grenzen van het eigen kunnen en vraagt zo nodig consult;</li><li>• vindt op doelmatige wijze relevante en actuele literatuur betreffende aan de orde zijnde besluitvormingsthema's.</li></ul>



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

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



## 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"><li>• herkent problemen in functioneren die de gezondheid van cliënt(groepen) beïnvloeden en neemt dit mee in het oefentherapeutisch handelen;</li><li>• 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;</li><li>• signaleert nieuwe kansen en mogelijkheden voor programma's voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en leefstijladvisering gericht op bewegen;</li><li>• ontwikkelt, implementeert en evalueert programma's voor preventie, zorg, training en advies;</li><li>• 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;</li><li>• is op de hoogte van overheid- / gemeentebestuur gericht op gezondheid en welzijn;</li><li>• behartigt de belangen van de cliënt(groepen) door beargumenteerd invloed uit te oefenen;</li><li>• behartigt de belangen van de oefentherapie binnen instanties en organisaties.</li></ul>



## 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
<b>Indicatoren</b>	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• draagt zorg voor de dagelijkse gang van zaken betreffende cliëntenzorg (faciliteiten, praktijkadministratie en contacten met collega's, verwijzers en zorgverzekeraars);</li><li>• evalueert systematisch de kwaliteit van de geboden zorg en ontwikkelt, implementeert en evalueert het verbeterplan;</li><li>• handelt volgens de gangbare kwaliteitszorgsystemen;</li><li>• 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);</li><li>• stemt middelen, materialen en medewerkers af zodat de cliënt kwalitatief goede zorg ontvangt tegen aanvaardbare kosten (doelmatigheid).</li></ul>



## 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.
<b>Indicatoren</b>	De oefentherapeut <ul style="list-style-type: none"><li>• reflecteert methodisch door:<ul style="list-style-type: none"><li>- het eigen gedrag en ervaringen binnen het zorgverleningsproces te evalueren en ter discussie te stellen;</li><li>- alternatieven te ontwikkelen voor het eigen handelen en hieruit keuzes te maken;</li><li>- de gemaakte keuzes binnen het eigen handelen uit te voeren;</li><li>- de gemaakte keuzes te evalueren;</li></ul></li><li>• toont initiatief en verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling door onder meer het volgen van scholing, intervisie en intercollegiaal overleg;</li><li>• toont initiatief en verantwoordelijkheid voor profilering en verdere ontwikkeling van het vak oefentherapie;</li><li>• participeert in beroeps- en belangenverenigingen.</li></ul>



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

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





# Bronnen

- [1] „Kwaliteitsregister Paramedici,” [Online]. Available: [www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/Paramedici/Paginas/Regelingen.aspx](http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/Paramedici/Paginas/Regelingen.aspx)
- [2] T. Olde Hartman, A. Blankenstein, A. Molenaar, D. Bentz van den Berg, H. Van der Horst, I. Arnold, J. Burgers, T. Wiersma en H. Woutersen-Koch, „NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK),” *Huisarts Wet* 2013;56(5):222-30.
- [3] “NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke klachten (SOLK)” [Online]. Available: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>
- [4] G.L. Engel, „The Need for a new medical model: A challenge for Biomedicine.,” *Science, New Series*, vol. vol. 196, pp. 129-136, 1977.
- [5] VvOCM, *Beroepsprofiel Oefentherapeut*, Utrecht, 2015.
- [6] K.P.M. Van Spaendonck en E.H. Van de Lisdonk, „Het biopsychosociale ziektemodel: een proeve van onderwijskundige operationalisatie. In: Pols J, Ten Cate ThJ, Houtkoop E, Pollemans MC, Smal JA, et al, redactie,” *Gezond Onderwijs-4.*, pp. 272-276, Houten / Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum 1995.
- [7] C. Ober, *Oefentherapie*, Den Haag: Lemma, 2008.
- [8] VvOCM, *Beroepsprofiel Psychosomatisch Oefentherapeut*, Lemma, 2011.
- [9] G.L. Engel, „The Need for a new medical model: A challenge for Biomedicine.,” *Psychodyn Psychiatrie*. Sep 40(3), pp. 377-396, 2012.



- [10] K.P.M. Van Spaendonck en E.H. Van de Lisdonk, „Het biopsychosociale ziektemodel: een proeve van onderwijskundige operationalisatie. In: Pols J, Ten Cate ThJ, Houtkoop E, Pollemans MC, Smal JA, et al, redactie,” *Gezond Onderwijs-4.*, pp. 272-276, Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum 1995.
- [11] B. Terluin, H. van Marwijk, H. Adèr, H. de Vet, B. Penninx, M. Hermens, C. van Boeijen, A. van Balkom, J. van der Klink en W. Stalman, The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatisation. *BioMed Central Psychiatry*, 6: 34. doi: 10.1186/1471-244X-6-, 2006.
- [12] B. Terluin, M. Terluin, K. Prince en H. van Marwijk, „De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op,” *Huisarts en wetenschap*, nr. [www.henw.org/archief/volledig/id981-de-vierdimensionale-klachtenlijst-4dkl-spoort-psychische-problemen-op-.html#dekern](http://www.henw.org/archief/volledig/id981-de-vierdimensionale-klachtenlijst-4dkl-spoort-psychische-problemen-op-.html#dekern), 2009.
- [13] F.X. Lesage, S. Berjot en F. Deschamps, „Clinical stress assessment using a visual scale,” *Occupational Medicine*, vol. doi:10.1093/occmed/kqs140, nr. Oxford Journals, 2012.
- [14] VvOCM, *Beroepsprofiel Oefentherapeut*, Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- [15] HvA, Opleiding Oefentherapie, *Opleidingscompetentieprofiel*, Amsterdam, 2013.
- [16] Stichting Kwaliteitsregister Paramedici, *Paramedische Competenties*, Utrecht, 2013.
- [17] J. G. Lambregts, *Leren van de toekomst*, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, Houten: Bohn Stafleu, 2012.
- [18] HU, Centrum voor Bewegingsstudies, *Opleidingscompetentieprofiel Kinderoefentherapie*, Utrecht, 2014.





**VvOCM**  
Vereniging van  
Oefentherapeuten  
Cesar en Mensendieck

Kaap Hoorndreef 28 - 3563 AT Utrecht

**T** (030) 262 56 27 **I** [www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl) **E** [info@vvocm.nl](mailto:info@vvocm.nl)