

# **BEROEPSCOMPETENTIEPROFIEL**

## **ZIEKENHUISFYSIOTHERAPEUT**

<b>ALGEMENE INFORMATIE</b>	
<b>Status</b>	maart 2010
<b>Onder regie van</b>	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie (NVZF)
<b>Ontwikkeld door</b>	Projectleider: Drs. R. Coppoolse
<b>Projectgroep</b>	<p><b>Projectgroepleden vanuit NVZF:</b>  M. Euwes, MBA - hoofd Huidtherapie, ergotherapie en fysiotherapie, Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten  Dr. R. H. H. Engelbert - opleidingsmanager Fysiotherapie, Lector Fysiotherapie, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam  E. Geleijn - coördinator zorginnovatie, VU medisch centrum, Amsterdam  W. J. Mulder - diensthoofd Fysiotherapie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden  M. van der Veen - fysiotherapeut, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam</p> <p><b>Projectgroepleden vanuit de stuurgroep masteropleidingen:</b>  Dr. M. van der Schaaf – onderzoeker afdeling Revalidatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam  Drs. M. Rietberg – plaatsvervangend hoofd Fysiotherapie, VU medisch centrum, Amsterdam  Drs. J. Dronkers – docent, Hogeschool Utrecht, Utrecht, fysiotherapeut ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede  Dr. R.P.S. van Peppen - projectmanager Masteropleidingen fysiotherapie, Hogeschool Utrecht, Utrecht  Drs. R. van Dolder – opleidingsmanager Masteropleidingen fysiotherapie, Hogeschool Utrecht, Utrecht  M.G.V. van het Hoofd, MSc. PT – docent, Hogeschool Utrecht, Utrecht  Dr. R. H. H. Engelbert - opleidingsmanager Fysiotherapie, lector Fysiotherapie, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam</p> <p><b>Klankbordgroep:</b>  Prof. dr. P. J. M. Helders - hoogleraar fysiotherapie UU, Utrecht  Dr. A. de Wijer - voorzitter NVMT, directeur Academie Instituut Faculteit Gezondheidszorg Hogeschool Utrecht, Utrecht  Dr. T. P. M. Vliet Vlieland, MD, PT, MBA - Associate Professor Rheumatology, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden  J. S. M. van Gend MSc. BAA FT - hoofd Paramedische dienst, Ziekenhuis Rivierenland, Tiel  C. Zandveld - fysiotherapeut, Gemini Ziekenhuis, Den Helder  J. Nieuwenhoven - fysiotherapeut, Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal</p>
<b>Legitimering</b>	Door bestuursbesluit NVZF
<b>Refereer als:</b>	Euwes M, Engelbert RHH, Geleijn E, Mulder WJ, van der Veen M, Rietberg M, Dronkers J, Coppoolse R (2010). Beroepscompetentieprofiel ziekenhuisfysiotherapeut, NVZF

## Voorwoord

Graag wil ik u namens de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie (NVZF) het beroepscompetentieprofiel (BCP) van de ziekenhuisfysiotherapeut aanbieden. Het BCP beschrijft de werkzaamheden van de ziekenhuisfysiotherapeut, het werkterrein (domein) van zijn therapeutisch handelen, de context waarbinnen de ziekenhuisfysiotherapeut zijn werkzaamheden uitvoert en de competenties die hij daarvoor nodig heeft. Het BCP beschrijft de ambitie voor de komende jaren en geeft daarmee concreet inzicht in de gewenste ontwikkeling van de ziekenhuisfysiotherapie.

Het BCP van de ziekenhuisfysiotherapeut is op verzoek van de NVZF tot stand gekomen en dient als basisdocument, aan de hand waarvan de NVZF haar scholingsbeleid en kwaliteitsbeleid wil ontwikkelen.

Het format van dit BCP komt overeen met het BCP van de andere specialistenverenigingen binnen de beroepsgroep fysiotherapie. In dit BCP leest u nadrukkelijk de eigenheid en het onderscheidende van de ziekenhuisfysiotherapie. Daarmee is het BCP tevens een belangrijk instrument waarmee wij aan onze collega's (multidisciplinair) duidelijk maken waar het specialisme ziekenhuisfysiotherapie voor gaat en voor staat. Verder wordt de relatie van de ziekenhuisfysiotherapeut met andere hulpverleners in de keten rond de klinisch behandelde patiënt belicht.

Bij het samenstellen van de werkgroep BCP is door de NVZF specifiek gezocht naar inhoudsdeskundigen vanuit de algemene en academische ziekenhuizen en vanuit het ziekenhuisfysiotherapie onderwijs. De werkgroep BCP ziekenhuisfysiotherapeut is in de periode van mei 2009 tot januari 2010 regelmatig bijeen geweest onder de projectleiding van drs. R. Coppoolse. Bij het schrijven van het BCP is nauw samengewerkt met de stuurgroep masteropleiding klinische fysiotherapie Hogeschool van Amsterdam en Hogeschool Utrecht.

Vervolgens heeft de klankbordgroep feedback gegeven op het BCP.

Ik wil de werkgroepleden, de mastergroepleden en de klankbordgroepleden van harte danken voor hun inzet. Alleen door hun visie, enthousiasme en doorzettingsvermogen is het BCP ziekenhuisfysiotherapeut tot stand gekomen.

Margreet Euwes, voorzitter NVZF

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord .....</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave.....</b>	<b>4</b>
<b>Verantwoording Beroepscompetentieprofiel .....</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Ziekenhuisfysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Ziekenhuisfysiotherapie in de gezondheidszorg.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Positie ziekenhuisfysiotherapeut in het behandelproces.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Ontwikkelingen in de ziekenhuisfysiotherapie .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Opleiding Ziekenhuisfysiotherapie.....</b>	<b>20</b>
<b>2 Rollen &amp; Beroepscompetenties.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Rollen .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Competentieprofiel .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3 Competentiekaarten .....</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 1 Overzicht Specialistenverenigingen KNGF.....</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 2 Europees Kwalificatiekader.....</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 3 Literatuurlijst.....</b>	<b>44</b>

## Verantwoording Beroepscompetentieprofiel

De ziekenhuisfysiotherapeut bevindt zich in een dynamisch veld. De veranderende context waarin de zorgverlening door de ziekenhuisfysiotherapeut plaatsvindt, leidt tot andere rolopvattingen en andere organisatievormen.

Dit beroepscompetentieprofiel beschrijft de rolopvatting van de ziekenhuisfysiotherapeut op masterniveau, zoals de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie (NVZF) dat voor ogen heeft. Het beroepscompetentieprofiel vormt daarbij het basisdocument voor de beleidsontwikkeling van de NVZF.

Zoals in het voorwoord is beschreven, is het BCP ziekenhuisfysiotherapeut op verzoek van de NVZF tot stand gekomen. Het beschrijft de specifieke aspecten van het werken als fysiotherapeut in het ziekenhuis en de unieke positie van de ziekenhuisfysiotherapeut binnen het domein van de fysiotherapeutische beroepsgroep.

In dit beroepscompetentieprofiel vindt u in hoofdstuk 1 de typering van het werkveld en de werkzaamheden van de ziekenhuisfysiotherapeut.

In hoofdstuk 2 worden vervolgens de rollen van de ziekenhuisfysiotherapeut beschreven, te weten: specialist, professioneel leider, beroepsontwikkelaar en adviseur. De competenties worden afgeleid van deze rollen.

Als leeswijzer geldt dat daar waar “patiënt” staat ook “cliënt” kan worden gelezen. Daar waar in dit document “hij” of “hem” staat, kunt u vanzelfsprekend ook “zij” of “haar” lezen.

## Inleiding

### **Demografische ontwikkelingen**

De Nederlandse gezondheidszorg anticipeert op maatschappelijke ontwikkelingen. Er treden duidelijke veranderingen op in de demografie van Nederland. Zo is er sprake van ontgroening, vergrijzing, verkleuring en van een toename van zorgvraag. De bevolking wordt ouder en wil gezond ouder worden. Mensen worden kritischer op de kwaliteit van leven, en streven een intensivering van het dagelijks leven na (VWS, 2007).

Tegelijkertijd worden mensen lichamelijk minder actief. Het is een feit dat een groot deel van de jeugd heden ten dage beduidend minder beweegt dan voorgaande generaties. Tussen de leeftijdscategorie van 12 tot 17 jaar voldoet maar één op de vier jongeren aan de norm voor gezond bewegen. Onder 55-plussers loopt dit op tot twee op de drie (Hildebrandt, 2008; CBS, 2009).

De vergrijzing en de inactiviteit van de populatie leiden mede tot een toename van chronische aandoeningen en overgewicht (VWS, 2007). In een rapport van Van Oers wordt de prevalentie beschreven van de top-12 van chronische aandoeningen in 2020 (Van Oers, 2002). In tabel 1 wordt deze top-12 weergegeven. In het rapport van Van Oers wordt geprognosticeerd dat, in vergelijking met de ons omringende landen, een aantal aandoeningen vaker zullen voorkomen. Onze levensverwachting is weliswaar toegenomen, maar minder dan in de meeste andere EU-landen. Het relatief ongezonde gedrag is de belangrijkste oorzaak van deze stagnatie (Van Oers 2002).

Ziekte / aandoening	Aantal mensen 2000	Aantal mensen 2020	Toename 2000-2020
Prostaatcancer	31.700	53.034	67%
Longkanker	19.900	30.586	54%
Gezichtsstoornissen (waaronder staar)	438.400	643.571	47%
Dikkedarm- en endeldarmkanker	56.500	82.942	47%
Coronaire hartziekten	556.600	802.061	44%
Beroerte	129.400	185.818	44%
Hartfalen	136.400	194.370	43%
Dementie	57.500	81.305	41%
COPD	289.500	404.432	40%
Artrose	654.400	901.109	38%
Huidkanker	39.200	53.586	37%
Diabetes mellitus	414.000	561.798	36%

Tabel 1. Verwachte top-12 van snelst stijgende aandoeningen, gemeten over een periode van 20 jaar (Van Oers, 2002)

De overheid speelt in op bovengenoemde veranderingen. Het kabinet wil goede, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg. Daarbij wordt nadrukkelijk gewezen op het stimuleren van een gezonde leefstijl met zo lang mogelijk grip op het eigen leven, de gezondheid en het ziek zijn. In principe is de leefwijze ieders eigen verantwoordelijkheid, maar de overheid ziet het als haar taak om een gezonde leefstijl te stimuleren. Daarnaast wordt prioriteit gegeven aan transparantie in de zorg, zorginnovatie en preventie. Een nieuwe, krachtige preventieaanpak kan het ongunstige tij keren (Van Oers, 2002).

Samengevat: de gemiddelde Nederlander wordt ouder, fysieke inactiviteit en overgewicht vormen een bedreiging, het risico op chronische aandoeningen neemt toe en preventie dient gericht te zijn op het voorkomen van chronische aandoeningen. Indien chronische aandoeningen zijn opgetreden, heeft het de voorkeur om de patiënt tijdens diagnostiek en behandeling de regie over zijn eigen aandoening te laten voeren. Hij wordt daarbij bijgestaan door een transparant en kundig multidisciplinair team dat in een netwerk functioneert (Engelbert, 2009).

### **De ziekenhuisomgeving**

Toename van incidentie en prevalentie van chronische aandoeningen zal ook leiden tot een toename van het aantal opnames in ziekenhuizen. Ziekenhuizen zijn in toenemende mate instituten waar patiënten kortstondig worden opgenomen voor medische specialistische zorg. Dit betekent een korte opnameduur, waarin diagnostiek wordt verricht en (eerste noodzakelijke) zorg wordt verleend aan de patiënt die op dat moment een hoge actualiteit van zijn ziekte c.q. gezondheidsprobleem heeft. In de visienotitie van de NVZF worden ziekenhuizen benoemd als hoogwaardige „stop and go” instituten met de focus op diagnostiek en „fast track therapie” (initiatie) (NVZF, 2008).

Door marktwerking binnen de gezondheidszorg en het door de overheid toestaan van het genereren van winst door ziekenhuizen, krijgen de ziekenhuizen ruimte om verschil te maken in kwaliteit en prijs. De toepassing van de Diagnosebehandelingscombinatiesystematiek (DBC) en het stapsgewijs uitbreiden van prestatievergoeding zijn hiervan voorbeelden. Verder vindt in de gezondheidszorg in toenemende mate taakdifferentiatie en functiedifferentiatie plaats (zie *taakdifferentiatie* en hoofdstuk 1.3).

Door het ministerie van VWS wordt ook aangestuurd op integrale bekostiging in keten DBC's voor chronische aandoeningen. In 2010 wordt hiermee een start gemaakt voor patiënten met (COPD), diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement (Klink, 2009).

De financiering van zowel de klinische als de poliklinische verrichtingen fysiotherapie is

door de bovengenoemde ontwikkelingen ook aan verandering onderhevig. De eerstelijns verrichtingen (voor huisartsen en DTF) binnen de polikliniek zijn per 1 januari 2009 vrijgegeven en de tendens is dat deze financiering gestroomlijnd wordt met fysiotherapeutische praktijken buiten de ziekenhuissetting. Marktwerking en prestatiebeloning bieden de ziekenhuisfysiotherapie kansen en bedreigingen. Op landelijk en regionaal niveau wordt gediscussieerd over de scenario's voor de rol en taak van de ziekenhuisfysiotherapie in de nieuwe (financierings)structuren.

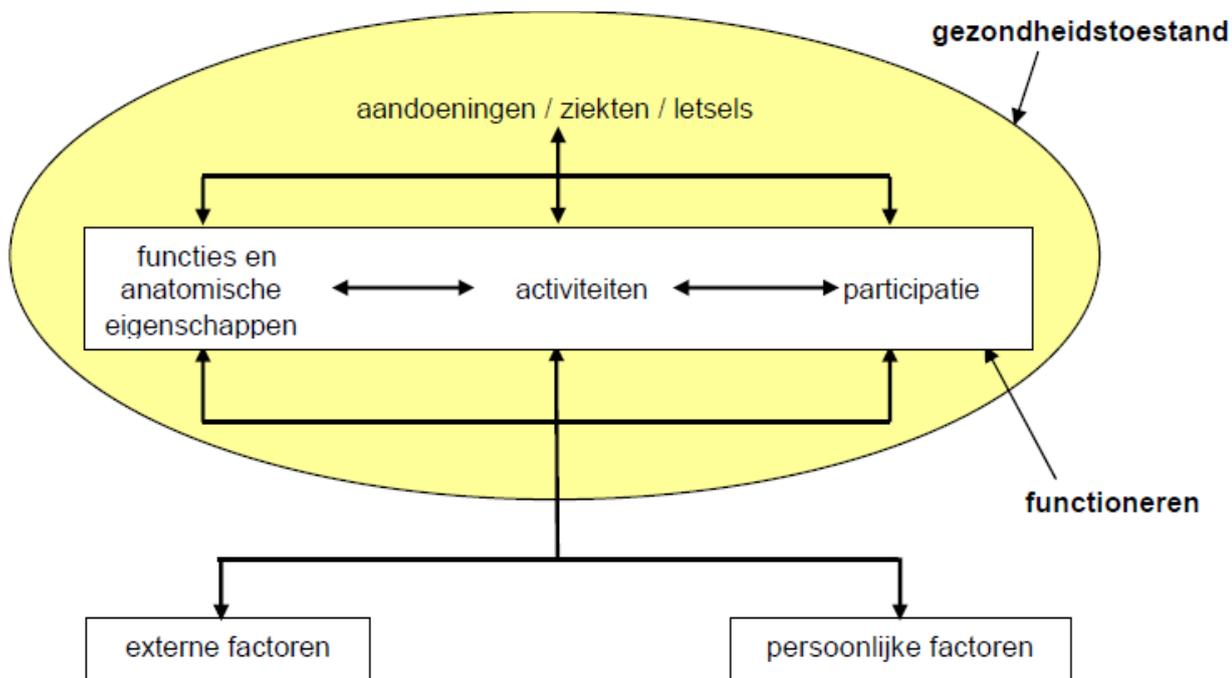
### **Taakdifferentiatie**

Onder regie van het ministerie van VWS is taakdifferentiatie ingezet in de gezondheidszorg. Nieuwe professionals, zoals nurse practitioners en physician assistants, nemen taken over van de medisch specialist in het ziekenhuis. De nurse practitioner (verpleegkundig specialist) en de physician assistant zijn professionals die bevoegd zijn om onder supervisie van een medisch specialist bepaalde medische handelingen over te nemen. Dit biedt de medisch specialist een verlichting van zijn takenpakket binnen de zorgketen. De ziekenhuisfysiotherapeut is vanuit zijn kennis en vaardigheden ten aanzien van de functionele gezondheidstoestand complementair aan deze professionals vanuit de verpleegkundige en medisch specialistische hoek. Bij de verdergaande taakdifferentiatie is het van belang dat dit specifieke werkgebied van de ziekenhuisfysiotherapeut zorgvuldig door de beroepsgroep wordt gepositioneerd en bewaakt binnen de totale multidisciplinaire zorg.

### **Functionele gezondheidstoestand**

Het kader van het handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut is beschreven in de International classification of functioning, disability and health (ICF, 2001). Binnen deze classificatie wordt inzichtelijk gemaakt hoe verschillende factoren van invloed zijn op het bewegend functioneren van de mens en hoe deze factoren onderling zijn gerelateerd (zie figuur 1). Hiervan afgeleid is het begrip functionele gezondheidstoestand. Met functionele gezondheidstoestand wordt bedoeld de toestand van het menselijk functioneren in het licht van de complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds en de externe en persoonlijke factoren anderzijds. De ziekenhuisfysiotherapeut richt zich op de functionele gezondheidstoestand door het bewegend functioneren en de aspecten die invloed hebben op het bewegend functioneren te beïnvloeden. Aspecten die van invloed zijn op het bewegend functioneren zijn bijvoorbeeld de hulpvraag van de patiënt, de pathofysiologie en systeemstoornissen, mentale aspecten, omgeving etc. Door het bewegend functioneren als aangrijpingspunt te nemen bij de beïnvloeding van de functionele gezondheidstoestand onderscheidt de

ziekenhuisfysiotherapeut zich in de zorgketen van andere disciplines zoals bijvoorbeeld de verpleegkundige, physician assistant.



*Figuur 1. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren (Overgenomen uit brochure RIVM: De ICF een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn).*

### **Positionering en professionalisering van de ziekenhuisfysiotherapie in de toekomst**

De ziekenhuisfysiotherapie zal zich verder dienen te positioneren door in te spelen op de markt, het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg, het verder ontwikkelen van beroepsspecifieke richtlijnen en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Professionalisering van het beroep moet leiden tot behoud en verdere uitbouw van de positie in de periklinische zorg.

### **Ketenzorg met betrekking tot de ziekenhuisfysiotherapie: verdieping en verbreding van zorgketens**

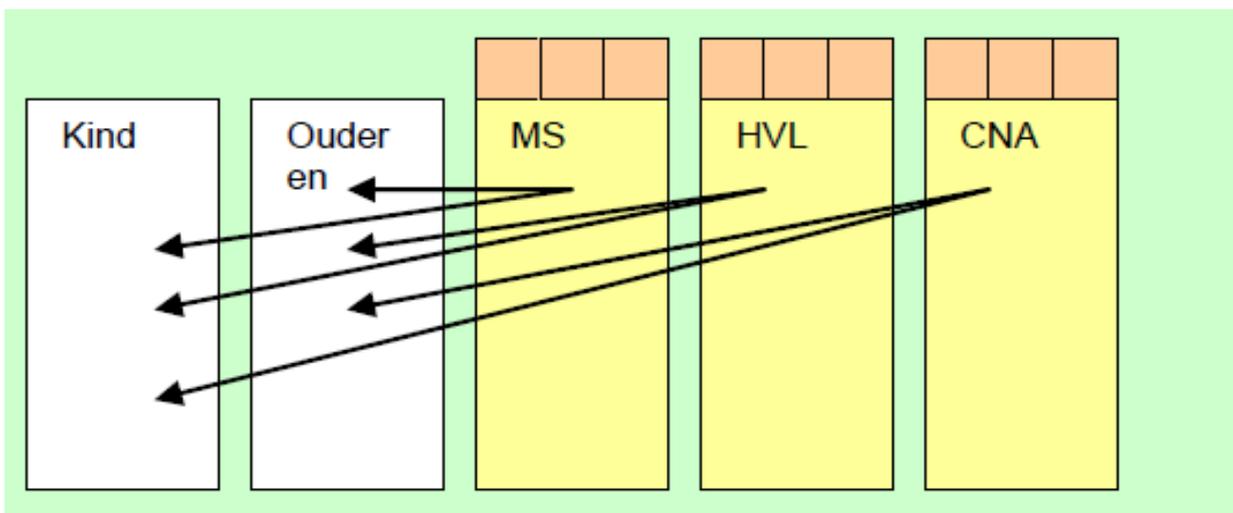
De rol en meerwaarde van de ziekenhuisfysiotherapie in de ketenzorg dienen nader te worden gespecificeerd.

Bij diverse patiëntengroepen dient dan ook onderzocht te worden wat het effect is van het tijdstip van starten van fysiotherapeutische diagnostiek en interventie.

De rol van de ziekenhuisfysiotherapeut en het effect van zijn interventie moeten onderzocht worden in relatie tot de multidisciplinaire samenwerking. Ook moet onderzocht worden hoe taakherschikking kan bijdragen aan de optimalisering van de zorg in de preklinische, klinische, postklinische en eventueel poliklinische fase. De ziekenhuisfysiotherapeut wil zich als expert in het bewegen in de functionele context centraler positioneren in de periklinische fase, alsook in de zorgketen en zogenaamde (keten-)DBC's.

### **Positie ziekenhuisfysiotherapie in de organisatie van de beroepsvereniging**

De specialistenverenigingen in de fysiotherapie zijn ingedeeld in verschillende trunks, met als doel de samenwerking op deelgebieden te vergroten (figuur 2). De ziekenhuisfysiotherapeut ziet patiënten uit al deze "trunks". Hoe de specialistenvereniging ziekenhuisfysiotherapie zich zal positioneren in de organisatie van de beroepsvereniging wordt nader onderzocht.



*Figuur 2. Werkordening specialistenverenigingen fysiotherapie binnen de zogenaamde "trunks". Er zijn vijf trunks in de werkordening: kind, ouderen, MS=musculoskeetaal, HVL= hart-, vaat- en longaandoeningen, CNA=centraal neurologische aandoeningen. De oranje blokjes staan symbool voor de specialisaties binnen de verschillende trunks, zoals sportfysiotherapie, orofaciaal fysiotherapie, etc.*

# 1 Ziekenhuisfysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de context van de ziekenhuisfysiotherapie, het kenmerkende aan het handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut, de te verwachten ontwikkelingen en de consequenties voor het opleidingsniveau van de ziekenhuisfysiotherapeut.

## 1.1 Ziekenhuisfysiotherapie in de gezondheidszorg

*De heer Van der Poel is al enige tijd bij de cardioloog bekend met hartfalen. Hierdoor staat zijn activiteitsniveau de laatste jaren op een laag pitje. Hij doet nog wel elke dag zelfstandig boodschappen bij de supermarkt in de buurt, maar tegen bijvoorbeeld het reizen met het openbaar vervoer ziet hij erg op. Het gebeurt steeds vaker dat de kinderen hem met de auto ergens heen brengen. Nu is de heer Van der Poel acuut in het ziekenhuis opgenomen na een cerebrovasculair accident (CVA) met matige motorische en sensibele uitval links. De beenfunctie is meer aangedaan dan de armfunctie. De patiënt bevindt zich nog in de acute fase, maar nu lijkt al duidelijk dat het CVA een behoorlijke impact zal hebben op de kwaliteit van leven. De fysiotherapeut heeft gedurende de tijd dat de patiënt in het ziekenhuis zal verblijven een aantal belangrijke taken. Allereerst wordt er van hem verwacht dat hij in overleg met andere disciplines een prognose kan geven over het functioneel herstel. Dit om de patiënt een reëel beeld van de toekomst te kunnen geven waarop hij zich moet voorbereiden, maar ook om met andere disciplines een besluit te nemen over een passende ontslagbestemming. Verder is het zijn taak te voorkomen dat de conditie van de patiënt, die door het hartfalen al niet optimaal was, verder zal afnemen. Een bijzonder punt van aandacht is de spierkracht van het gezonde been, die fors is afgenomen maar nu extra nodig is nu er functioneel gezien een extra beroep gedaan zal worden op het rechterbeen. Dan start de fysiotherapeut ook vast de behandeling die ervoor moet zorgen dat de verloren functies zo goed mogelijk weer herstellen en overlegt met de verpleging welke ADL-functies geoefend kunnen worden. Tot slot is het zijn taak in het kader van de ketenzorg de eerstelijns fysiotherapeut adequaat in te lichten over prognose en behandeling in de postklinische fase, en de thuiszorg te informeren over de ADL-functies van deze patiënt. Kortom, de ziekenhuisfysiotherapeut als spin in het web als het gaat om het functioneel herstel van deze patiënt.*

De gemiddelde ligduur bij ziekenhuisopnamen is in de afgelopen 25 jaar gehalveerd van 14 dagen naar 7 dagen. Het totale aantal ziekenhuisopnamen is met 60 procent toegenomen. Per saldo hebben meer maar kortere opnamen geleid tot een gestage daling van het totale aantal ligdagen tussen 1981 en 2001. Sindsdien blijft het totale aantal

ligdagen ongeveer constant. De meest recente gegevens geven aan dat er in 2005 1,7 miljoen klinische opnamen waren. Het aantal dagbehandelingen bedroeg ruim 1,4 miljoen. In 1984 waren dat er slechts 160 duizend. Dit betekent dat het aantal dagbehandelingen in ruim 20 jaar bijna tien keer groter is geworden (CBS, 2008).

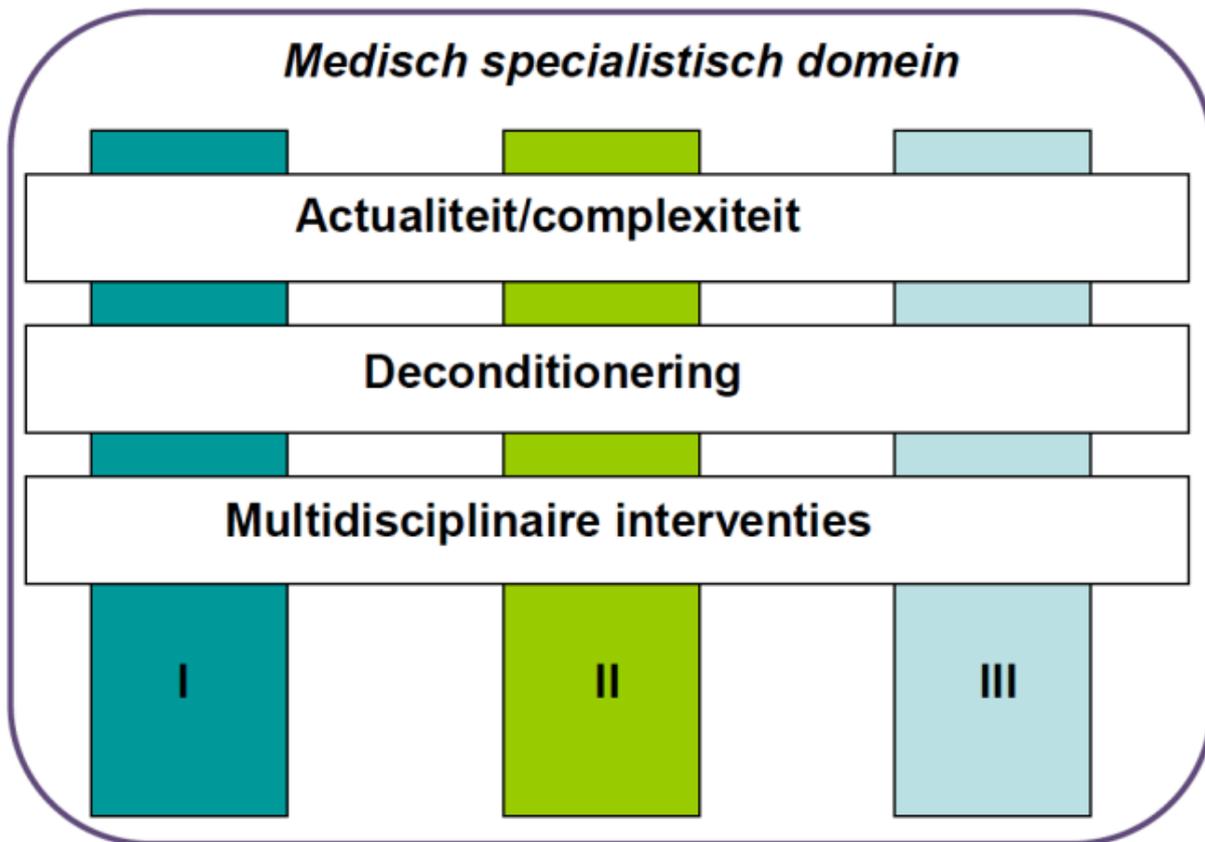
### **Kenmerken ziekenhuisfysiotherapie**

Ziekenhuisfysiotherapie is het specialisme dat zich richt op de beoordeling van de functionele gezondheidstoestand van de patiënt in de poliklinische en/of de preklinische, klinische en postklinische fase. De ziekenhuisfysiotherapeut maakt zijn keuzes voor interventies op basis van een voortdurend klinisch redeneerproces. De klinische fase heeft eigen kenmerken door de vaak korte opnameduur en hoge snelheid van handelen die vereist is.

De ziekenhuisfysiotherapeut behandelt vaak patiënten in een fase van een actueel ziektebeeld of medische behandeling die ziekenhuisopname noodzakelijk maken. Een ziekenhuisopname kan een ingrijpende gebeurtenis zijn, die een sterk beroep doet op het adaptatievermogen van de patiënt. Bij specifieke patiëntenpopulaties met een hoog risicoprofiel kan dit adaptatievermogen tekortschieten met soms ernstige complicaties en langdurige achteruitgang van de ADL-functies tot gevolg. Rekening houdend met deze werkelijkheid, richt de ziekenhuisfysiotherapeut zich binnen het totaal aan medische diagnostiek en behandeling op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt.

### ***Kenmerken doelgroep ziekenhuisfysiotherapie:***

*Bij specifieke patiëntenpopulaties met een hoog risicoprofiel kan dit adaptatievermogen tekortschieten met soms ernstige complicaties en langdurige achteruitgang van de ADL-functies tot gevolg. Rekening houdend met deze werkelijkheid richt de ziekenhuisfysiotherapeut zich binnen het totaal aan medische diagnostiek en behandeling op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt.*



*Figuur 3. Schematische weergave van het medisch specialistisch domein waarin de ziekenhuisfysiotherapeut werkzaam is. De indeling is afgeleid van de werkordening van de specialistenverenigingen van het KNGF. I = domein musculoskeetaal, II = domein interne, III = domein centraal neurologische aandoeningen. Deze figuur spreekt van het domein interne en niet van hart-, vaat- en longaandoeningen, omdat dit het bredere aandachtsgebied dekt van de ziekenhuisfysiotherapie. Het domein hart- vaat- en longaandoeningen valt binnen dit domein.*

De belangrijkste kenmerken van een ziekenhuisopname zijn de actualiteit van de pathologie, de deconditionering die plaatsvindt door de inactiviteit, en de specifieke interventies gericht op de aandoening (figuur 3). De deskundigheid van de ziekenhuisfysiotherapeut bestaat er uit dat hij de relatie tussen deze factoren begrijpt en de gevolgen kent voor de patiënt en diens functionele gezondheidstoestand.

De ziekenhuisfysiotherapeut is vooral gericht op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt. De complexiteit van handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut is gelegen in het beoordelen en afstemmen van de verschillende factoren binnen de gezondheidstoestand van de patiënt. Daarbij kan er doorlopend verandering plaatsvinden in de gezondheidstoestand door het verloop van de aandoening of ten gevolge van de toegepaste interventies, zowel voor, tijdens als na de klinische fase.

De functionele gezondheidstoestand kan worden beïnvloed door verschillende

orgaansystemen: het musculoskeletale systeem (I), het interne systeem (II, waaronder ook vallen hart, vaten en longen) en de neurogene regelsystemen (III). De functionele gezondheidstoestand wordt ook beïnvloed door leeftijd (toenemende complexiteit/comorbiditeit en chronische aandoeningen bij ouderen). Leeftijd heeft een grote invloed op de pathofysiologie van weefselschade en herstelmechanismen (wondgenezing).

#### *Actualiteit/complexiteit*

De functionele gezondheidstoestand van de patiënt wordt sterk beïnvloed door acute/actuele problematiek. Hierbij kan worden gedacht aan acute aandoeningen binnen bijvoorbeeld interne systemen (hartinfarct, infectie bij COPD, exacerbatie van MS), als ook electieve (geplande operatie bij bijvoorbeeld een darmcarcinoom) en niet-electieve chirurgie (traumatologie).

In het domein van de ziekenhuisfysiotherapie vindt bij actuele problematiek vaak een interactie plaats tussen verschillende orgaansystemen. Ook bij (actuele) ontregelingen van chronische aandoeningen die een klinische opname rechtvaardigen, vindt interactie tussen verschillende orgaansystemen plaats.

#### *Deconditionering*

Er zijn verschillende oorzaken te noemen waarom ziekenhuispatiënten deconditioneren: de aard van de aandoening (bijvoorbeeld hartfalen), deconditionering als gevolg van immobilisatie of inactiviteit door opname, of ten gevolge van exacerbaties. De deconditionering die optreedt voor, tijdens of na ziekenhuisopname is een aandachtspunt in de behandeling van de ziekenhuisfysiotherapeut.

#### *Deconditionering:*

*Het verlies van cardiovasculair vermogen, balans, botdichtheid, spierkracht en spieruithoudings-vermogen door verminderd functioneel bewegen, wat leidt tot verlies van het vermogen bepaalde activiteiten te verrichten.*

#### *Multidisciplinariteit*

In de periklinische zorg zijn, vanwege de hoge actualiteit van gezondheidsgerelateerde problemen, vele professionals uit de zorgketen betrokken. Afstemming tussen deze betrokkenen is een voorwaarde om optimale zorg en behandeling te realiseren. De ziekenhuisfysiotherapeut is in dit multidisciplinaire team de professional die de coördinatie verzorgt van de zorg en behandeling die gericht is op de functionele gezondheidstoestand.

### ***Bewijslast van ziekenhuisfysiotherapeutisch handelen***

De ziekenhuisfysiotherapeut stemt zijn (klinisch) handelen af op de actualiteit van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Gedurende dit proces is de ziekenhuisfysiotherapeut voortdurend bezig met risicostratificatie en het hanteren van risicoprofielen. Door het hanteren van risicoprofielen kunnen preoperatief patiënten worden geïdentificeerd die een verhoogde kans hebben op het ontstaan van postoperatieve complicaties. Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preklinische fysiotherapeutische interventies. Het „better in better out“-concept is een adequaat antwoord op de vraag hoe de ziekenhuisfysiotherapeut een effectieve bijdrage levert aan de behandeling van de patiënt met een verhoogd risicoprofiel.

#### *Risicostratificatie:*

*Het proces van indelen van symptomen en tekens bij de patiënt in risicoprofielen, op basis waarvan keuzes voor vervolgbeleid worden vastgesteld.*

### **Ziekenhuisfysiotherapeut in de keten**

Binnen zijn beroepsuitoefening heeft de ziekenhuisfysiotherapeut naast de rol van inhoudelijk specialist ook andere rollen, zoals die van beroepsontwikkelaar, professioneel leider en adviseur. De ziekenhuisfysiotherapeut behandelt dus, maar overstijgt ook het niveau van behandelaar door zich bezig te houden met ontwikkeling, oordeelsvorming en afstemming van de zorg.

Door deze kennis is de ziekenhuisfysiotherapeut in staat om, met valide en betrouwbare meetinstrumenten, de (preoperatieve) status van de patiënt in kaart te brengen en de patiënt (postoperatief) in de tijd te vervolgen. Op indicatie zal, in de fases rondom de klinische opname en/of de poliklinische medisch-specialistische zorg, een interventieprogramma worden opgestart, dat vervolgens kan worden overgedragen naar collegae in de eerste lijn. Het uitwisselen van kennis met de eerste lijn is een voorwaarde voor optimale ketenzorg. De ketenzorg beperkt zich niet tot samenwerking met andere fysiotherapeuten, maar betreft ook samenwerking met andere disciplines.

Dit betekent dat de ziekenhuisfysiotherapie multidisciplinair afspraken moet maken over haar rol en plaats binnen de keten. Dit zal uiteindelijk moeten worden vertaald in een keten-DBC en/of de functionele bekostigingssystematiek (Klink, 2009). Een voorbeeld daarvan kan zijn dat de ziekenhuisfysiotherapeut een consulterende en behandelende rol heeft in de integrale bekostigingsketen voor patiënten met COPD.

### ***Ziekenhuisfysiotherapie in de polikliniek***

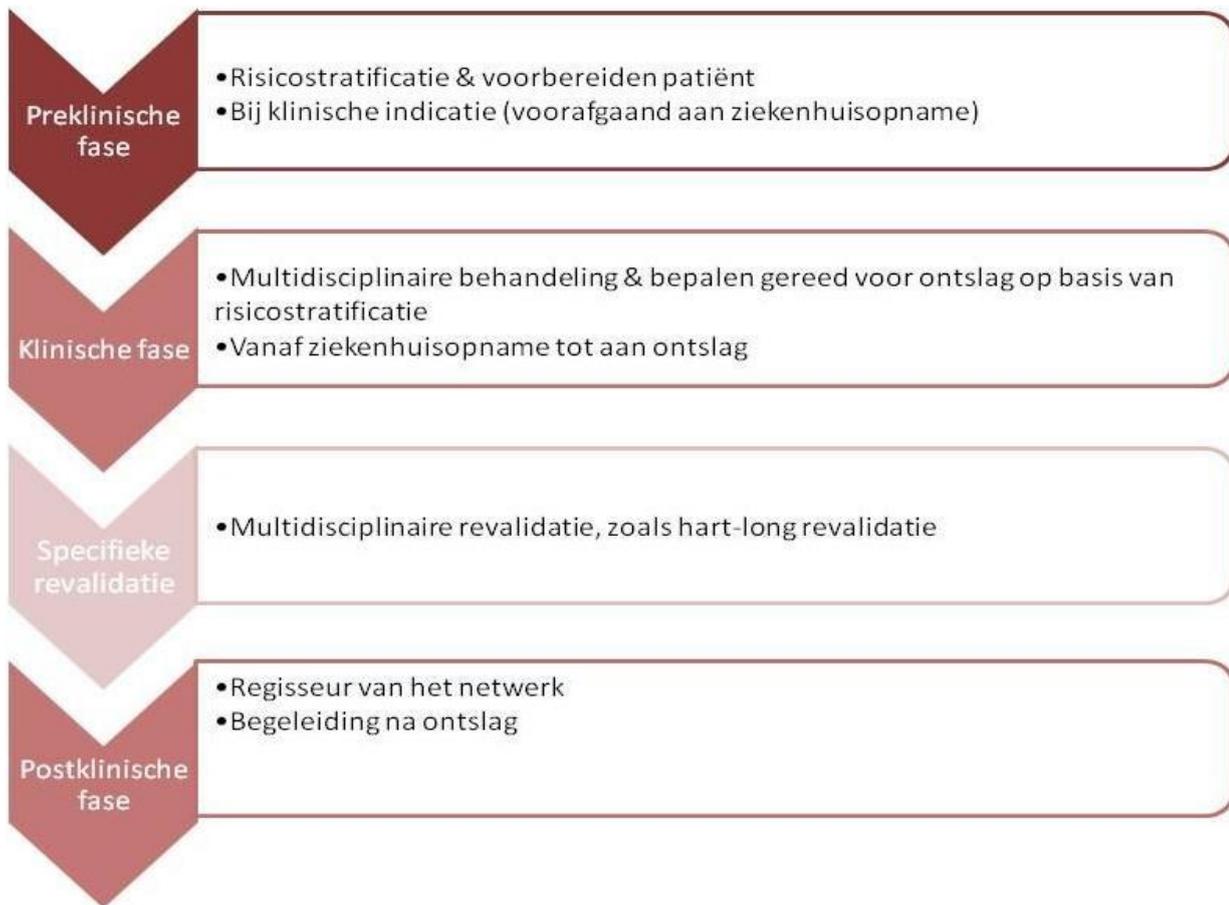
Veel ziekenhuizen hebben een polikliniek waar patiënten behandeld worden. De

poliklinische fysiotherapeutische behandeling is in principe gerelateerd aan een ziekenhuisopname in de pre- en/of postklinische fase (zie figuur 4).

Daarnaast is poliklinische fysiotherapie soms niet direct gerelateerd aan een ziekenhuisopname, maar wordt zij ingezet als middel om klinische opname te voorkomen. Het gaat hierbij om patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling op basis van specifieke expertise. Hierbij is een infrastructuur vereist waarbinnen vele disciplines op een hoog deskundigheidsniveau samenwerken om tot een optimaal niveau van patiëntenzorg te komen. Hierbij kan worden gedacht aan aandoening gerelateerde multidisciplinaire teams.

De polikliniek kan een kenniscentrum zijn waar specialistische en multidisciplinaire afstemming, scholing en zorg plaatsvinden. Hierbij kan gedacht worden aan kenniscentra op het gebied van spierziekten, pulmonale hypertensie, neonatologie, MS, Alzheimer etc. Tenslotte kan de regisseursrol, die de ziekenhuisfysiotherapeut uitvoert in het geval van zijn betrokkenheid bij aandoeningen die van invloed zijn op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt, ook worden gesitueerd in de polikliniek. Op basis van risicoprofielen wordt de zorg uitgevoerd door de ziekenhuisfysiotherapeut of overgedragen aan een collega in de eerste lijn of een andere discipline. De aandacht voor het verbeteren en actualiseren van de zorg van de collega in de eerste lijn kan worden geïnitieerd vanuit de poliklinische behandeling.

## 1.2 Positie ziekenhuisfysiotherapeut in het behandelproces



*Figuur 4. Fasering van de patiëntenzorg bij klinische opname. Daarnaast is er de poliklinische situatie zoals beschreven in paragraaf 1.1. Onderdelen van het proces vinden plaats in de klinische situatie, andere onderdelen vinden plaats in de poliklinische situatie.*

De rol van de ziekenhuisfysiotherapeut start bij patiënten die preklinisch worden behandeld, voorafgaand aan de ziekenhuisopname, en eindigt na de postklinische fase. De poliklinische zorg duidt op de locatie waar de zorg wordt gegeven en kan plaatsvinden in elke fase (vanzelfsprekend geldt voor de klinische fase dat deze plaatsvindt in het ziekenhuis). Om die reden wordt de poliklinische zorg niet apart in dit schema genoemd. In de preklinische fase kan de interventie ook gericht zijn op het voorkomen of uitstellen van een (her)opname. Kortom, poliklinische ziekenhuisfysiotherapie kan dus vooraf aan een opname plaatsvinden en kan volgend zijn op een klinische opname. Ziekenhuisfysiotherapie binnen het specialistische zorgdomein kan echter ook geheel poliklinisch worden uitgevoerd zonder dat er sprake is van een opname.

In de werkwijze van de ziekenhuisfysiotherapeut spelen mee de snelheid van ontstaan van klachten en de ingrijpende interventie, gekoppeld aan de emotie van de patiënt en zijn omgeving. De voortdurende schakeling van contextuele factoren is bepalend voor het

handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut en doet een groot appèl op zijn planningsvaardigheden, gevoel voor prioritering en flexibiliteit.

De ziekenhuisfysiotherapeut kan een regiefunctie hebben in zowel de preklinische als de postklinische fase. Preklinisch kan de ziekenhuisfysiotherapeut op basis van de door hem verzamelde gegevens een fysiotherapeutisch behandeltraject in de eerste lijn uitzetten. In de postklinische fase is de patiënt voldoende hersteld om weer terug te keren naar zijn thuissituatie of om overgeplaatst te worden naar een revalidatie-instelling of verpleeghuis. Er worden afspraken gemaakt met zorgverleners in de keten of in het netwerk van fysiotherapeuten in de eerste lijn. Bij het regisseren van de zorg is het van belang de risico's en de prognose in te schatten en het behandelbeleid samen met andere hulpverleners daarop af te stemmen. Hierbij zijn ook andere elementen van belang, zoals evaluatie van het behandelverloop, voorlichting, advisering, en scholing van andere professionals in de zorgketen.

### ***Classificaties***

De aard van de patiëntenproblematiek, de complexiteit van de ziekenhuisorganisatie en het multidisciplinaire karakter van het zorgproces zijn belangrijke contextuele factoren voor de ziekenhuisfysiotherapeut.

De gerichtheid van het indicatiegebied van de ziekenhuisfysiotherapie wordt beschreven vanuit de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD-10), "International Classification of Primary Care" (ICPC) en de Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV) wordt het indicatiegebied op grond van medische en medisch specialistische aspecten aangescherpt (ICF, 2002).

### ***Wet- en regelgeving***

Voor fysiotherapeuten is in de Wet BIG de titelbescherming geregeld.

„Ziekenhuisfysiotherapeut" is geen beschermd titel. In de toekomst zullen ziekenhuisfysiotherapeuten die zijn afgestudeerd aan een erkende opleiding, worden opgenomen in het deelregister ziekenhuisfysiotherapie van het centraal kwaliteitsregister fysiotherapie. Door registratie in het centraal kwaliteitsregister fysiotherapie vallen zij onder dezelfde regels als de algemeen practicus en de andere specialismen. Net als alle andere fysiotherapeuten zijn ziekenhuisfysiotherapeuten verplicht zich regelmatig bij te scholen en aan de andere vastgestelde verplichtingen te voldoen (bijvoorbeeld: werkeis, minimaal aantal uren e.d.). Deze verplichting is uitgewerkt in een accreditatiesysteem. Per register worden er in dit systeem een aantal basiseisen gesteld.

### **1.3 Ontwikkelingen in de ziekenhuisfysiotherapie**

Een aantal ontwikkelingen heeft consequenties voor de beroepspraktijk van de ziekenhuisfysiotherapeut in de toekomst.

#### ***Verticale functiedifferentiatie***

Het aanbod van patiënten in de (poli)klinische setting is divers. In een aantal gevallen is de complexiteit hoog, in andere gevallen is de zorg prima door een bachelor fysiotherapeut uitvoerbaar. Het aanbieden van kwalitatief goede zorg die ook efficiënt is georganiseerd, nodigt uit tot verticale functiedifferentiatie in de fysiotherapie in het ziekenhuis. Verticale functiedifferentiatie houdt in dat er functies worden gecreëerd voor hoger of lager opgeleide personen. Het realiseren hiervan vraagt nog verdere uitwerking door de beroepsvereniging, waarbij rekening moet worden gehouden met de (internationale) ontwikkelingen in de omgeving.

#### ***Onderzoeksagenda ziekenhuisfysiotherapie***

Om zorg op maat te kunnen leveren, moeten aan de hand van predictie- en associatiemodellen, voorspellers voor gezondheid en effecten van ziekenhuisfysiotherapeutische diagnostiek en behandeling worden gevonden. Dit vraagt om een koppeling van wetenschappelijk onderzoek aan de dagelijkse praktijk. Er dient aandacht te zijn voor een op ziekenhuisfysiotherapie gerichte onderzoeksagenda. De toenemende vraag naar verdiepend onderzoek ter onderbouwing van het ziekenhuisfysiotherapeutisch handelen vanuit de academische en algemene ziekenhuizen is van grote waarde voor de uiteindelijke keuze van onderzoeksonderwerpen. Daarnaast moeten de resultaten van wetenschappelijk onderzoek vertaald worden naar evidence based handelen door de ziekenhuisfysiotherapeut. Om dit te realiseren moeten ziekenhuisfysiotherapeuten de krachten bundelen en in samenwerking met partners, zoals universiteiten, lectoraten van hogescholen en het KNGF, wetenschappelijk onderzoek doen naar de voorspellende waarde van risicostatificatie en effectiviteit van de ziekenhuisfysiotherapeutische behandeling van aandoeningen die frequent in het ziekenhuis worden behandeld.

De NVZF heeft samen met de universitaire centra en het KNGF een regiefunctie bij de uitwerking van de onderzoeksagenda. Daarbij wordt de onderzoeksagenda inhoudelijk opgesteld, worden onderzoeksnetwerken functioneel verbonden en worden subsidies gestroomlijnd. De resultaten van deze onderzoeken worden vervolgens beschreven in richtlijnen, welke geïmplementeerd worden in het werkveld.

Bij deze onderzoeksagenda worden aandoeningen zoals in de top-12 van snelst stijgende chronische aandoeningen, zoals door Van Oers et al. (2002) beschreven, meegenomen. De volgende aandoeningen zijn daarbij voor de ziekenhuisfysiotherapie in ieder geval van belang: beroerte, artrose, COPD, hart-en vaatziekten en diabetes mellitus. De focus van de onderzoeksagenda verschuift van de preoperatieve fase naar de klinische fase, de „intensive care fase” en de postklinische fase. Onderzoeken van Schweickert (2009), Van der Schaaf (2009), en Kwakkel (2004) zijn hiervan voorbeelden. De onderzoeksagenda van de ziekenhuisfysiotherapie zal het brede spectrum moeten beslaan waar de ziekenhuisfysiotherapeut mee te maken heeft.

### ***Intramurale centralisatie***

Een trend is de verdergaande intramurale centralisatie van patiënten met een gelijkend zorgprofiel, in bijvoorbeeld vaatcentrum, diabetescentrum, Parkinsoncentrum, heupcentrum etc. In deze trend is ook plaats voor een bewegingscentrum, waarin vanuit diverse invalshoeken met verschillende disciplines (inspanningsfysioloog, ergotherapeut, ziekenhuisfysiotherapeut, bewegingswetenschapper etc.), en vanuit één concept, gezondheidsproblemen worden benaderd. Voor de ziekenhuisfysiotherapeut biedt dat mogelijkheden omdat hij een regisserende rol kan hebben binnen een dergelijk bewegingscentrum en van daaruit klinisch kan opereren.

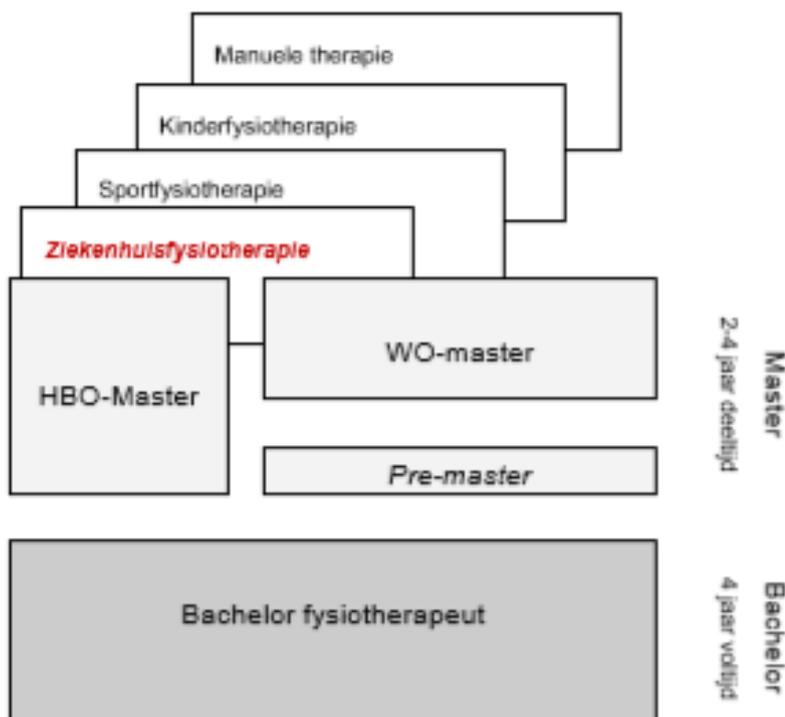
## **1.4 Opleiding Ziekenhuisfysiotherapie**

De ziekenhuisfysiotherapeut onderhoudt de vereiste beroepsvaardigheden en overige opleidingseisen, zoals door de NVZF en KNGF voorgeschreven, teneinde geregistreerd te blijven als ziekenhuisfysiotherapeut. Onderzocht wordt hoe de ontwikkeling dat (een deel van de) ziekenhuisfysiotherapeuten afstudeert/afstuderen op masterniveau zich verhoudt tot de registratie van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR).

### ***Opleidingskolom fysiotherapie***

Om effectief te kunnen handelen in de geschetste beroepscontext moet de specialist in de ziekenhuisfysiotherapie een hoog opgeleide professional zijn. Een masteropleiding ziekenhuisfysiotherapie is gewenst om de ziekenhuisfysiotherapeut (of een deel van de ziekenhuisfysiotherapeuten) op te leiden, waarbij aandacht is voor alle competenties en binnen alle aspecten van de ziekenhuisfysiotherapie.

Binnen de Nederlandse fysiotherapie is een opleidingskolom (Coppoolse e.a., 2006) ontwikkeld waarin verticaal twee niveaus te onderscheiden zijn, namelijk bachelor en master. Op het masterniveau bestaat er een differentiatie in een specialistisch gerichte master (HBO-master) en een wetenschappelijke master (WO-master) (zie figuur 5).



Figuur 5: Opleidingskolom, waarin de positie van de specialistische master ziekenhuisfysiotherapie is weergegeven.

De opleidingskolom fysiotherapie biedt een volledig en samenhangend stelsel van opleidingen. Bachelor fysiotherapeuten kunnen doorstromen in verschillende masteropleidingen. Op het moment van uitkomen van dit BCP is er een masteropleiding klinische fysiotherapie in voorbereiding.

De HBO-masteropleiding leidt tot verdieping van kennis- en vaardighedentoepassing in de (hoog)complexe patiëntenzorg. De WO- masteropleiding leidt tot vaardigheden betreffende het initiëren, uitvoeren en interpreteren van wetenschappelijk onderzoek en zodoende ontwikkelen van nieuwe inzichten voor de beroepsgroep en onderbouwing en innovatie van de zorgpraktijk. Ontwikkelingen in de inrichting van de opleidingskolom, ingegeven door internationale ontwikkelingen (zoals het Europees kwalificatiekader), overheidsbeleid of keuzes door de beroepsvereniging kunnen leiden tot een aanpassing van de opleidingskolom. Discussie over een percentage bachelor en (ziekenhuis) master opgeleiden binnen een afdeling fysiotherapie in een ziekenhuis zal door het werkveld en de specialistenvereniging verder moeten worden gevoerd.

## **2 Rollen & Beroepscompetenties**

In het vorige hoofdstuk is het domein beschreven waarbinnen de ziekenhuisfysiotherapeut werkzaam is. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke competenties een ziekenhuisfysiotherapeut moet hebben. Deze competenties voor de ziekenhuisfysiotherapeut zijn gebaseerd op de vier rollen van de ziekenhuisfysiotherapeut: de specialist, de beroepsontwikkelaar, de professioneel leider en de adviseur.

### **2.1 Rollen**

De master ziekenhuisfysiotherapeut is een specialist die zich bezighoudt met complexe patiëntenzorg in de ziekenhuissetting. Hij onderbouwt zijn handelen met de best mogelijke wetenschappelijke bewijslast en is in staat zijn expertise te „delen' met en te „verspreiden" onder directe collega's.

Het model dat wordt beschreven in dit BCP, moet de relatie tussen de verschillende rollen zichtbaar maken. De rollen zijn wel te onderscheiden maar niet te scheiden. Naast de zorg- en dienstverlening die de ziekenhuisfysiotherapeut levert aan de patiënt, is hij als ziekenhuisfysiotherapeut ook breder werkzaam. Hij draagt bij aan ontwikkelingen binnen zijn eigen organisatie en binnen het beroep. Binnen de organisatie van het ziekenhuis waar hij werkzaam is, is hij mede verantwoordelijk voor zorgvernieuwing. Daarvoor werkt hij op diverse manieren samen met zijn directe collega's. Op macroniveau is een ziekenhuisfysiotherapeut binnen zijn beroep betrokken bij beroepsinnovatie. Hij levert dan bijvoorbeeld een bijdrage aan congressen, workshops en intercollegiaal overleg. Tevens houdt de ziekenhuisfysiotherapeut zich, als expert op het gebied van de functionele gezondheidstoestand, bezig met het coachen en opleiden van beroepsgenoten, andere specialisten (in opleiding) en andere leden van het multidisciplinaire team. Hij maakt daarbij inzichtelijk wat de rol is van de ziekenhuisfysiotherapeut bij de functionele gezondheidstoestand van de patiënt.

De rollen die de ziekenhuisfysiotherapeut vervult zijn die van:

- specialist (gericht op de patiënt)
- beroepsontwikkelaar (gericht op de ontwikkelingen in het beroep)
- professioneel leider (gericht op de organisatie)
- adviseur (gericht op collega's en andere disciplines)

## **Specialist**

*In een multidisciplinair team (cardioloog, zaalarts, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist, maatschappelijk werker en psycholoog) wordt in de acute fase het klinisch beleid gemaakt. Fysiotherapie komt in deze fase in consult om een patiënt preoperatief pulmonaal te begeleiden, te trainen en te monitoren op mucusklaring, kwaliteit en kwantiteit van de ventilatie en indien noodzakelijk te behandelen. De fysiotherapeut stelt aan de hand van het drie-factoren-risicomodel (productief hoesten, suikerziekte en verminderde longfunctie) een risicoprofiel op. Tevens wordt er een checklist met risicofactoren opgesteld.*

De ziekenhuisfysiotherapeut als specialist zet zijn expertise in bij de diagnostiek en behandeling van patiëntenproblematiek betreffende de functionele gezondheidstoestand bij actuele aandoeningen in de preklinische, klinische of postklinische fase en in de polikliniek. De hulpverlening door de specialistisch fysiotherapeut kenmerkt zich door een gezamenlijke inspanning met de patiënt, de verwijzer en de omgeving, die erin resulteert dat de patiënt op maat gesneden zorg ontvangt. Deze zorg voldoet aan professionele standaarden. De specialist weet de „evidence based” kennis te vertalen naar de individuele patiënt. De essentie van de rol van de specialist is het analyseren, uitvoeren, evalueren en bijstellen van de interventies op grond van wetenschappelijke evidentie.

Ingegeven door de problematiek, en de consequenties hiervan voor de patiënt, zijn vaardigheden als counseling en coaching belangrijke elementen van het onderzoek- en behandelproces. Daarbij wordt veel aandacht besteed aan de persoonsgebonden en contextuele factoren.

Ook werkt de ziekenhuisfysiotherapeut samen met andere disciplines en is zijn inbreng complementair in diagnosespecifieke behandelteams, zoals bijvoorbeeld pijnteams en reumateams. Hierbij zijn coördinatie, voorlichting en afstemming gericht op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt, onderdelen van de activiteiten van de ziekenhuisfysiotherapeut. De ziekenhuisfysiotherapeut beoordeelt de status van het bewegend functioneren van de patiënt en bepaalt in samenspraak met de medisch specialist of de patiënt vanuit de fysiotherapeutische aspecten gereed is voor de volgende fase in de behandeling, waaronder het ontslag.

## **Beroepsontwikkelaar**

*De ziekenhuisfysiotherapeut ondersteunt beroepsontwikkeling door systematische evaluatie van effecten van de behandeling, en door bijvoorbeeld mee te werken aan de totstandkoming van richtlijnen voor het ziekenhuisfysiotherapeutisch handelen.*

De eigen specifieke deskundigheid is de basis voor de verdere beroepsontwikkeling. Samen met beroepsgenoten werkt de ziekenhuisfysiotherapeut aan de ontwikkeling van het beroep, bijvoorbeeld door nieuwe inzichten te vertalen naar methodieken of richtlijnen, door het opzetten en deelnemen aan onderzoek, het geven van presentaties of klinische lessen en het deelnemen aan, of leiden van ontwikkelgroepen.

De rol van beroepsontwikkelaar is gericht op het onderbouwen, verbeteren en vernieuwen van de zorgverlening. Kennisontwikkeling vormt de basis voor innovatie in dit specialistische domein van de fysiotherapie. De ziekenhuisfysiotherapeut houdt zich bezig met het vertalen van kennis naar de beroepspraktijk (kennistransitie).

Nieuwe inzichten, wetgeving en ontwikkelingen in het beroep, de samenleving of de gezondheidszorg, zijn meestal niet eenvoudig in te passen in de dagelijkse praktijk. Ze vragen om vertaling in standaarden en protocollen om ze toepasbaar te maken voor uitvoering. Daarop ligt het accent van de rol beroepsontwikkelaar. De implementatie van een nieuwe behandelmethodiek, een protocol of richtlijn, inclusief de inbedding ervan in de multidisciplinaire keten, wordt door de beroepsontwikkelaar systematisch aangepakt. Het verwerven en behouden van een draagvlak onder beroepsgenoten en collega's uit andere betrokken disciplines en bijvoorbeeld patiëntenbelangenverenigingen maakt nadrukkelijk deel uit van een implementatietraject. De ziekenhuisfysiotherapeut draagt daadwerkelijk bij aan beroepsinnovatie door zelf mee te werken aan de totstandkoming van richtlijnen, zitting te nemen in werkgroepen van beroepsverenigingen, deelname aan experimenten en projecten en door te publiceren over eigen ervaring (case report en vakpublicaties).

Door de toenemende zelfverantwoordelijkheid en betrokkenheid bij het zorgproces heeft de patiënt in toenemende mate invloed op het behandelbeleid. Ook veranderende wetgeving draagt hieraan bij. Deze ontwikkelingen behoren door de ziekenhuisfysiotherapeut geïntegreerd te worden in het dagelijks handelen. De kwaliteitseisen die gesteld worden aan de ziekenhuisfysiotherapeutische (specialistische) praktijk, moeten afgestemd zijn op criteria vanuit de beroepsgroep, wetgeving, en patiënten- en consumentenorganisaties.

## **Professioneel leider**

*De ziekenhuisfysiotherapeut ontwikkelt in samenwerking met andere disciplines zorgpaden bij diverse patiëntencategorieën, waaronder de behandeling van bijvoorbeeld verschillende soorten kanker. Hiermee kan de zorg efficiënter worden ingericht en worden onder andere wachttijden verkort.*

De rol van manager, zoals beschreven in het competentieprofiel voor de bachelor fysiotherapeut, krijgt bij de master een sterk inhoudelijke inkleuring die zich beter laat omschrijven met professioneel leiderschap. Het gaat in deze rol niet zozeer om de algemene praktijkvoering, maar veel meer om het functioneren als innovatiemanager binnen de werksetting. Als expert in het leveren van onderbouwde patiëntenzorg aan een bepaalde categorie patiënten, ontwikkelt de ziekenhuisfysiotherapeut een zekere autoriteit die de basis vormt voor de rol van professioneel leider.

Innovatie van zorg maakt een belangrijk onderdeel uit van deze rol. Naast het wetenschappelijk kunnen onderbouwen van interventies vraagt dit in de eigen werksetting om competenties op het gebied van verandermanagement en projectmanagement.

In zijn rol als professioneel leider heeft de ziekenhuisfysiotherapeut ook taken op het gebied van de kwaliteit van de zorg en draagt hij bij aan het zorginhoudelijk beleid binnen de organisatie. Hij signaleert ontwikkelingen, zoals nieuwe doelgroepen en specifieke problemen waar de afdeling of de organisatie mee geconfronteerd wordt. Deze ontwikkelingen bespreekt hij intern met medisch specialisten, andere disciplines en, met betrekking tot het beleidsniveau, met het management van het ziekenhuis. Hij geeft, indien wenselijk, leiding aan multidisciplinaire samenwerkingssituaties. De professioneel leider brengt alle informatie in die kan bijdragen aan aanpassing van het zorgbeleid, zoals wetgeving, kwaliteitseisen of ontwikkelingen vanuit de beroepsgroep. Ook kan hij resultaten uit eigen onderzoeken naar de ziekenhuissituatie vertalen. Bij de rol van professioneel leider hoort het deelnemen aan op zijn afdeling en werkveld gerichte aspecten van ziekenhuisbrede kwaliteitssystemen, waardoor in een voortdurende cyclische benadering de kwaliteit van de zorg wordt geoptimaliseerd.

## **Adviseur**

*De ziekenhuisfysiotherapeut zorgt voor kennisoverdracht aan collega's uit de eerstelijns praktijk over de behandeling in de preklinische en de klinische fase door de ziekenhuisfysiotherapeut bij verschillende patiëntencategorieën (bijvoorbeeld patiënten die een open hartoperatie ondergaan).*

De ziekenhuisfysiotherapeut zet zijn vakinhoudelijke deskundigheid, in combinatie met didactische en begeleidingsvaardigheden, op verschillende manieren in ten behoeve van de professionalisering van anderen. Hij vervult onderwijstaken, zoals het verzorgen van klinische lessen, hij geeft coaching aan collega's en doet aan consultatie en/of intervisie.

De ziekenhuisfysiotherapeut vervult de rol van adviseur binnen zijn domein:

- in de werkorganisatie, ten opzichte van (junior) collega's;
- ten opzichte van andere professionals en verwijzers, waarmee hij in (en vanuit) zijn eigen werkorganisatie te maken heeft;
- in de beroepsgroep ten opzichte van beroepsgenoten in de keten, in activiteiten als intervisie of intercollegiale toetsing en deskundigheidsbevordering;
- door het geven van advies aan de medisch specialist ten aanzien van vervolgsbeleid.

## **2.2 Competentieprofiel**

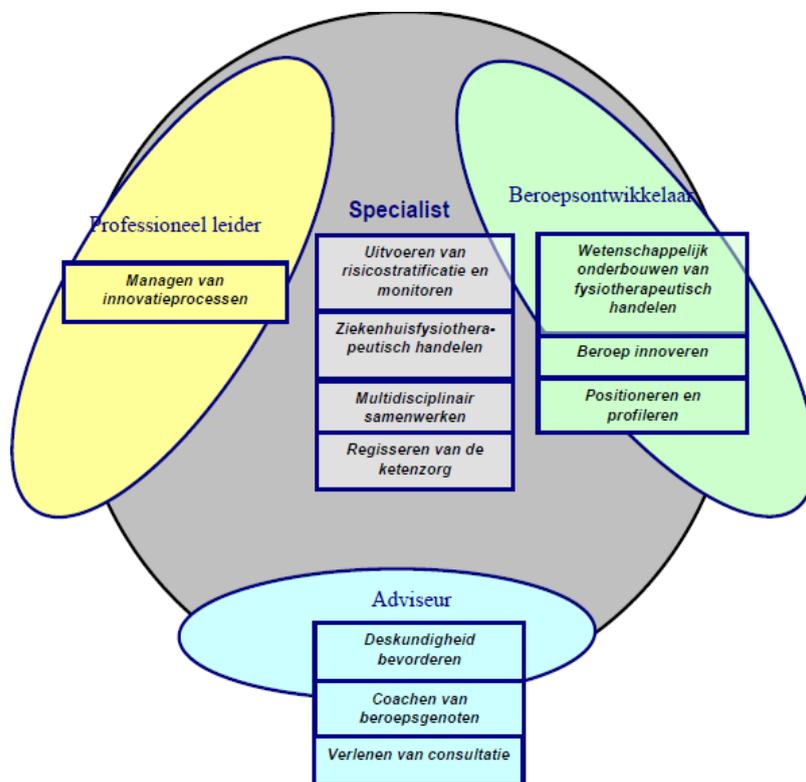
Om een beroepsrol te kunnen vervullen zijn competenties nodig. De competenties zijn specifiek voor het terrein van de ziekenhuisfysiotherapie. Er bestaan landelijke afspraken voor formuleringen van competenties. Veelal beschrijft een competentie een cluster van vaardigheden, kennis, persoonskenmerken en attitudes, die effectief worden toegepast in de specifieke beroepssituatie(s).

Aansluitend bij een rapport in opdracht van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (Van Merriënboer, 2002), betekent dit voor de formulering van een competentie dat deze voldoet aan de volgende criteria:

- duurzaam (stabiel in de tijd op middellange termijn)
- specifiek (helder en slechts op één manier te interpreteren)
- integratief (integreert kennis, vaardigheden en attitudes)

Ook worden in de competentiekaarten criteria genoemd. Deze criteria beschrijven het niveau waarop een afstuderende ziekenhuisfysiotherapeut moet kunnen functioneren. De competenties zijn duurzaam, terwijl de criteria door veranderingen in het beroep of in de maatschappij aan verandering onderhevig zijn.

De in 2.1 beschreven rollen en de gerelateerde competenties zijn geclusterd in figuur 6. Van de ziekenhuisfysiotherapeut wordt verwacht dat hij deze beroepsrollen en bijbehorende competenties beheerst.



*Figuur 6. Rollen en competenties van de ziekenhuisfysiotherapeut. De vier rollen van de ziekenhuisfysiotherapeut zijn: specialist, beroepsontwikkelaar, professioneel leider en adviseur. De competenties van de ziekenhuisfysiotherapeut om de rol te beheersen zijn per rol weergegeven.*

Uit de figuur blijkt de onderlinge samenhang van de competenties. Ook is het binnen deze figuur denkbaar dat er differentiaties optreden in het innemen en beheersen van de rollen en de competenties. De competenties worden uitgedrukt in een of twee kernwoorden. Afgeleid van de rollen worden de competenties uitgewerkt. Per competentie wordt een kaart opgesteld.

In de definitie wordt de competentie in zijn volledigheid uitgeschreven. De beschrijving geeft een toelichting op de competentie. De criteria geven weer waaraan kan worden afgemeten of het niveau wordt beheerst. De competentie wordt beheerst als deze effectief wordt toegepast in een kritische beroepscontext.

## 2.3 Competentiekaarten

In de competentiekaarten zijn de competenties van de master ziekenhuisfysiotherapie uitgewerkt. In de kaarten zijn een aantal steeds terugkerende elementen te ontdekken. Deze elementen typeren het handelen van de ziekenhuisfysiotherapeut in een of alle rollen.

Voor de navolgende competentiekaarten geldt in het algemeen dat:

- waar gesproken wordt over de specialist, in dit competentieprofiel wordt bedoeld op de ziekenhuisfysiotherapeut specialist, tenzij anders gespecificeerd;
- de ziekenhuisfysiotherapeut methodisch werkt in alle rollen en communiceert op een heldere wijze over zijn bevindingen, voorstellen, interventies en resultaten met alle relevante betrokkenen;
- de ziekenhuisfysiotherapeut voortdurend reflecteert op zijn handelen en de resultaten die daarmee worden bereikt;
- de ziekenhuisfysiotherapeut problemen plaatst in de context van verschillende visies op behandeling en ontwikkelingen in de gezondheidszorg;
- al het handelen binnen alle rollen van de ziekenhuisfysiotherapeut gebaseerd is op de best beschikbare bewijslast;
- de ziekenhuisfysiotherapeut zijn handelen baseert op kennis van weefselherstel, actualiteit en de complexiteit van het gezondheidsprobleem.

Typerend voor de ziekenhuisfysiotherapeut is dat de hij voortdurend flexibel moet zijn, prioriteiten moet stellen ten aanzien van de meest actuele vraag en voortdurend zijn planning zal moeten heroverwegen. De ziekenhuisfysiotherapeut moet steeds van rol kunnen wisselen.

In de competentiekaarten wordt gebruik gemaakt van actief taalgebruik. Door dit taalgebruik wordt benadrukt dat de ziekenhuisfysiotherapeut niet alleen de vaardigheden heeft om een bepaalde rol uit te voeren, maar deze ook daadwerkelijk demonstreert in de wenselijke situatie. Dit wil niet zeggen dat iedere ziekenhuisfysiotherapeut in iedere situatie ook daadwerkelijk de competentie ten uitvoer brengt.

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut onderzoekt de patiënt systematisch op de aanwezigheid van risico's op complicaties of verlies van functionele gezondheidstoestand, die aanwezig zijn bij opname en kunnen ontstaan tijdens de ziekenhuisopname.

### Beschrijving

De ziekenhuisfysiotherapeut heeft veel kennis over de invloed van een ziekenhuisopname, eventueel in combinatie met actuele pathologie, op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt. Hij brengt het adaptief vermogen van de patiënt in kaart met een onderbouwde keuze van valide en betrouwbare meetinstrumenten. Via direct bewijs of via het beoordelen van een zo goed mogelijk bewijs uit de literatuur kan de ziekenhuisfysiotherapie via een risicostratificatie een inschatting maken van de gezondheidstoestand van de patiënt, waarbij de ziekenhuisopname een bedreiging vormt voor het zelfstandig functioneren. Hij maakt daarbij gebruik van een (zelf opgesteld) beslisschema en kan bepalen of een ziekenhuisfysiotherapeutische behandeling is geïndiceerd of advies van een andere discipline is gewenst. Ook kan hij besluiten een patiënt te monitoren om potentiële risicofactoren tijdig op te sporen.

Activiteiten die onder deze competentie vallen, kunnen worden onderverdeeld in drie fasen:

In de *preklinische fase* heeft de ziekenhuisfysiotherapeut alleen te maken met patiënten met een electieve opname. Het ziekenhuisfysiotherapeutisch handelen is in deze fase gericht op een risicostratificatie voor een verwacht functieverlies tijdens de ziekenhuisopname en in het vervolgtraject thuis of in bijvoorbeeld een revalidatie-instelling. Dit kan resulteren in een indicatiestelling voor een preoperatieve ziekenhuisfysiotherapeutische behandeling om de functionele gezondheidstoestand van de patiënt te optimaliseren.

In de *klinische fase* brengt de ziekenhuisfysiotherapeut de functionele gezondheidstoestand in kaart, waarbij hij klinische factoren, zoals actuele pathologie en medische behandelingen die hebben plaatsgevonden, bij de risico-inventarisatie betreft. Op basis van een screening stelt hij een indicatie voor behandeling van functieverlies of het voorkomen daarvan. Monitoren kan daar onderdeel van uitmaken.

In de *postklinische fase* richt de ziekenhuisfysiotherapeut zich met name op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot het functioneren in de thuissituatie of andere ontslagbestemming. Hij maakt een inschatting of de patiënt zelfstandig kan functioneren of initieert via ketenzorg eerstelijns fysiotherapeutische zorg of zorg vanuit andere disciplines om dit te bereiken.

Naast bovenstaande, aan de klinische opname gebonden activiteiten kan de ziekenhuisfysiotherapeut ook werkzaam zijn in een poliklinische setting.

#### Criteria

##### De ziekenhuisfysiotherapeut

- handelt op basis van kennis van factoren die van invloed zijn op de functionele gezondheidstoestand tijdens ziekenhuisopname
- maakt een inschatting van het fysiek adaptief vermogen van de patiënt met betrekking tot een ziekenhuisopname

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut behandelt een klinische patiënt zodanig dat de functionele gezondheidstoestand wordt bevorderd en het risico op complicaties wordt beperkt.

### Beschrijving

Wanneer er vanuit de *preklinische* screening een indicatie is voor preoperatieve fysiotherapie, stelt de ziekenhuisfysiotherapeut op basis van fysiotherapeutisch onderzoek en in samenspraak met de patiënt een behandelplan op dat erop is gericht de gezondheidstoestand voorafgaand aan de klinische fase te optimaliseren. Hierdoor neemt het risico op complicaties en functieverval af. Eventueel kan het preklinische beleid gericht zijn op het voorkomen van ziekenhuisopname.

In de *klinische* fase is het behandelplan gericht op de preventie van complicaties en functieverlies op basis van deconditionering. Indien functieverlies is opgetreden, richt de behandeling zich op het herstelproces en het zelfstandig functioneren van de patiënt, zodat de patiënt zo snel mogelijk over kan naar een vervolgtraject. Indien dit betekent dat de patiënt terug kan naar de thuissituatie, dan bepaalt de ziekenhuisfysiotherapeut bij ontslag of de functionele gezondheidstoestand van de patiënt voldoet aan de fysieke eisen die de thuissituatie daaraan stelt.

In de *postklinische* fase richt de behandeling, vaak georganiseerd binnen de ketenzorg, zich op het afstemmen van de functionele gezondheidstoestand op het door de patiënt gewenste activiteiten- en participatieniveau in zijn (tijdelijke) thuissituatie.

De ziekenhuisfysiotherapeut heeft in alle fasen aandacht voor het zelfmanagement van de patiënt. Voor alle fasen geldt dat de behandeling is gebaseerd op de best beschikbare evidentie. De ziekenhuisfysiotherapeut maakt daarbij gebruik van landelijke (multidisciplinaire) richtlijnen of stelt indien nodig zelfstandig afdelingsrichtlijnen op. De behandeling houdt rekening met alle

componenten van het ICF-model, hetgeen bij aanwezigheid van comorbiditeit en langdurige opname tot complexe situaties kan leiden. In de meeste gevallen zal de behandeling onderdeel zijn van een multidisciplinair behandelplan.

#### Criteria

##### De ziekenhuisfysiotherapeut

- handelt op basis van kennis van de effecten van deconditionering
- herkent factoren die het adaptief vermogen kunnen beïnvloeden
- kent de effecten van veel voorkomende medische ingrepen op de functionele gezondheidstoestand van de patiënt
- stelt een gefundeerd behandelplan op, voert dat uit en reflecteert op een effectieve en doelmatige wijze op de resultaten
- reflecteert op bijstellingen in het behandelplan, gekoppeld aan complicerende omstandigheden, zoals comorbiditeit en langdurige opname
- maakt op ADL-niveau een accurate inschatting van de functionele gezondheidstoestand van de patiënt, gerelateerd aan de thuissituatie

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut werkt multidisciplinair samen met andere beroepsbeoefenaren in het (para)medisch spectrum in het kader van de integrale zorgverlening binnen de preklinische, klinische en postklinische fase en in de poliklinische setting.

### Beschrijving

Bij ziekenhuisfysiotherapie is de zorgvraag - afgestemd op het gezondheidsprofiel van de patiënt - het uitgangspunt voor de integrale zorg. Ziekenhuiszorg vraagt om een multidisciplinaire samenwerking, waarbij elke professional zijn beroepsspecifieke bijdrage levert aan het opstellen en uitvoeren van een integraal zorgplan.

In de samenwerking met andere disciplines is de ziekenhuisfysiotherapeut zich bewust van zijn professionele en specialistische mogelijkheden en kan deze goed afbakenen. Hij maakt een keuze welke ziekenhuisfysiotherapeutische kennis relevant is voor andere disciplines en vertaalt deze naar bruikbare en begrijpbare informatie. Omgekeerd kan hij informatie vanuit andere disciplines inventariseren en integreren in zijn eigen behandeling. Hij kan daarbij eigen behandeldoelen spiegelen aan het gemeenschappelijk zorgplan.

### Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut stelt beroepsspecifieke kennis beschikbaar aan andere disciplines en ten dienste van het integrale zorgplan voor de patiënt

- integreert kennis uit andere disciplines met eigen beroepsspecifieke kennis
- overlegt met andere disciplines in begrijpelijke taal en vermijdt daarbij het eigen vakjargon

**Definiëring**

De ziekenhuisfysiotherapeut kan zowel in de preklinische als in de postklinische fase de ketenzorg regisseren wanneer de problematiek is gerelateerd aan de functionele gezondheidstoestand, waarbij hij de integrale zorgverlening adequaat afstemt met betrokken partijen.

**Beschrijving**

Patiënten komen in een keten van behandelaars terecht die hen begeleiden naar optimaal herstel. De ziekenhuisfysiotherapeut stelt patiëntgegevens beschikbaar aan de ketenzorg en verantwoordt en onderbouwt keuzes voor behandeling in het voor- en natraject. Aan de voorkant van de keten kan hij collega's fysiotherapeuten uit de eerste lijn informeren over de gewenste functionele gezondheidstoestand bij ziekenhuisopname en inventariseert hij relevante informatie die van belang is voor de klinische behandeling. Aan de achterkant van de keten kan hij collega's en andere betrokken disciplines in de keten informeren over de status presens en de prognose van de functionele gezondheidstoestand van de patiënt. Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt een integraal zorgverleningprogramma opgesteld, waarin de hulpvraag van de patiënt en de zorgverlening op elkaar zijn afgestemd voor de postklinische fase. Daarin draagt de ziekenhuisfysiotherapeut bij aan de continuïteit van de inhoud van de zorg.

**Criteria****De ziekenhuisfysiotherapeut**

- selecteert patiënten die in aanmerking komen voor ketenzorg
- verkent en gebruikt de mogelijkheden van andere disciplines bij het opstellen van een integraal behandelplan wanneer er sprake is van afname van de functionele gezondheidstoestand
- integreert relevante patiëntgegevens tot een behandeladvies in de ketenzorg
- kan de overgangen regisseren van het behandelproces bij een patiënt met afname van de functionele gezondheidstoestand, en informeert betrokken partijen adequaat

Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut onderbouwt en ontwikkelt het ziekenhuisfysiotherapeutisch handelen aan de hand van „best available evidence” en vertaalt dit naar het handelen op het niveau van de organisatie, en op het niveau van de beroepsgroep.

Beschrijving

De ziekenhuisfysiotherapeut moet in toenemende mate aan de eis voldoen van het wetenschappelijk verantwoorden van de zorg (evidence based practice). Daarbij hoort ook het bepalen van de doelmatigheid van de geleverde zorg.

Hij draagt bij aan de verdere kennisontwikkeling door het beschrijven van de „state of the art” van de ziekenhuisfysiotherapie. Verder voert hij toegepast onderzoek uit door het systematisch registreren van patiëntkarakteristieken en behandelgegevens op groepsniveau. Hiermee beantwoordt hij klinisch relevante vragen uit de praktijk, voortkomend uit het reflectief handelen.

De ziekenhuisfysiotherapeut plaatst daarbij de wetenschappelijke onderbouwing en het toepassen van bestaande kennis in de bredere context van disciplines die van invloed zijn op de ziekenhuisfysiotherapie, zoals de geneeskunde, fysiotherapiewetenschappen, bewegingswetenschappen en sociale wetenschappen (nader te definiëren), zoals medische psychologie, psychologie en geestelijke gezondheid en sociale psychologie.

De ziekenhuisfysiotherapeut levert op basis van zijn/haar therapeutische en preventieve zorg bouwstenen aan voor de ontwikkeling van producten als richtlijnen, protocollen en artikelen over toegepast wetenschappelijk onderzoek, met als doel kwalitatief betere zorg te leveren.

Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut:

- vindt adequate wetenschappelijke vakliteratuur en beoordeelt deze op wetenschappelijke relevantie
- beoordeelt wetenschappelijke vakliteratuur beoordelen op de klinische relevantie
- voert binnen de eigen werksetting beschrijvend onderzoek uit met behandelgegevens.
- kan evidence vanuit andere disciplines betrekken op het domein van de ziekenhuisfysiotherapie

## *Beroepsontwikkelaar*

### *Beroep innoveren*

#### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut draagt binnen een snel veranderende ziekenhuisomgeving bij aan innovatie, doelmatigheid van de zorg en kwaliteitsverbetering van de ziekenhuisfysiotherapie.

#### Beschrijving

Snelle ontwikkelingen binnen de ziekenhuisomgeving, zoals technologische en medische veranderingen, maar ook veranderingen op het gebied van de bekostiging van de zorg, doen een sterk appèl op de flexibiliteit van de ziekenhuisfysiotherapeut. De ziekenhuisfysiotherapeut vergroot de kwaliteit van de zorgverlening binnen het specialisme door het tijdig identificeren van leemtes in de zorg. Daarbij anticipeert hij op ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in het algemeen en in het ziekenhuis in het bijzonder. Leemtes in de zorg vult hij op en nieuwe inzichten binnen de ziekenhuisfysiotherapie zet hij om in haalbare en relevante zorginnovaties binnen het eigen specialisme en de daarbij betrokken disciplines. Hij evalueert een zorginnovatie aan de hand van zelf opgestelde uitkomstindicatoren.

#### Criteria

##### De ziekenhuisfysiotherapeut

- beschikt over een goede externe oriëntatie in de gezondheidszorg en heeft kennis van het beroepsmatig handelen en van ontwikkelingen in aangrenzende vakgebieden
- past de fysiotherapeutische zorg binnen het ziekenhuis via innovaties tijdig en adequaat aan
- evalueert zorginnovaties

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut is gesprekspartner op plaatsen waar (op het gebied van gezondheidszorg) inhoudelijke, financiële of beleidsmatige beslissingen worden genomen en kan deze rol waarmaken.

### Beschrijving

De ziekenhuisfysiotherapeut levert een bijdrage aan de maatschappelijke positionering en verankering van het beroep en bepaalt zijn positie ten aanzien van:

- algemene vraagstukken van zorg en welzijn;
- de maatschappelijke functie, identiteit en legitimiteit van de ziekenhuisfysiotherapie. Hierdoor worden de mogelijkheden van de ziekenhuisfysiotherapie bij de behandeling voor de patiënt duidelijk. Daarbij maakt de ziekenhuisfysiotherapeut aan de disciplines in de keten duidelijk wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn van de ziekenhuisfysiotherapeut. De ziekenhuisfysiotherapeut laat andere betrokkenen in de zorgketen kennis verwerven door op een planmatige wijze over zorginhoudelijke en zorgoverstijgende thema's te presenteren en te informeren. Deze presentaties geeft hij zowel binnen als buiten de eigen organisatie. Daarvoor zet hij op een methodische wijze zijn vakinhoudelijke kennis in, in combinatie met presentatietechnieken en methodisch didactische vaardigheden, ten behoeve van kennisvermeerdering. Hij is daarbij gesprekspartner op plaatsen waar beslissingen worden genomen.

### Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut

- heeft inzicht in hoe de gezondheidszorg in Nederland in het algemeen en binnen zijn werkomgeving in het bijzonder is georganiseerd
- heeft een visie op het vak van ziekenhuisfysiotherapeut binnen de gezondheidszorg
- beschikt over goede communicatieve en presentatievaardigheden

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut vergroot de kwaliteit van de directe zorgverlening door initiatief te nemen tot en/of leiding te geven aan de voorbereiding, implementatie, evaluatie en borging van (wetenschappelijk) onderbouwde zorginnovaties binnen de eigen werksetting.

### Beschrijving

De ziekenhuisfysiotherapeut is door zijn deskundigheid ten aanzien van de “state of the art” in de ontwikkelingen in het domein sensitief voor toekomstige ontwikkelingen. Daarbij gebruikt hij zijn deskundigheid om belangrijke ontwikkelingen binnen de organisatie te initiëren en daarvoor draagvlak te creëren, en collega's enthousiast te krijgen en te overtuigen. Ook is de ziekenhuisfysiotherapeut de persoon die het praktisch handelen op basis van best evidence in de context van de eigen organisatie en maatschappelijke ontwikkelingen plaatst. De ziekenhuisfysiotherapeut leidt innovatie- en implementatietrajecten in de organisatie waar hij werkzaam is, gericht op de optimalisering van de zorg voor de patiënt.

### Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut

- implementeert onderzoeksresultaten zowel in de eigen instelling als in de multidisciplinaire setting
- beschikt over leiderscompetenties of kan het voortouw nemen binnen zorginnovatietrajecten en verandertrajecten
- geeft sturing aan veranderingen en vernieuwingen in de directe patiëntenzorg
- initieert activiteiten, gericht op de totstandkoming van integrale zorg rond patiënten, voorafgaand aan, tijdens of na ziekenhuisopname

**Definiëring**

De ziekenhuisfysiotherapeut bevordert de deskundigheid van collega's binnen en buiten de eigen discipline, ten dienste van het verbeteren van de zorg voor de patiënt.

**Beschrijving**

De ziekenhuisfysiotherapeut laat betrokken anderen (fysiotherapeuten en collega's uit andere disciplines/beroepsgroepen en uit patiëntenverenigingen) leren door op een planmatige wijze over zorginhoudelijke en zorgoverstijgende thema's te presenteren en te informeren. Dit doet hij zowel binnen als buiten de eigen organisatie. Daarvoor zet hij op een methodische wijze zijn vakinhoudelijke kennis in, in combinatie met presentatietechnieken en methodisch didactische vaardigheden. Het doel van deze deskundigheidsbevordering is dat zij bijdraagt aan het kwalitatief verhogen van de beroepsuitoefening van de betrokken collega's en daarmee de zorg voor de patiënt.

**Criteria**

De ziekenhuisfysiotherapeut

- presenteert ontwikkelingen ten aanzien van beroepsspecifieke kennis, vaardigheden en attitudes aan collega's en andere disciplines
- begeleidt stagiaires en collega's in opleiding in de praktijk in hun professionele ontwikkeling

### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut coacht (junior)collega's ter verbetering van het handelen van de collega's bij patiënten met een klinische indicatie.

### Beschrijving

De ziekenhuisfysiotherapeut helpt beroepsgenoten bij het verhelderen, leren oplossen en/of leren hanteren van problemen door het toepassen van vakinhoudelijke deskundigheid. De ziekenhuisfysiotherapeut wordt hiervoor gevraagd, omdat hij gebruik kan maken van specialistische kennis van, inzicht in, en ervaring met de patiëntenproblematiek en de multidisciplinaire behandeling. Hierbij maakt de ziekenhuisfysiotherapeut gebruik van begeleidingsvaardigheden als: luisteren, observeren, stimuleren, motiveren en feedback geven, weerstanden herkennen en productief maken. Dit alles is gericht op het verbeteren van het handelen van andere ziekenhuisfysiotherapeuten. Daarnaast beschikt hij over voldoende didactische vaardigheden om kennis, attitudes en vaardigheden effectief op collega's over te brengen.

### Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut

- reflecteert op beroepsmatig handelen, gericht op de effectiviteit en de doelmatigheid van andermans professioneel handelen
- begeleidt stagiaires en collega's in opleiding tot ziekenhuisfysiotherapeut in hun professionele ontwikkeling
- biedt ondersteuning aan collega's met minder expertise binnen het domein van de ziekenhuisfysiotherapie

## Adviseur

### Verlenen van consultatie

#### Definiëring

De ziekenhuisfysiotherapeut geeft advies aan collega's of andere professionals die gerichte vragen hebben met betrekking tot de directe patiëntenzorg.

#### Beschrijving

Vanwege zijn expertise wordt een ziekenhuisfysiotherapeut geconsulteerd door collega's vanuit eigen of aanpalende disciplines. De ziekenhuisfysiotherapeut fungeert als vraagbaak op basis van brede expertise en het vertrouwen dat anderen aan hem toekennen. De ziekenhuisfysiotherapeut staat open voor vragen van collega's en biedt de ruimte aan collega's om bijvoorbeeld complexe situaties, comorbiditeit of ethische dilemma's, voortkomend uit de rol als zorgverlener, te bespreken. Hierbij vervult de ziekenhuisfysiotherapeut een rol ten opzichte van collega's bij het vergroten van hun competenties in brede zin.

#### Criteria

De ziekenhuisfysiotherapeut:

- ondersteunt de vragende collega bij het vergroten van diens kennis/competenties binnen het beroep
- geeft advies ten aanzien van contra-indicaties
- reflecteert op ethische dilemma's van een collega, zoals bij besluiten die tegen de wens of verwachtingen van de patiënt in kunnen gaan

## Bijlage 1 Overzicht Specialistenverenigingen KNGF

<b>Specialistenerenigingen</b>	<b>Afkorting</b>
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie	NVZF
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie	NVFG
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg	NVFB
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg	NVFK
Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie	NVOF
Vereniging voor Hart-, Vaat-, en Longfysiotherapie	VHVL
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek	NFP
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg	NVFS
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie	NVFL
Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie	NVMT
Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten	NVBF

## Bijlage 2 Europees Kwalificatiekader

(Europese Commissie, 2008)

	Kennis	Vaardigheden	Competentie
Niveau 5	Ruime, gespecialiseerde feiten- en theoretische kennis binnen een werk- of studiegebied en bewustzijn van de grenzen van die kennis.	Een brede waaier van vereiste cognitieve en praktische vaardigheden om creatieve oplossingen voor abstracte problemen uit te werken.	Management en toezicht uitoefenen in contexten van werk- of studieactiviteiten waarin zich onvoorspelbare veranderingen voordoen. Prestaties van zichzelf en anderen kritisch bekijken en verbeteren.
Niveau 6	Gevorderde kennis van een werk- of studiegebied, die een kritisch inzicht in theorieën en beginselen impliceert.	Gevorderde vaardigheden, waarbij blijkt wordt gegeven van absoluut vakmanschap en innovatief vermogen om complexe en onvoorspelbare problemen in een gespecialiseerd werk- of studiegebied op te lossen.	Managen van complexe technische of beroepsactiviteiten of -projecten; de verantwoordelijkheid op zich nemen om in onvoorspelbare werk- of studiecontexten beslissingen te nemen. De verantwoordelijkheid op zich nemen om de professionele ontwikkeling van personen en groepen te managen.
Niveau 7	Bijzonder gespecialiseerde kennis, die ten dele zeer geavanceerd is op een werk- of studiegebied, als basis voor originele ideeën en/of onderzoek. Kritisch bewustzijn van kennisproblemen op een vakgebied en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.	Gespecialiseerde vaardigheden in probleemoplossing, die op het gebied van onderzoek en/of innovatie vereist zijn om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren.	Managen en transformeren van complexe en onvoorspelbare werk- of studiecontexten die nieuwe strategische benaderingen vereisen. De verantwoordelijkheid op zich nemen om bij te dragen tot professionele kennis en manieren van werken en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.
Niveau 8	De meest geavanceerde kennis op een werk- of studiegebied en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.	De meest geavanceerde en gespecialiseerde vaardigheden en technieken, met inbegrip van synthese- en evaluatievaardigheden/-technieken, vereist om kritische problemen in onderzoek en/of innovatie op te lossen en bestaande kennis of professionele manieren van werken uit te breiden en opnieuw te definiëren.	Blijk geven van een grote mate van autoriteit, innovatie, autonomie, wetenschappelijke en professionele integriteit en aanhoudende betrokkenheid bij de ontwikkeling van baanbrekende ideeën of processen voor werk- of studiecontexten, met inbegrip van onderzoek.

Overgenomen uit: *Aanbevelingen Europees Parlement en de raad, 23 april 2008, tot vaststelling van een Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren, bijlage 2*

- \* *niveau associate degree*
- \*\* *eerste cyclus, niveau bachelor*
- \*\*\* *tweede cyclus, niveau master*
- \*\*\*\* *derde cyclus, niveau doctor*

## Bijlage 3 Literatuurlijst

1. Ministerie VWS (2007). Beleidsnotitie *Niet van later zorg*, Den Haag
2. Hildebrandt V.H., Ooijendijk W.T.M., Hopman-Rock. (2008). *Tendrapport Bewegen en gezondheid 2006/2007*. TNO Kwaliteit van Leven, Leiden
3. Persbericht Centraal Bureau voor de Statistiek, 17 maart 2009
4. Oers J.A.M. van (2002). *Gezondheid op Koers?* Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
5. Engelbert R.H.H. (2009). Lectorale rede "Zorg op maat", Hogeschool van Amsterdam, lectoraat fysiotherapie
6. Brochure RIVM: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)
7. NVZF i.o. Bijl C., et al (2008). Conceptnotitie Ziekenhuisfysiotherapie met perspectief
8. Goemans L. (2009). Presentatie voor de NVZ op de Lustrumconferentie DBC-onderhoud
9. Klink A., Minister VWS, 13 juli 2009. Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbesteding.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorg in cijfers*, 2008
11. Schweickert W.D., Pohlman M.C., Pohlman A.S., ea (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 373: 1874–82
12. Schaaf van der (2009). *Functional Recovery After Critical Illness*. PhD thesis, 2009- 12-11
13. Kwakkel G., Peppen R. van, Wagenaar R.C., ea. (2004). Effects of Augmented Exercise Therapy Time After Stroke. A Meta-Analysis. *Stroke*, 35
14. WHO (2001). Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: *International Classification of Functioning*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
15. *Disability and Health: ICF*, Geneva 2001
16. Coppoolse R., Wittink H., Meeteren N. van, Helders P. (2006). *Professional Master opleiding fysiotherapie*. Fysiopraxis
17. Merriënboer, J.J.G. van, Klink, M.R. van der, & Hendriks, M. (2002). *Competenties: van complicaties tot compromis: over schuifjes en begrenzers*. Den Haag: Onderwijsraad.
18. Europese Commissie (2008). *Uitleg van het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren*. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen