

BEROEPSPROFIEL OEFENTHERAPEUT





Initiatief

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Organisatie

VvOCM



Colofon

Beroepsprofiel Oefentherapeut

© Copyright 2019

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Kaap Hoordreef 28

3563 AT Utrecht

Tel: 030-2625627

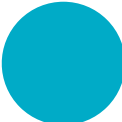
Website: www.vvocm.nl

E-mail: info@vvocm.nl



Alle rechten voorbehouden

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



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



Inhoudsopgave



Voorwoord	3	Hoofdstuk 4. Competentieprofiel Oefentherapeut	31
Inleiding	5	1 Oefentherapeutisch handelen	32
Hoofdstuk 1. Het beroep oefentherapeut	7	2 Communicatie	34
1.1 Beschrijving	8	3 Samenwerken	36
1.2 Kern van de oefentherapie	8	4 Kennis en Wetenschap	37
1.2.1 Gedragsverklaring en gedragsverandering	10	5 Maatschappelijk handelen	39
1.2.2 Motorisch leren	12	6 Organisatie en kwaliteit	40
1.3 Positionering	13	7 Professionaliteit	41
1.4 Kennis en kunde	15	Bibliografie	43
1.5 Mijlpalen binnen de oefentherapie	16	Bijlage 1, Besluit oefentherapeut	45
Hoofdstuk 2. Methodisch oefentherapeutisch handelen	18	Bijlage 2, Historisch overzicht	49
2.1 De fasen en stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen	20		
2.2 Zorggerichte communicatie en samenwerking	23		
Hoofdstuk 3. Kwaliteitsbeleid	25		
3.1 Verantwoordelijkheden beroepsvereniging en oefentherapeut	25		
3.2 Grenzen van het beroep oefentherapie	26		
3.3 Borging van de kwaliteit van oefentherapie	27		
3.4 Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden	29		
3.5 Meten, toetsen en verbeteren	30		

Algemene gegevens

Auteurs en kerngroep

Mw. M.H.T. Post, MSc..... Beleidsmedewerker Ontwikkeling
& Wetenschap, VvOCM
Mw. G. Buis Samenstelling tekst

Inhoudelijke bijdragen

Mw. N.T.A. Smorenburg, MCTD..... Hoofdstuk 1.2 - Kern van de
oefentherapie en lid werkgroep
Mw. F.M. de Wilde, MBA-H Hoofdstuk 3 - Kwaliteitszorg en lid
klankbordgroep

Werkgroep

Dhr. C.A.M. Sier, MSc MPT
Mw. C.J.M van Santen
Mw. Dr. T. Oosterhuis
Mw. G. Mulder
Mw. M.A. Bak, MSc

Klankbordgroep

Mw. C. de Ley
Dhr. dr. J.P. van Wingerden
Mw. dr. T.J.M. Kooiman
Mw. E. de Jong
Mw. C.J. Kunis
Dhr. H. Oligmuller
Dhr. I.R. Kind
Mw. J.L. Drent-Sneep, M CTD
Mw. M. van Es
Mw. T. A. Winters-Prins

Eindredactie

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

Legitimering

Geaccordeerd door de AV van de VvOCM op 17 juni 2019.

Voorwoord

Met veel trots presenteer ik u het geactualiseerde 'Beroepsprofiel Oefentherapeut'. Door deze actualisatie eens in de vijf jaar uit te voeren, blijft het document aangesloten bij recente ontwikkelingen vanuit de zorg en de ontwikkeling van het beroep.

De gezondheid van de bevolking verandert en de ideeën over gezondheid en zorg veranderen. We worden ouder, veelal gepaard gaande met meerdere (chronische) aandoeningen. We moeten langer blijven werken, weten steeds meer over een (on)gezonde leefstijl en er zijn steeds meer technologische ontwikkelingen in de zorg. Maatschappelijk is er een bredere kijk op gezondheid ontstaan. De focus is verschoven van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag. Mensen willen (en moeten) zo goed mogelijk (blijven) participeren in sociaalmaatschappelijk- en werkverband.

Deze veranderingen vragen om een goede beschrijving van het beroep om de samenwerking aan te kunnen gaan met de cliënt en andere (zorg)professionals. Samen komen we tot de juiste zorg op de juiste plek. Oefentherapie, gegeven door een oefentherapeut, sluit met haar biopsychosociale benadering en totaliteitsvisie goed aan op de verschuiving naar gezondheid en gedrag. Het belangrijkste doel van de oefentherapeut is dat de cliënt met een persoonsgerichte aanpak zo snel mogelijk, zo zelfstandig mogelijk kan functioneren en participeren.

Biopsychosociaal denken is in de huidige tijd niet uniek. Wat wel uniek is, is dat de oefentherapeut altijd haar kijk op het menselijk bewegen en functioneren op deze manier heeft benaderd. Deze denkwijze zit dus in de genen van de oefentherapeut. Uiteraard is oefentherapie Cesar/Mensendieck de afgelopen decennia doorontwikkeld op basis van evidence over motorisch leren, gedragsverandering en gezondheidsbevordering.

Het beroepsprofiel beschrijft wat een oefentherapeut is, hoe de oefentherapeut (methodisch) handelt en welke competenties hij bezit. In deze update zijn de ontwikkelingen van de afgelopen jaren die van invloed zijn op de toekomst van dit prachtige vak verwerkt. De beschrijving van het beroep, de competenties van de oefentherapeut en de kenmerken van de te verlenen diensten: oefentherapie gegeven door oefentherapeuten, is hiermee weer actueel.

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

Frans Koornberg,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Frans Koornberg', written in a cursive style.

Voorzitter VvOCM

Inleiding

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

De volgende definitie van een beroepsprofiel is gehanteerd: Een beroepsprofiel is een omschrijving van de beroepsactiviteiten in een bepaald beroep (de beroepstaken) en de vereisten waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of wil uitoefenen (de competenties)^[1].

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut is de centrale richtlijn voor oefentherapeuten. Het is richtinggevend en normstellend voor de beroepsuitoefening van alle oefentherapeuten. Een beroepsprofiel vormt de basis voor kwaliteitsborging. Door de beroepsvereniging geaccepteerde producten zoals richtlijnen en beroepsethiek worden hiervan afgeleid. Bovendien is het bepalend voor de eisen die gesteld worden in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een adequate omschrijving van het beroepsdomein – gedragen door de beroepsgroep – is verplicht door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Het is een toetsingsinstrument voor de ontwikkeling van onderwijs (initieel en postinitieel). Vanuit een beroepsprofiel worden de beroepscompetenties, die in de opleidingen centraal staan (opleidingscompetentieprofiel), geformuleerd. In het beroepsprofiel gaat het niet om een uitvoerig

en minutieus overzicht, maar om een weergave van de meest essentiële zaken en de benodigde competenties in de praktijk van de oefentherapeut. Met het huidige beroeps(competentie)profiel laat de VvOCM beide opleidingen voldoende ruimte voor de invulling van hun opleidingsplannen en opleidingscompetentieprofielen.

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

Het Beroepsprofiel Oefentherapeut met daarin het competentieprofiel (Hoofdstuk 4) geldt voor alle oefentherapeuten. Wat alle oefentherapeuten gemeenschappelijk hebben is de biopsychosociale benadering van de cliënt en diens problematiek, met de focus op gedragsveranderingen motorisch leren (Hoofdstuk 1). De stappen van het methodisch handelen (Hoofdstuk 2) en aspecten van kwaliteitszorg (Hoofdstuk 3) zijn min of meer generiek. Verschillen hebben te maken met het gezondheidsprobleem van de doelgroep, de werksetting en de benodigde kennis en kunde (Hoofdstuk 1).

Door hun eigen registratie binnen het Kwaliteitsregister Paramedici (2008) hebben Kinderoefentherapeuten en Psychosomatisch oefentherapeuten een eigen beroepsprofiel. Met ingang van 2020 treden ook de Bekkenoefentherapeuten en Geriatrie-oefentherapeuten met een eigen registratie toe tot het Kwaliteitsregister Paramedici. De VvOCM heeft daarom besloten ook voor deze twee groepen beroepsprofielen te ontwikkelen.

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

Leeswijzer

In het beroepsprofiel wordt met de oefentherapeut bedoeld oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en met oefentherapie: oefentherapie gegeven door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Voor de leesbaarheid is de 'hij'- vorm gehanteerd. Waar staat cliënten kan ook worden gelezen patiënten. Daar waar de bron spreekt van patiënten is de term patiënten gehandhaafd. Het aantal bijlagen, toelichtingen of voorbeelden is beperkt. In plaats daarvan wordt verwezen naar (digitale) bronnen.

1 Het beroep oefentherapeut

Oefentherapie gegeven door de oefentherapeut is een paramedische interventie met als kern aandacht voor bewegen en functioneren en het leveren van persoonsgerichte zorg. Oefentherapeuten zijn gespecialiseerd in beweeggedrag waarbij de cliënt en diens eigen mogelijkheden, behoeften, wensen en context centraal staan in de therapie. Oefentherapie gegeven door oefentherapeuten kent al een lange historie en is ontstaan vanuit de visies op (leren) bewegen en gezondheid uit de methodiek Mensendieck en de bewegingsleer Cesar. De oefentherapie is doorontwikkeld op basis van evidence over motorisch leren, gedragsverandering en gezondheidsbevordering.

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

De wet BIG is een kaderwet. Dit betekent dat zij alleen de grote lijnen aangeeft. Veel zaken betreffende de uitvoering van de wet, zoals de inhoud van de opleiding tot oefentherapeut en een beschrijving van de deskundigheid van de oefentherapeut zijn vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (bijlage 1).

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

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

Kansen liggen op het gebied van zinnige, zuinige zorg op de juiste plek. Naast de rol van behandelaar met eigen expertise, krijgen zorgverleners steeds meer de rol van coach of adviseur met oog voor de brede context van de zorgvrager^[2].

De verschuiving van een deel van de zorg naar gemeenten (wijkgerichte zorg, thuiszorg) en meer aandacht voor preventie binnen het zorgdomein, waarbij de zorg gericht moet zijn op het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement, passen bij de basisprincipes van de oefentherapie.



1.1 Beschrijving

Er zijn verschillende beschrijvingen van oefentherapie. De VvOCM hanteert naast een toelichtende beschrijving van de kern van de oefentherapie (paragraaf 1.2) de volgende nauwere weergave in de vorm van definities^{[3][4][5]}:

Oefentherapie

Oefentherapie gegeven door de oefentherapeut is een interventie die zich richt op het houdings- en beweeggedrag en het bewegend functioneren (functies, activiteiten en participatie). Hierbij is specifiek aandacht voor de factoren (motoriek, cognities, motivatie, emotie en omgeving) die het probleem t.a.v. bewegend functioneren in stand houden dan wel beïnvloeden. Het doel is houding- en beweeggedrag (zowel kwalitatief als kwantitatief) te optimaliseren om korte- en langetermijnparticipatie te herstellen, te vergroten of te behouden.

En de zorg die wordt geleverd:

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

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

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

1.2 Kern van de oefentherapie

Een cliënt presenteert zich in de regel bij een oefentherapeut met lichamelijke klachten en/of bepaalde activiteiten die niet meer (optimaal) uitgevoerd kunnen worden, waardoor (mogelijk) beperkingen in het dagelijks functioneren en in participatie worden ervaren. De oefentherapeut betreft in het handelen mogelijke oorzaken én de gevolgen die de cliënt ervaart in zijn dagelijks leven

of in de (nabije) toekomst zou kunnen ervaren. Centraal staat het beweeggedrag van de cliënt, waarbij beweeggedrag kan worden gedefinieerd als 'de waarneembare uitvoering van houdingen, bewegingen en activiteiten in het dagelijks leven en in de voor de persoon natuurlijke omgeving'^[6].

Eén van de grondhoudingen van de oefentherapeut is hierbij alle aspecten van het biopsychosociaal model te betrekken^[7].

Met deze benaderingswijze gaat de oefentherapeut ervan uit dat een combinatie van factoren heeft geleid tot het ontstaan of het in stand houden van de aanwezige klachten en beperkingen. Dit kunnen zowel fysieke factoren zijn als persoonlijke en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld sociaal-maatschappelijke factoren). Door inzicht te krijgen in de verschillende factoren kan worden bepaald in welke mate deze factoren de klachten en beperkingen in stand houden en in welke mate ze ook beïnvloedbaar zijn. In samenspraak met de cliënt worden de grootste beperkingen in het dagelijks leven zichtbaar gemaakt en worden de uitgangspunten voor behandeling, aan de hand van de hulpvraag, gedefinieerd.

De oefentherapeut handelt daarbij vanuit de hypothese dat door het aanpassen van het beweeggedrag de klachten in het bewegend functioneren en de ervaren beperkingen in het dagelijks leven verminderd dan wel opgelost kunnen worden. Dit aanpassen van beweeggedrag kan ingericht worden vanuit de motoriek (iemand is fysiek nog niet in staat tot...), cognitie, motivatie of omgeving of combinaties van deze gebieden. De keuze voor interventie is afhankelijk van wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft. De oefentherapeut heeft altijd voor ogen dat een cliënt binnen de therapie 'iets' geleerd heeft; dit kan zijn op het niveau van bewustwording, inzicht, lichaamsbesef, motorische vaardigheid en de toepassing in de dagelijkse context. Dit leren bereikt de oefentherapeut vanuit twee belangrijke pijlers: motorisch leren en gedragsverandering.

Gedragsverandering en motorisch leren kunnen vanuit de benaderingswijze van het biopsychosociaal model niet los van elkaar worden gezien. Medische kennis wordt gecombineerd met de analyse van het beweeggedrag om duurzaam leren bewegen te bewerkstelligen. Gebaseerd op de individuele cliënt, zijn behoefte en leerstrategie maakt de therapeut keuzes voor de wijze waarop gedragsverandering en motorisch leren worden vormgegeven, zodat er een optimaal resultaat wordt behaald. De therapie sessies zijn er om te oefenen, te reflecteren en de cliënt die handvatten te geven, dat hij in staat is het geleerde in zijn dagelijks leven in te zetten. Deze mate van zelfmanagement, waarbij het bewegen duurzaam en wendbaar kan worden toegepast, heeft de oefentherapeut met de inzet van therapie voor ogen.

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

Het bewerkstelligen van gedragsverandering ten aanzien van bewegen en het daarvoor noodzakelijke motorische leerproces zijn voor de oefentherapeut belangrijke processen binnen de therapie. Beide processen worden daarom afzonderlijk toegelicht.

1.2.1 Gedragsverklaring en gedragsverandering

Al tijdens het eerste contact met de cliënt zoekt de oefentherapeut samen met de cliënt naar de bepalende factoren die het gewenste en het ongewenste beweeggedrag belonen of belemmeren [8]. Het gaat hierbij om persoonlijke (cognities, emoties, ziektepercepties, inschatting motorisch kunnen) en om sociale belemmeringen (omgeving zowel fysiek als sociaal-cultureel, financieel) [9]. Het ASE (attitude, sociale invloed, eigen effectiviteit) gedragsverklaringsmodel vormt een goed hulpmiddel om de bepalende factoren om gedragsverandering in te kunnen zetten in kaart te brengen [10]. Er zijn meerdere gedragsverklaringsmodellen. Het ASE-model lijkt echter het dichtst te liggen bij de uitgangspunten van de oefentherapie, waardoor het een praktisch handvat vormt binnen het oefentherapeutisch handelen. Het ASE-model is een samengesteld model op basis van de theorie van gepland gedrag (theory of planned behavior, TPB) (Ajzen 1988; Fisbein&Ajzen 1975; Bandura 1986; De Vries 2000) [8, p. 125].

Met het in kaart brengen van de bepalende factoren voor gedragsverandering creëert de oefentherapeut een goede, doelgerichte beginsituatie om de gewenste gedragsverandering ook daadwerkelijk te bereiken. Het veranderen van gedrag is een complex geheel. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen te omvatten [11]. De therapeut zal op basis van de verzamelde informatie, in dialoog met de cliënt, starten met het stellen van haalbare doelen op het gebied van beweeggedrag [12]. Hiermee beoogt de therapeut de motivatie van de cliënt aan te wakkeren [11]. De inschatting die de oefentherapeut maakt op basis van gedragsverklaringsmodellen geeft de therapeut

inzicht in welke fase van gedragsverandering de cliënt zich bevindt en welke stappen de oefentherapeut kan ondernemen om met de cliënt de gestelde doelen te bereiken. In het veranderingsproces speelt de therapeut een belangrijke, vooral ondersteunende rol. Om stapsgewijs het veranderproces te doorlopen wordt het proces afgebakend door te variëren in insteek binnen de behandeling. Ook hier kan de oefentherapeut teruggrijpen op verschillende modellen om de gedragsverandering te ondersteunen. Deze modellen geven een handvat om te begrijpen hoe ver de cliënt is in zijn veranderproces [10], en een handvat om de juiste therapeutactiviteiten in te zetten binnen de verschillende fasen van het gedragsveranderingsproces. Ontwikkelingen op dit gebied vinden nog steeds plaats waardoor de oefentherapeut steeds meer kunde op dit gebied opdoet. De belangrijkste modellen waar de oefentherapeut op teruggrijpt zijn o.a. het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente [13] en het model van Balm [10]. De fasen die beide modellen kennen, worden gekenmerkt door overeenkomst (zie tabel 1).

1

2

3

4



Tabel 1: overeenkomst tussen het Transtheoretisch model en het model van Balm

Trans-theoretisch model^[13]	Precontemplatie <i>(nog)niet willen, geen overweging tot gedragsverandering(GV)</i>	Contemplatie <i>Overweegt GV, weet alleen nog niet hoe, geen planning</i>	Vorbereiding <i>Vorbereidingen treffen en plannen maken voor GV</i>	Actiefase <i>Daadwerkelijk uitvoeren van het gewenste gedrag</i>	Gedragsbehoud <i>Minimaal 6 maanden volhouden van het gewenste gedrag</i>
Model van Balm^[11]		Openstaan Weten	Willen Kunnen	Doen	Volhouden

Voor de helderheid wordt in onderstaande tekst uitgegaan van de begrippen uit het model van Balm. Blijken de cognities van de cliënt belemmerend (de cliënt begrijpt het niet, of wil het niet begrijpen, heeft een verkeerde ziekteperceptie zoals angst voor bewegen of catastroferen) zal de oefentherapeut de gedragsverandering inzetten vanuit gesprekstechnieken (o.a. motivational interviewing) en coaching. Hierbij richt de oefentherapeut zich op de stap weten en/of ervaren van ander beweeggedrag^[10]. Therapeutactiviteiten die ingezet worden zijn o.a. uitleggen, handgrepen, demonstreren, spiegel en uitlokken van ander beweeggedrag. Het openstaan, weten en begrijpen zijn vaak een voorwaarde om stappen binnen de gedragsverandering te kunnen zetten.

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

wel mogelijk is de omgeving aan te passen, adviseert en coacht de oefentherapeut de cliënt bij het opheffen of verminderen van de omgevingsbarrières. De therapeut richt zich hierbij met name op de stappen kunnen en doen.

De oefentherapeut scheidt hiermee de optimale voorwaarden om herleren van bewegen centraal te zetten. Hierbij analyseert en evalueert de oefentherapeut steeds of de gedane stappen bijdragen aan het veranderproces van de cliënt. Afhankelijk van de beginsituatie zal per cliënt voor een andere aanpak gekozen worden. Dit kan vanuit één deelgebied, bijvoorbeeld motoriek, maar ook vanuit meerdere gebieden tegelijk. Wanneer er vanuit de omgeving of vanuit motivatie, willen en kunnen geen belemmeringen zijn, kan de behandeling gericht worden op het verbeteren van het motorisch functioneren, gekoppeld aan de hulpvraag van de cliënt. Als de cliënt in staat is het beweeggedrag aan te passen, coacht de oefentherapeut de cliënt op het toepassen van het nieuwe beweeggedrag door variatie aan te bieden en te oefenen op activiteitsniveau, zowel binnen als buiten de context. Is de cliënt niet in staat ander beweeggedrag te tonen wordt eerst geoefend op functieniveau om zo de voorwaarden te creëren het

nieuwe beweeggedrag mogelijk te maken. Als de oefentherapeut met de cliënt deze voorwaarden heeft gecreëerd, wordt opnieuw het oefenen op activiteitsniveau opgepakt om de transfer naar de dagelijkse context te bevorderen. Ook hier ligt de focus op de stappen kunnen en doen.

1.2.2 Motorisch leren

Met de start van een behandeltraject gaat de oefentherapeut met een cliënt een proces van herleren in. Dit herleren geeft de oefentherapeut vorm aan de hand van het motorisch leerproces. Dit proces is een dynamisch proces en daardoor bij elke cliënt anders [14]. De oefentherapeut vormt zich tijdens het onderzoek al een beeld van de persoonlijke motoriek (individuele karakteristieken en houdingen van de cliënt) [15]. De oefentherapeut gebruikt deze informatie om het motorisch leerproces vorm te kunnen geven. Motorisch leren wordt omschreven als een proces waarmee relatief permanente bewegingen [11], activiteiten en motorische taken veranderd kunnen worden [16][11]. Hiermee richt de oefentherapeut zich op het adaptief vermogen van de cliënt om door oefenen en ervaren bewegingen te veranderen [17][16][11][18].

Het succes waarmee iemand een motorisch leerproces doorloopt is afhankelijk van factoren als de taak of activiteit die een cliënt moet uitvoeren, de omgeving/context waarin deze taak plaatsvindt en persoonlijke kenmerken van de cliënt [11][19]. Enkele voorbeelden van deze factoren zijn: sociale druk, fysieke beperkingen of de motivatie van een cliënt. De oefentherapeut probeert flexibel en variabel met

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

deze factoren om te gaan en ze te beïnvloeden met een passende leerstrategie. Eén passende leerstrategie bestaat niet. Voor de oefentherapeut is het de kunst en de uitdaging om bij elke cliënt die leerstrategieën te hanteren die het meest passend zijn bij de cliënt en het beoogde resultaat. De oefentherapeut maakt deze keuze op basis van kennis, ervaring en trial-and-error [16][17]. Het arsenaal aan leerstrategieën is groot en kan bijvoorbeeld variëren in: foutloos leren, impliciet leren, drie fasen leren, differentieel leren, in open en gesloten keten etc.

Het herleren van een taak of activiteit vergt van de cliënt een aanpassing van het motorisch gedrag. Aandacht leggen op de uit te voeren taak kan een middel zijn om op lange termijn een aanpassing te bereiken. De oefentherapeut kan hierbij de focus intern richten op de uitvoering van de beweging zoals gebeurt bij gewichtsverplaatsing of het ervaren van spierspanning. Wanneer de aandacht zich richt op het effect van de beweging op de omgeving, bijvoorbeeld bij balanshandhaving, miktaken en springen, wordt een externe focus gehanteerd [20].

Naast ruimte creëren voor het natuurlijke leerproces waarin de cliënt zelf bewegingen kan corrigeren, geeft een oefentherapeut het motorisch leren vooral vorm door verschillende vormen van instructies toe te passen en de cliënt feedback te geven. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt de gelegenheid krijgt te ervaren; te snel of te veel feedback belemmert mogelijk het leerproces^[14].

In de praktijk wordt steeds vaker met metaforen en beeldspraak (analogie leren) als instructievorm gewerkt. Deze vorm van impliciet leren, richt zich op de zogenaamde tacit knowledge van de cliënt^[21]. Het lokt de gewenste beweging uit zonder volledig te expliciteren wat de therapeut vraagt.

Elke vorm van instructie leidt tot een beweeguitvoering, deze uitvoering leidt tot gewenst motorisch gedrag of opnieuw tot een instructie. Gedurende het oefenen worden vragen gesteld aan de cliënt zodat deze uitgedaagd wordt nieuw motorisch gedrag te ontwikkelen en oplossingen te creëren voor bestaande belemmeringen in de authentieke context. Differentieel leren^[19] vraagt van de oefentherapeut om ten aanzien van de taak, omgeving en de cliënt, variatie aan te bieden. Een beweging wordt niet

oeverloos op dezelfde manier herhaald (traditioneel leren^[19]), maar wordt uitgelokt door te variëren in de context en de taak én door te variëren in de vormen van instructies. Naast het eerder genoemde impliciet of expliciet leren en de focus op bewegingsuitvoering of op het effect van de beweging op de omgeving, hanteert de oefentherapeut instructievormen als inzet van ritme, dubbeltaken, non verbaal of juist visuele instructie, omgevingsvariatie, fantasie en spel.

In de praktijk wordt het motorisch leerproces door de oefentherapeut geïnitieerd en door oefening en ervaring in de eigen context van de cliënt verder ontwikkeld. Een motorisch leerproces slaagt wanneer de oefentherapeut de cliënt steeds verder kan uitdagen tot nieuwe leerervaringen en de cliënt het vermogen ontwikkelt zijn hernieuwde kennis ook in onbekende situaties in te zetten^[14]. Net als gedragsverandering is motorisch leren een proces wat tijd vergt. Resultaat wordt hierdoor niet altijd meteen zichtbaar voor een cliënt. Het zichtbaar maken van de behaalde resultaten om de motivatie van de cliënt te blijven voeden is dan ook belangrijk.

1.3 Positionering

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

de VvOCM en het NIVEL^[22].

De oefentherapeut is inzetbaar op veel terreinen in de gezondheidszorg en daarbuiten, omdat alle handelingen die de mens verricht via motorische activiteit worden gerealiseerd. Vanwege de toenemende multimorbiditeit stijgt de behoefte aan generalisten, die van meer aandoeningen verstand hebben. Daarnaast is er vraag naar

specialisten. Bijvoorbeeld voor cliënten met een bepaalde aandoening of (complex) gezondheidsprobleem of specifieke deskundigheid op het gebied van arbeidsomstandigheden.

Oefentherapie kent vier specialisaties, kinderoefentherapie, psychosomatisch oefentherapie, bekkenoefentherapie en geriatrie-oefentherapie, ieder met een eigen register en een eigen beroepsprofiel. Daarnaast kunnen oefentherapeuten specifieke deskundigheidsgebieden hebben naar werksetting, aard van het gezondheidsprobleem en/of doelgroep. (vvocm.nl/netwerken) In alle settingen werkt de oefentherapeut preventief en/of curatief en soms palliatief.

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

Behandelindicaties kunnen zowel op het curatieve, preventieve, als palliatieve vlak liggen en meer specifieke of specialistische expertise van de oefentherapeut vragen. De volgende groepen worden onderscheiden:

- Cliënten met een aandoening, acuut of chronisch (classificeerbaar volgens de ICD-10 of DSM-IV-TR/DSM-5), met problemen met bewegen tijdens dagelijkse activiteiten al dan niet gepaard gaande met beperkingen in deelname aan het maatschappelijk leven.

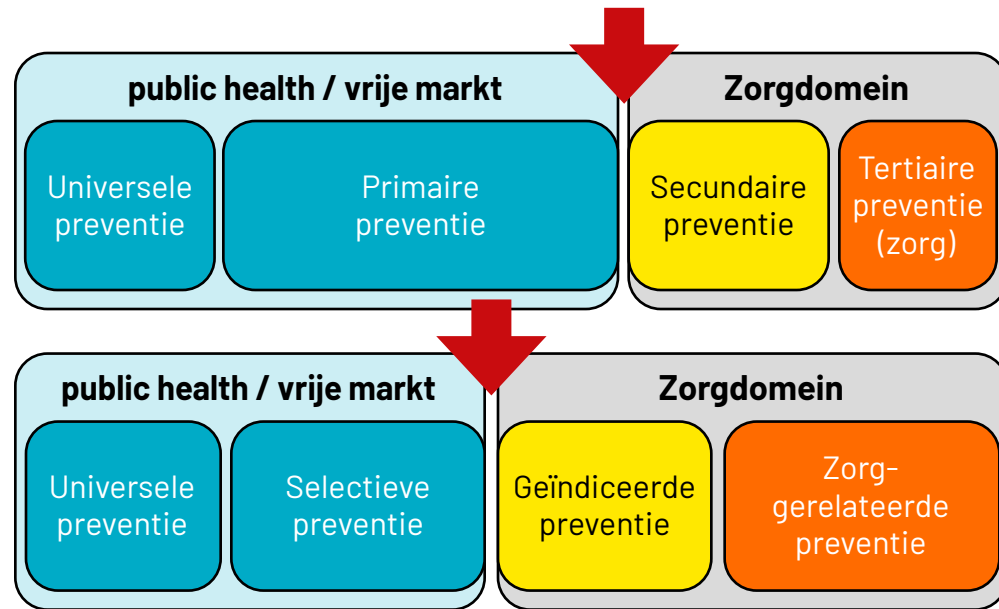
- Cliënten met problemen met bewegen in dagelijkse activiteiten veroorzaakt of in stand gehouden door het beweeggedrag en/of een disbalans in belasting en belastbaarheid.
- Cliënten met chronische (a)specifieke pijnklachten met manifeste of dreigende beperkingen van het algemeen niveau van functioneren.
- Cliënten met multimorbiditeit en multiproblematiek in relatie tot functioneren en beweeggedrag.
- Risicogroepen, zoals werknemers in bepaalde arbeidsomstandigheden, sporters, ouderen.
- Relatief gezonden die (mogelijke) problemen willen voorkomen en/of verantwoord willen leren bewegen.

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn verzamelt continu routine-matig vastgelegde gegevens (zoals patiëntkenmerken, gezondheidsproblemen) onder een aantal (eerstelijns)oefentherapeuten in Nederland. Deze gegevens zijn in te zien via de website van het NIVEL ^[23]

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

In 2010 is een preventiemodel ontwikkeld met een andere indeling van preventie dan tot die tijd gebruikelijk was. Het model gaat uit van risico-denken in plaats van symptoom-/ziekte-denken ^[24]. In dit vernieuwde model valt een groter deel van de preventie *binnen het zorgdomein*, te weten de zorggerelateerde en de geïndiceerde preventie.

Indeling van Preventie



www.gezondNL.nl

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

Anno 2019 is het aanbod van preventieve interventies door oefentherapeuten divers, zowel in het zorgdomein (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) als daarbuiten (selectieve preventie).

1.4 Kennis en kunde

De oefentherapeut bezit kennis, inzicht en vaardigheden om zelfstandig de taken van een bekwaam beroepsbeoefenaar te kunnen uitvoeren, te kunnen functioneren binnen een arbeidsorganisatie en om de eigen beroepsuitoefening dan wel het beroep verder te professionaliseren. De beroepscompetenties zijn beschreven in hoofdstuk 4.

Belangrijke kennisdomeinen voor de oefentherapeut zijn de (bio)

medische wetenschappen, bewegingswetenschappen, gedragswetenschappen en gezondheidswetenschappen.

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

Vakspecifieke (cliëntgebonden) vaardigheden omvatten o.m. observatievaardigheden, coachingsvaardigheden, klinisch redeneren, didactische vaardigheden, diverse gesprekstechnieken, zoals motivational interviewing en gespreksvoering in het kader van samen beslissen.

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

Daarbij is het belangrijk dat de oefentherapeut beschikt over een onderzoekend vermogen dat leidt tot reflectie op het beroepsmatig handelen, evidence-based practice (het gebruiken van de kennisbasis om de juiste handelingen te kiezen) en innovatie [25].

Vanwege de toename van complexere zorgvragen, van diversiteit onder de bevolking, van technische mogelijkheden en de toegenomen aandacht voor preventie en leefstijl dient de huidige hbo-zorgprofessional te beschikken over (praktische) kennis van ouderenzorg, sociaal-culturele aspecten, zorgtechnologie / eHealth, preventie, leefstijl, en over kennis en vaardigheden om multidisciplinair en interprofessioneel samen te werken [26].

Anno 2019 zijn er in Nederland twee hbo-opleidingen oefentherapie:

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

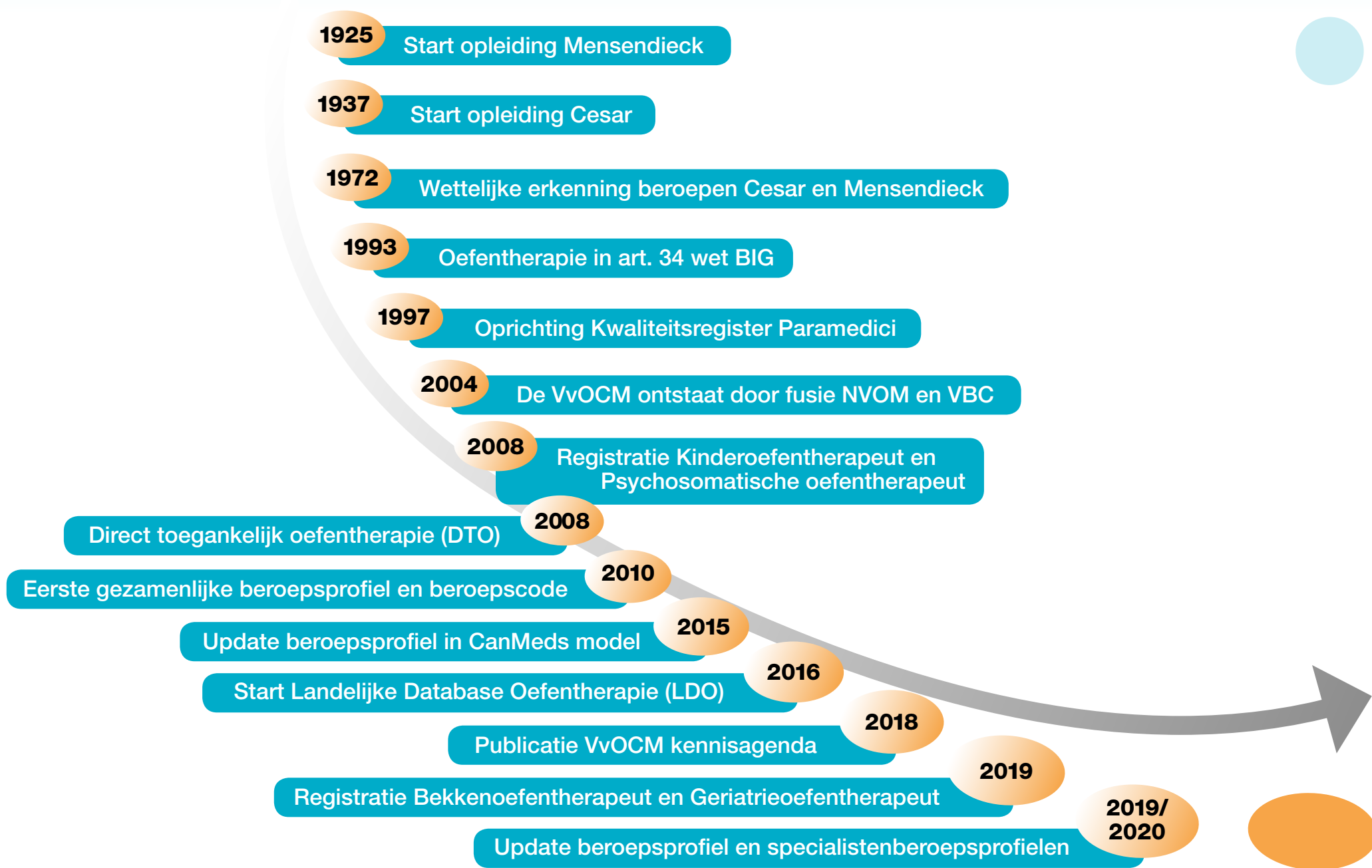
Beide bachelor-opleidingen zijn NVAO-geaccrediteerd.

Een oefentherapeut is opgeleid als generalist. Afgestudeerde oefentherapeuten maken verschillende keuzes. Zij bewaarden zich via verdere scholing (postinitiële cursussen, opleidingen en masters) ervaring en kennisdeling binnen specifieke netwerken veelal in een specifieke richting of deskundigheid.

1.5 Mijlpalen binnen de oefentherapie

Anno 2019 spreken we van Oefentherapie als oefentherapie gegeven door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Studenten van beide opleidingen studeren af met de bachelorgraad Bachelor of Science. In de praktijk werken oefentherapeuten van beide opleidingen vaak samen en volgen dezelfde nascholing. Bijlage 2 bevat een kort historisch overzicht van onderstaande verticale

tijdbalk met de belangrijkste gebeurtenissen die invloed hebben gehad op het beroep.



1
2
3
4



2 Methodisch oefentherapeutisch handelen

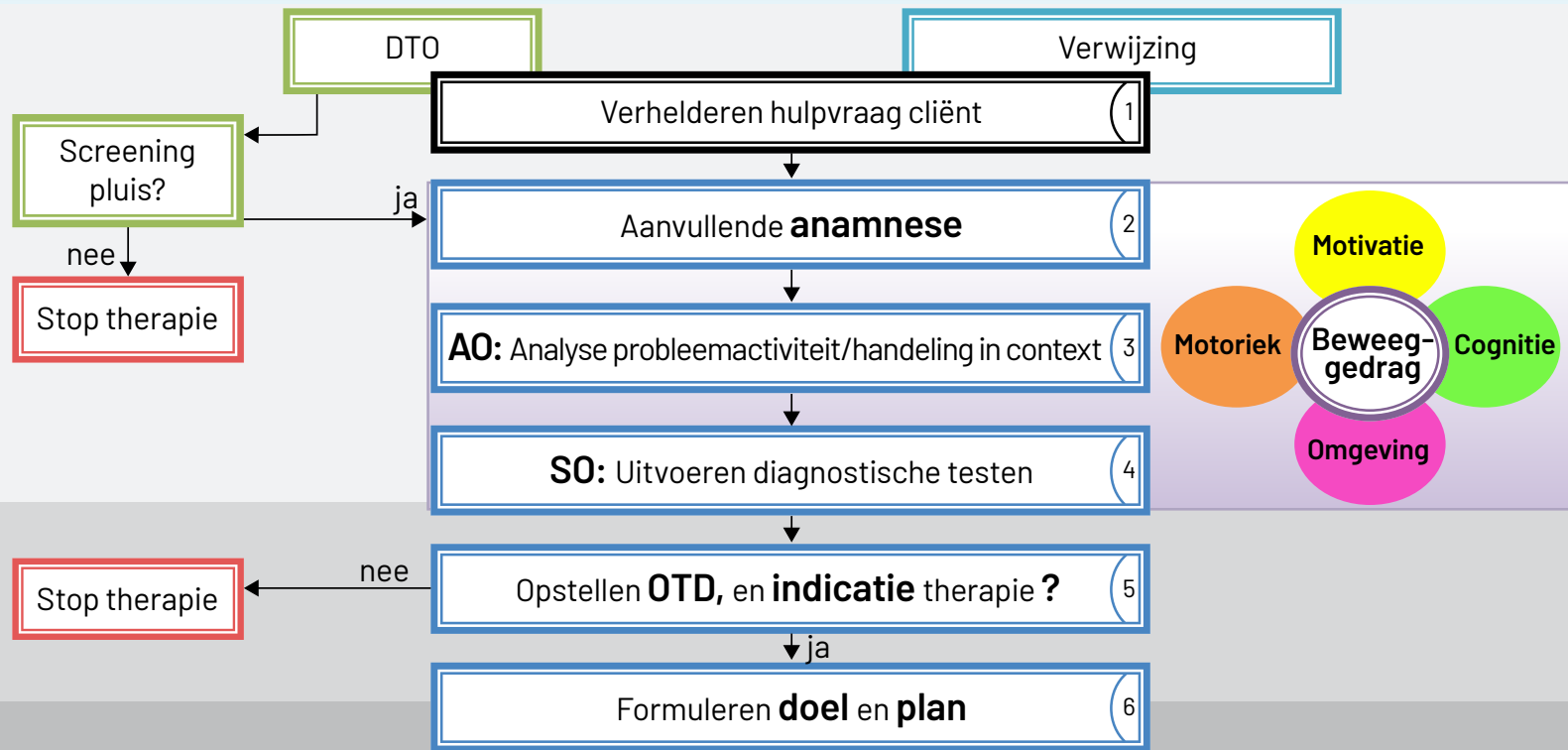
Het methodisch handelen van zorgverleners bij het oplossen van een klinisch probleem kenmerkt zich door doelgerichtheid, systematiek, procesmatigheid en bewust handelen. Kenmerkend voor het 'methodisch handelen' is dat de zorgverlener zich bewust is van de manier waarop hij handelt en bewust probeert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

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

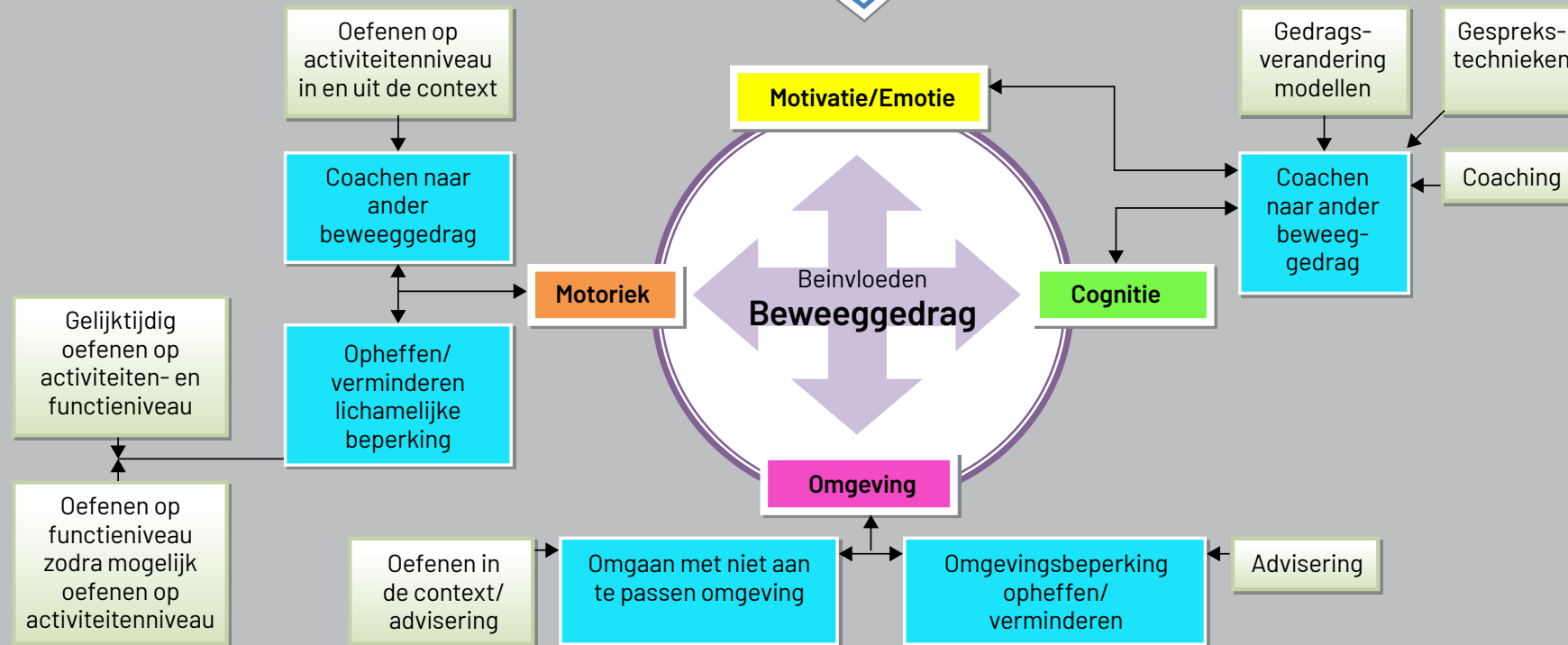
handelen kent acht stappen, waarbij aandacht is voor alle ICF-domeinen. Tijdens alle stappen legt de oefentherapeut gegevens vast over de cliënt en de behandeling, conform de VvOCM-richtlijn verslaglegging.

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

In 2012 hebben Smorenborg en Bastiaansen het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM) ontwikkeld. Na toetsing en validering van het model is het in 2015 gepresenteerd aan het werkveld en de beroepsvereniging en is het als algemeen basisdocument door de beroepsvereniging geaccepteerd en geïmplementeerd.^[4] Het model illustreert het totale zorgverlenersproces, waarin de stappen van het oefentherapeutisch methodisch handelen zijn gekoppeld aan de holistische kijk van een oefentherapeut om het beweeggedrag van een cliënt te onderzoeken en te beïnvloeden.



DIAGNOSTISCHE FASE (0 meting - klinimetrie)
INTERVENTIEFASE (evaluatie tussen- en eindmeting, rapportage)



Oefentherapeutisch Diagnostiek & Interventie Model

©C.J.M. ten Haaf & N.T.A. Smorenburg, 2012 Hogeschool Utrecht

- 1
- 2
- 3
- 4



2.1 De fasen en stappen van het methodisch oefentherapeutisch handelen

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

In deze fase wil de oefentherapeut inzicht krijgen in het gezondheidsprobleem, de hulpvraag en factoren die het gezondheidsprobleem (mogelijk) beïnvloeden. De oefentherapeut vormt zich een beeld over behandelbare componenten (motoriek, omgeving, motivatie, cognitie) in relatie tot de hulpvraag en probleemhandeling(en) en over mogelijke herstelbevorderende en herstelbelemmerende factoren. Aansluitend bepaalt de oefentherapeut of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie en of het oplossen van het probleem binnen de eigen deskundigheid valt.

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

Stappen 1 en 2: Aanmelding en anamnese

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

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

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

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

1

2

3

4



Stap 3: Oefentherapeutisch onderzoek

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

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

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

Stap 4: Oefentherapeutische diagnose en overwegen behandelmogelijkheden

De oefentherapeutische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel op basis van het klinisch redeneerproces. Binnen dit redeneerproces komt de oefentherapeut tot een of meer hypothesen.

Tijdens anamnese en onderzoek analyseert, ordent en interpreteert de oefentherapeut de informatie uit interviews en observaties. De therapeut definieert het gezondheidsprobleem in relatie tot de bevindingen van alle ICF-domeinen. Veronderstelde relaties (hypothesen) tussen de verschillende bevindingen worden gelegd op basis van evidence en ervaring/aannames.

Op basis van de hypothesen uit anamnese en onderzoek formuleert de oefentherapeut de oefentherapeutische diagnose en informeert de cliënt over de mogelijkheden en prognose van een oefentherapeutische behandeling (op basis van beschikbare evidentie), of adviseert de cliënt zich te wenden tot de huisarts of een andere beroepsbeoefenaar.

Van analyse en definitie naar interventie

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

Stap 5: Opstellen behandelplan en behandelplan

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

Het algemene behandelplan geeft concreet het beoogde eindresultaat weer en heeft bij voorkeur betrekking op het oplossen van beperkingen in activiteiten en participatie.

De oefentherapeut formuleert subdoelen op functieniveau (motorisch functioneren) en op activiteiten- en participatieniveau (motorisch kunnen en controle, cognities, motivaties, percepties en omgevingsfactoren). Het behalen van subdoelen draagt bij aan het beantwoorden van het algemene behandelplan.

Afhankelijk van de door cliënt en therapeut en gewenste resultaten kan het gaan om:

- Het herstellen, verbeteren of behouden van voorwaardelijke functies;
- Het optimaliseren van het beweeggedrag en/of vergroten bewegingsrepertoire;
- Het bevorderen van activiteiten (dagelijkse handelingen), om participatie te behouden, te herstellen of te verbeteren;
- Het bevorderen van zelfredzaamheid;
- Het bevorderen van zelfmanagement.

Interventiefase: probleemoplossing en evaluatie

Stap 6: Behandeling

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

Gebruikmakend van oefentherapeutische methoden en (digitale) technieken, legt de oefentherapeut gerichte accenten. Afhankelijk van de keuze voor interventie, de gewenste gedragsverandering en leerstijl van de cliënt, kiest de therapeut weloverwogen een begeleidingsstijl en therapeutactiviteiten.

Stappen 7 en 8: Evaluatie & afsluiten behandelaflevering

De evaluatie bestaat uit een productevaluatie (behaald resultaat) en een procesevaluatie.

De productevaluatie betreft de mate waarin de gestelde doelen zijn gehaald, het oordeel van de cliënt over de verandering van de klacht en het oordeel van de oefentherapeut over de gedragsverandering. Ook hierbij maakt de oefentherapeut gebruik van meetinstrumenten (stap 7).

De procesevaluatie is het nagaan hoe alle activiteiten die deel hebben uitgemaakt van het methodisch oefentherapeutisch handelen zijn verlopen in inhoudelijk en organisatorisch opzicht en wat betreft bejegeningaspecten.

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

2.2 Zorggerichte communicatie en samenwerking

Om de cliënt optimale zorg te bieden werken oefentherapeuten op verschillende niveaus samen: met de cliënt en (zo nodig) diens verzorgers/begeleider, met de verwijzer en andere professionals binnen en buiten het zorgdomein.

Elke oefentherapeut maakt kenbaar wat hij kan en wat zijn werkwijze is, zodat cliënt een keuze kan maken voor een behandelaar. Vertrouwen tussen therapeut en cliënt is wezenlijk om van daaruit een verandering in beweeggedrag en zo nodig andere leefstijlfactoren te bewerkstelligen. Oefentherapeut en cliënt gaan

een gelijkwaardige, functionele samenwerkingsrelatie aan waarbij zij samen het oefentherapeutisch proces vorm geven. Hierbij sluit de therapeut aan op de informatiebehoefte van de cliënt en houdt rekening met persoonlijke factoren zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, beroep, werk, scholing. Ook stelt de oefentherapeut voortdurend vast of de ingezette behandeling leidt tot de beoogde resultaten. Afstemming tussen therapeut en cliënt is gedurende het gehele proces essentieel. In specifieke situaties is afstemming met direct betrokkenen verplicht:

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

Oefentherapeuten werken samen in verschillende werksettings en binnen aparte netwerken van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen van mensen met een specifieke aandoening (ICD/DSM geclassificeerd).

Een multidisciplinaire of een interprofessionele aanpak is geïndiceerd bij complexere zorgvragen en bij cliënten waarbij de aan de klachten gerelateerde beperkingen, functiestoornissen, participatieproblemen of gedragsmatige aspecten van de cliënt niet (of niet volledig) te beïnvloeden lijken te zijn met behulp van oefentherapie, maar naar verwachting wel met behulp van een andere zorgverlener in de verschillende lijnen binnen de zorg of in voorkomende gevallen daarbuiten.

Een complexere zorgvraag brengt ook meer dossiervorming, meer inhoudelijke communicatiestromen en meer informatiestromen met zich mee, wat een toename van moderne informatie- en communicatietechnologie tot gevolg heeft ^[27].

3 Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid van de VvOCM is gericht op verbetering van de individuele oefentherapeut, de praktijk en het systeem waarin gewerkt wordt en kan leiden tot registratie of certificering. Kwaliteitsbeleid moet bijdragen aan vooruitgang en innovatie van de beroepsgroep en is niet alleen bedoeld als beoordelings- of toetsingsinstrument. Het kwaliteitssysteem moet daarnaast - om ook op lange termijn in bestendig beleid gevat te kunnen worden - voor alle partijen begrijpelijk en dynamisch zijn.

Kwaliteitsbeleid is nooit nieuw, huidige en toekomstige initiatieven hebben hun oorsprong in gevoerd beleid en geborgde resultaten. Het kwaliteitsbeleid van de VvOCM is ingezet vanaf 1998. Sinds die tijd zijn oefentherapeuten vanuit intrinsieke motivatie zich bewust van hun kwaliteit en hun ontwikkeling en heeft de VvOCM de voorwaarden geschapen om deze ontwikkeling vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het project visitatie oefentherapeuten (2000-2004);
- Centrale registratie/herregistratie in het kwaliteitsregister paramedici (2000-heden);
- Intercollegiaal overleg (1998-heden);
- Plus audit (2006-2018);
- Start nascholing voor 3-jarig opgeleide oefentherapeuten (2007 tot heden);
- Scholing dossiervorming (2007-heden);
- Scholing klinisch redeneren (2007-heden);
- Uniforme klantervaringsonderzoeken (2014-heden);
- Alle werkende leden van de VvOCM kwaliteitsgeregistreerd (2014-heden);
- Visitatie en Praktijkregister VvOCM (2018-heden);
- Ontwikkeling Landelijke Database Oefentherapie (LDO), (2016-heden).

3.1 Verantwoordelijkheden beroepsvereniging en oefentherapeut

De VvOCM borgt en bewaakt de inhoudelijke kwaliteit van de oefentherapeutisch zorg. Daarbij is er ruimte voor invloeden die door innovatie worden bewerkstelligd. De VvOCM geeft als beroepsvereniging richting aan ontwikkelingen die de klant, overheid of zorgverzekeraar van de beroepsgroep verwacht.

De rol van de beroepsvereniging binnen kwaliteitszorg is tweeledig, zowel een aanjagende als afwachtende rol is mogelijk. Bij landelijke ontwikkelingen die van toepassing zijn op de hele beroepsgroep, zal het een initiërende rol zijn. Denk hierbij aan transparant maken van kwaliteit door middel van het benchmarken van klantervaringen

(PREM) of uitkomsten van zorg (PROM). Het is de verwachting dat dit niet alleen invloed zal hebben op de keuze van de klant voor een zorgverlener, maar ook op de kwaliteit van de zorgverlener zelf aangezien deze inzicht krijgt in de prestaties in vergelijking met andere oefentherapeuten.

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

3.2 Grenzen van het beroep oefentherapie

Wanneer behoort een verrichting binnen het domein oefentherapie?

Kwaliteitszorg leidt niet alleen tot verbetering van bestaande en omschreven zorg, maar ook tot innovatie van het beroep oefentherapeut. De beroepsvereniging bepaalt in eerste instantie wat tot het domein van de oefentherapeut behoort.

Wanneer er nieuwe prestatiecode gewenst is kan deze door de beroepsvereniging aangevraagd worden bij de NZa.

Het verspreiden van succesvolle initiatieven van oefentherapeuten - binnen de algemene uitoefening van het beroep - wordt door de VvOCM ondersteund door het vormen van netwerken en platforms binnen de VvOCM.

Voor doelgroepen die een specifieke bevoegdheid/bekwaamheid vereisen van de oefentherapeut in diagnostiek of behandeling

Ook de individuele therapeut kan diverse rollen innemen in relatie tot kwaliteitszorg. Daar waar landelijke initiatieven, producten of richtlijnen zijn ontwikkeld, is het de taak van de beroepsvereniging om haar leden te informeren. Richtlijnen moeten door de individuele oefentherapeut worden geïmplementeerd volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Daar waar nieuwe ontwikkelingen op vakinhoudelijk gebied plaatsvinden, zal de individuele oefentherapeut initiërend zijn en zijn kennis moeten delen met - en toetsen aan - collega's.

zijn er specifieke registraties voor oefentherapeuten in het Kwaliteitsregister Paramedici (kinder-, psychosomatisch-, geriatrie- en bekkenoefentherapeut). Hiermee wordt het principe van stepped care en matched care onderschreven; op basis van goede diagnostiek wordt de cliënt op de juiste plek behandeld. Behandeling door een algemeen oefentherapeut (geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici oefentherapie) blijft echter bij alle doelgroepen een mogelijkheid.

Niet alle verrichtingen binnen het domein van de oefentherapie vallen onder zorg die vergoed wordt door de zorgverzekeraars vanuit de basis-of aanvullende verzekering (zie Zorgverzekeringswet en besluit zorgverzekering). Denk hierbij aan preventieve beweegprogramma's, bedrijfsoefentherapie of voorlichting aan specifieke groepen.

3.3 Borging van de kwaliteit van oefentherapie

De eisen die aan de oefentherapeut gesteld worden in de beroepsuitoefening worden vastgelegd in:

- Vigerende wet- en regelgeving (zie beroepscode en bijlage 1)
- Beroepsprofiel
- Scholing
- Beroepscode voor oefentherapeuten
- Kwaliteitsregister paramedici
- Praktijkregister VvOCM

Scholing en registratie diplomering

De opleiding en deskundigheid van de oefentherapeut is vastgelegd in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' (bijlage 1). De opleidingen tot oefentherapeut (BSc) zijn op de Hogeschool van Amsterdam en de Hogeschool Utrecht. In de wet BIG zijn de opleiding, diploma en opleidingstitel oefentherapeut in artikel 34 vastgelegd en beschermd. De registratie van het diploma is in het kwaliteitsregister paramedici. Ook de vijfjaarlijkse herregistratie vindt plaats in dit register.

Beroepscode voor oefentherapeuten

De Beroepscode voor oefentherapeuten beschrijft hoe de oefentherapeut zich dient te gedragen bij de uitoefening van het beroep. De beroepscode weerspiegelt de gemeenschappelijke beroepsnormen, beroepswaarden en gedragsregels van oefentherapeuten met betrekking tot de uitoefening van het beroep. Bij het formuleren van de beroepscode is rekening gehouden met recente wetgeving op het gebied van de (gezondheids)zorg. De

beroepscode is onlosmakelijk verbonden met de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen in de zorg (WKKGZ). Leden van de VvOCM en oefentherapeuten die zich in het Kwaliteitsregister Paramedici willen inschrijven zijn gebonden aan deze beroepscode. Leden van de VvOCM zijn verplicht kwaliteitsgeregistreerd in het kwaliteitsregister en aangesloten bij de Klachten- en geschillenregeling Paramedici.

Ook niet ingeschreven oefentherapeuten die geen lid zijn van de VvOCM, zijn formeel gehouden de beroepscode in acht te nemen en aan te sluiten bij een klachtenregeling.

De beroepscode is te vinden op de VvOCM website (vvocm.nl/beroepscode).

Kwaliteitsregister

Iedere oefentherapeut die het bewijs van bevoegdheid heeft ontvangen, moet zich meteen inschrijven bij het 'Kwaliteitsregister Paramedici' (KP). Het kwaliteitsregister bewaakt de deskundigheidsbevorderende activiteiten van de aangesloten paramedici, zoals de oefentherapeuten. Om deze deskundigheid te bewaken zijn kwaliteitscriteria vastgesteld en wordt de geregistreerde paramedicus in iedere geval eens in de vijf jaar gevraagd om aan te tonen dat hij/zij aan de eisen die in de criteria zijn gesteld heeft voldaan. De VvOCM stelt kwaliteitsregistratie van haar werkende leden als voorwaarde voor het lidmaatschap. Een goede oefentherapeut is een vakinhoudelijk bekwame oefentherapeut. Op dit moment worden de scholing, intercollegiaal overleg en werkervaring vastgelegd in het

persoonlijke digitale dossier (portfolio) van het kwaliteitsregister paramedici. Deze registratie is continu, met een vijfjaarlijkse herregistratie.

De kwaliteit van de individuele oefentherapeut is een proces van continue verbetering. De invloed van stand van de wetenschap, voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen zijn geborgd door de herformulering en eventueel aanscherping van kwaliteitseisen door de beroepsvereniging. De eisen waaraan een algemeen oefentherapeut of een geregistreerd oefentherapeutisch specialist moet voldoen worden in tijdsblokken van vijf jaar vastgesteld. Deze eisen zijn voor zowel leden als niet-leden van de beroepsvereniging inzichtelijk op [de website](#).

De criteria waaraan voldaan moet worden voor de registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici zijn onderverdeeld in:

- **Individuele Professionele ontwikkeling (IPO):** dit toont aan dat de geregistreerde zijn professionele ontwikkeling planmatig vormgeeft om een hoog niveau van vakbekwaamheid te behouden (figuur 1).
- **Werkervaring:** dit toont aan dat de geregistreerde heeft voldaan aan de minimale eis van het aantal uren werkervaring.
- **Deskundigheidsbevordering:** dit toont aan dat de geregistreerde heeft voldaan aan de minimale eis voor het bijhouden van kennis en nieuwe ontwikkelingen. (Onderverdeeld in bij- en nascholing en overige deskundigheidsbevorderende activiteiten zoals intercollegiaal overleg).

Figuur 1 IPO Individuele Professionele Ontwikkeling



Fasen binnen Individuele Professionele Ontwikkeling

IPO: Professionele ontwikkeling door het voortdurend verbeteren van kennis en vaardigheden, is essentieel voor het behouden van een hoog niveau van vakbekwaamheid. Het cyclische proces valt onder te verdelen in vier fasen: 1) Reflecteren en analyseren, 2) Doelen stellen en plannen, 3) Uitvoeren en blijven reflecteren en 4) Evalueren en beoordelen. In de kwaliteitscriteria wordt dit proces Individuele Professionele Ontwikkeling (IPO) genoemd.

Praktijkregister VvOCM

Sinds 2008 is het Plusbeleid in ontwikkeling. Tot 2018 certificeerde de Pluspraktijken zich door middel van een audit. Vanaf 2018 is er gekozen voor een kwaliteitsmodel op basis van continuous improvement, waarbij jaarlijkse visitatie en transparantie een belangrijke rol spelen. Praktijken die zich hier - vrijwillig - voor aanmelden worden geregistreerd in het praktijkregister van de VvOCM.

Praktijken die geregistreerd zijn in het praktijkregister van de VvOCM leveren transparante en kwalitatief hoogwaardige zorg en hebben als doel de kwaliteit van de hele beroepsgroep te bevorderen. Het zijn de voorlopers van de beroepsgroep op het gebied van stimuleren en ontwikkelen van innovatieve en kwaliteitsbevorderende processen

en projecten. De transparantie en de bereidheid zich in te zetten voor de beroepsgroep bewijzen ze jaarlijks door het voorleggen van een jaarplan van de praktijk en een visitatie door een visiteur en een andere praktijk uit het praktijkregister. De individuele oefentherapeuten moeten kwaliteitsgeregistreerd zijn en deelnemen aan een ADAP geregistreerde, op intervisie gebaseerd intercollegiaal overleg.

Het verschil tussen differentiëren en onderscheiden is hier belangrijk. Er is geen differentiatie op het gebied van het leveren van goede oefentherapie, maar op het gebied van transparante bedrijfsprocessen. Praktijken met een inschrijving in het praktijkregister komen bij een aantal verzekeraars in aanmerking voor een kwaliteitsopslag op het reguliere tarief.

3.4 Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden

Bij het inzichtelijk maken van het handelen zijn het beroepsprofiel en de beroepscode startpunt. Andere kwaliteitsinstrumenten zijn monodisciplinaire en multidisciplinaire richtlijnen, richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts/specialist-paramedici (HASP-paramedici) en standaard verslaglegging.

Richtlijnen

De monodisciplinaire richtlijnen van de VvOCM en de multidisciplinaire richtlijnen waaraan de VvOCM heeft meegewerkt zijn te vinden op het openbare gedeelte van de VvOCM-website (vvocm.nl/richtlijnen).

Zorgstandaarden en zorgmodules

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

3.5 Meten, toetsen en verbeteren

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

Landelijke database oefentherapie

In de database wordt informatie verzameld over de zorg die oefentherapeuten bieden aan hun cliënten en informatie over de praktijken van deze oefentherapeuten.

De VvOCM wil met de LDO oefentherapeuten inzicht geven in hun praktijkcijfers en in de oefentherapeutische gegevens op landelijk niveau. Hierbij wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Wat doet de oefentherapeut?
- Wat levert het op?
- En hoe verhoudt de praktijk zich tot het landelijk gemiddelde?

Oefentherapeuten kunnen de verzamelde informatie gebruiken om zelf de kwaliteit van hun dienstverlening te volgen en te verbeteren. De LDO koppelt de resultaten terug per praktijk en op het niveau van de individuele oefentherapeut via een handig feedbackdashboard. De VvOCM gebruikt deze informatie om inzicht te krijgen in landelijke gegevens over het vak en gebruikt deze voor beleidsdoeleinden.

PROM

Het uniform uitvragen van de ervaring van de klant door middel van vragenlijsten wordt sinds 2014 door de VvOCM als algemeen beleid gezien. Sinds 2018 wordt hiervoor de landelijke vragenlijst van ZN gebruikt. Landelijke ontwikkelingen worden hierin gevolgd.

PROM

De klinimetrie (PROM) wordt binnen de LDO uitgevraagd en zal via een feedbackdashboard aan de leden zichtbaar worden gemaakt.

4 Competentieprofiel Oefentherapeut

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

De startend oefentherapeut zal deze beroepscompetenties kunnen toepassen in overzichtelijke werksituaties met cliënten met eenvoudige problematiek, terwijl een meer ervaren oefentherapeut dezelfde beroepscompetenties in complexe werksituaties op cliënten met meervoudige problematiek kan toepassen. In de oefentherapeutische beroepspraktijk bestaan verschillen tussen werkvelden met bijbehorende taken en competenties. Hierdoor zal een individuele oefentherapeut niet alle taken van het beroep even frequent uitvoeren en is het mogelijk dat hij ook niet alle competenties dagelijks nodig heeft. Elke oefentherapeut moet echter in staat zijn om alle hieronder genoemde competenties in praktijk te gaan brengen wanneer de specifieke werksituatie erom vraagt. Afhankelijk van de persoonlijke werksituatie en specifiek verworven deskundigheid kan de individuele oefentherapeut ook over andere (aanvullende) competenties beschikken dan in dit profiel worden beschreven.

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

1

2

3

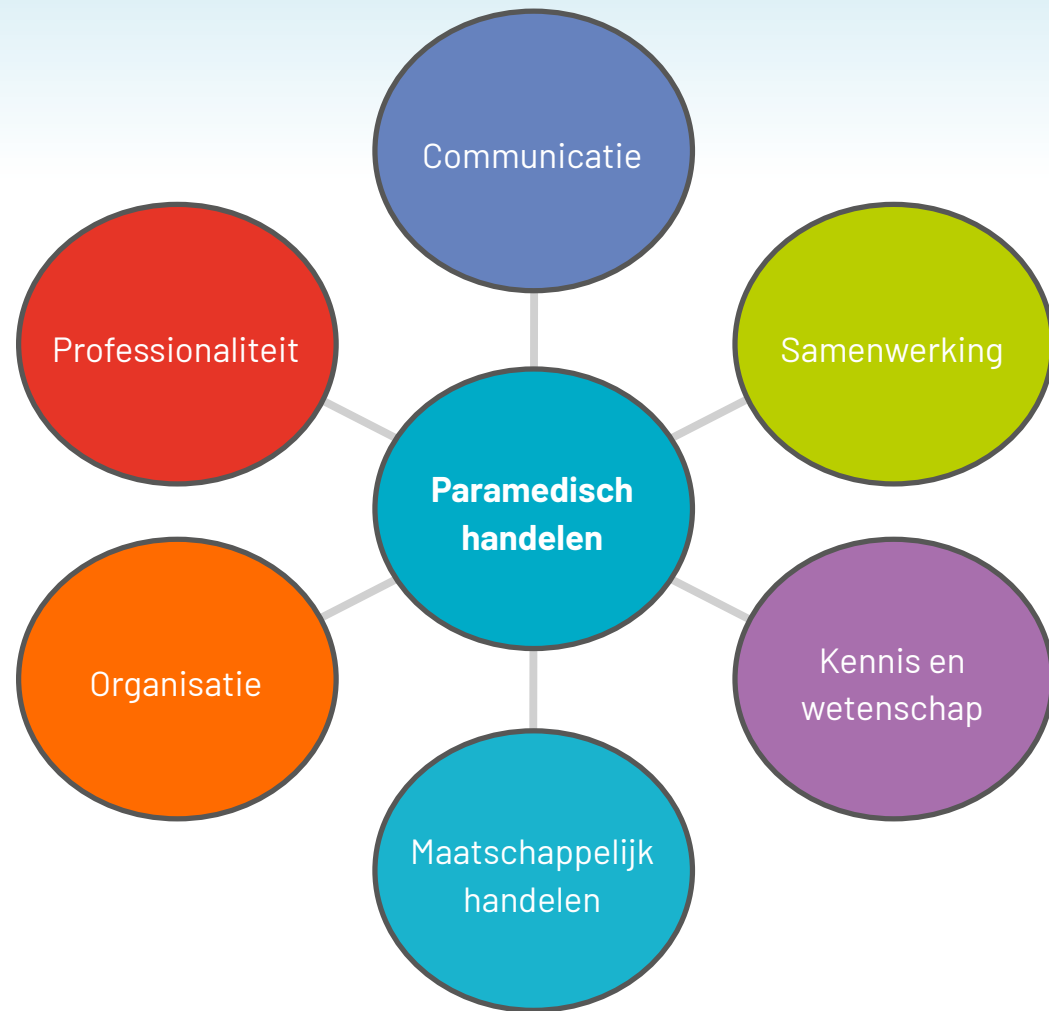
4



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

De hierna uitgewerkte 7 competentie-gebieden 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 en functioneren) 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), wordt het behandeldoel geformuleerd en een persoonsgericht behandelplan met tijndindicatie opgesteld. Dit behandelplan omvat

alle ICF-domeinen al naar gelang de bevindingen uit anamnese en onderzoek. Het 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 behandelen.

Competentie 1	Diagnosticeren, interventie voorbereiden en uitvoeren en evalueren
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> ● handelt volgens vigerende beroepsstandaarden, zoals beroepsprofiel, beroepscode en richtlijnen; ● voert in geval van directe toegankelijkheid een screening uit en maakt een screeningsrapportage; ● vraagt, observeert, onderzoekt, analyseert en diagnosticeert; ● past relevante, valide en betrouwbare meetinstrumenten toe; ● identificeert belemmerende en bevorderende factoren voor (gezond) beweeggedrag/gedragsverandering; ● geeft op basis van de resultaten van het diagnostisch proces gericht advies aan de cliënt; ● stelt een persoonsgericht behandelplan op en voert dit uit; ● bereidt interventies voor, kiest middelen en een didactische en/of coachende aanpak afgestemd op de belevingswereld, wensen en de motorische en cognitieve (on)mogelijkheden van de cliënt; ● stimuleert de cliënt in het uitvoeren van activiteiten door de oefensituatie voor de cliënt betekenisvol te maken; ● coacht/begeleidt de cliënt bij het oefenen van (gewenste) dagelijkse houdingen en bewegingen en bij oefeningen die gericht zijn op herstel of verbetering van voorwaardelijke functies. ● coacht/begeleidt de cliënt in de transfer van therapeutische setting naar toepassing in de reële context, waar mogelijk in die reële context; ● informeert en adviseert de cliënt over het optimaliseren van de belasting belastbaarheid in het dagelijks leven en over het onderhouden van die balans; ● ondersteunt en begeleidt de cliënt in het proces van gedragsverandering; ● bevordert de zelfredzaamheid van de cliënt; ● adviseert zo nodig andere betrokkenen hoe te handelen in de leef-/woonomgeving; ● evalueert het verloop van het behandelproces en bespreekt de resultaten van de behandeling met de cliënt en past zo nodig het behandelplan, of de prognose aan; ● evalueert aan het einde van het behandelproces het resultaat van de behandeling en bespreekt dit met de betrokkene(n); ● expliciteert gemaakte keuzes en kan deze verantwoorden; betreft daarin richtlijnen en beschikbare evidence; ● verzorgt groepsbehandelingen aan specifieke doelgroepen; Hierbij zijn voorgaande indicatoren van toepassing.

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

Competentie 2.2	Geven van informatie, voorlichting en advies aan de cliënt
	De oefentherapeut geeft voorlichting en advies aan de cliënt op het gebied van bewegen, gezondheid en leefstijl, gerelateerd aan het gezondheidsprobleem en de hulpvraag.
Indicatoren	<p>De oefentherapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> ● geeft voorlichting over de (mogelijke) aandoening/gezondheidsprobleem; ● geeft voorlichting en advies over het gebruik van technische en/of ergonomische hulpmiddelen; ● geeft voorlichting over leefstijl betreffende gezond beweeggedrag in relatie tot het gezondheidsprobleem; ● geeft advies over dagelijkse activiteiten zoals in werk, hobby's, sport ● geeft advies over het gebruik van zorgtechnologie zoals apps en wearables; ● bespreekt de extra, persoonlijke, gezondheidgegevens die voorkomen uit het gebruik van hiervoor genoemde technologie en geeft indien nodig feedback; ● vertaalt en verduidelijkt informatie van andere disciplines.

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

3 Samenwerken

De oefentherapeut werkt samen met andere (zorg)professionals om doelen van oefentherapeutische interventies te realiseren. Het betreft hier zowel intercollegiale als multidisciplinaire of interprofessionele samenwerking ten behoeve van een optimaal zorgproces. 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 interdisciplinair team dat een protocol of nieuw product ontwikkelt ten behoeve van een specifieke cliëntengroep. Kennis van elkaars expertise en delen van specialistische kennis zijn in alle gevallen noodzakelijk.

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

4 Kennis en Wetenschap

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

wetenschappelijk onderzoek en door nieuwe inzichten te implementeren. De professional werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en levert een bijdrage aan de deskundigheid van collega's.

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

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

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



5 Maatschappelijk handelen

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

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

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

6 Organisatie en kwaliteit

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

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

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

7 Professionaliteit

De oefentherapeut legt verantwoording af voor zijn handelen binnen de zorgverlening door dit systematisch te evalueren. Hij is in staat om te reflecteren op eigen gedrag en ervaringen, waarbij de waarden en normen van het beroep in acht worden genomen. Daarbij stelt hij zich open om zijn deskundigheid voortdurend te toetsen en te verbeteren (leven lang leren).

De oefentherapeut draagt bij aan de profilering, belangenbehartiging en inhoudelijke ontwikkeling van de oefentherapie.

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

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

Gebruikte bronnen [5][28][29][30][31]

Bibliografie

- [1] <https://www.ensie.nl/begrippen-over-beroep-en-opleiding/beroepsprofiel/>, [Online]. [Geopend Maart 2019].
- [2] Taskforce, „Juiste zorg op de juiste plek,” 2018.
- [3] C. Kuiper en M. Jans, *Betrokken bij bewegen, essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut.*, Den Haag: Lemma, 2009.
- [4] N. Smorenburg en C. Bastiaansen-ten Haaf, „Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model(ODIM),” *Beweegreden*, vol. 11, nr. 2, 2012.
- [5] VvOCM, *Beroepsprofiel Oefentherapeut*, Den Haag: Boob Lemma, 2011.
- [6] H. Bussmann, R. van den Berg-Emons en Stam.H., „Beweeggedrag van patiënten met chronische fysieke condities,” *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*, vol. 2011/1, pp. 5-12, 2011.
- [7] G. Engel, „The Need for a new medical model: A challenge for Biomedicine.,” *Science, New Series*, vol. vol. 196, pp. 129-136, 1977.
- [8] B. Sassen, *Gezondheidsbevordering en preventie door paramedici.*, Amsterdam : Reed Business, 2011.
- [9] L. Lechner, I. Mesters en C. & Bolman, *Gezondheidspsychologie bij patiënten.*, Assen: Van Gorcum, 2010.
- [10] A. Poelgeest, J. Noordstar, M. Mares, P. Luijnenburg-Kroes en M. Balm, *Gezond bewegen kun je leren*, Den Haag: Boom Lemma, 2010.
- [11] C. Ober, *Oefentherapie Cesar, een therapie in beweging*, Den Haag: Lemma, 2008.
- [12] B. Fogg, „Forget big change, start with a tiny habit.,” Fremont, Amerika., 2012, december 5.
- [13] J. Prochaska, C. DiClemente en J. Norcross, „In search of how people change: Applications to addictive behaviors,” *American Psychologist*, pp. 47(9)1102-1114, 1992.
- [14] G. Tani, U. Corrêa, L. Basso, R. Benda, H. Ugrinowitsch en K. Choshi, „An adaptive process model of motor learning: insights for the teaching of motor skills.,” *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, vol. vol 18:1, pp. 47-65, 2014.
- [15] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: individuele verschillen en leerstijlen (deel 10 - slot).,” *Sportgericht*, vol. 68:3 , pp. 2-7 , 2014.
- [16] P. Beek, „Nieuwe praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: uitgangspunten en overwegingen deel 1,” *Sportgericht* , vol. 65:1, pp. 8-11, 2011.
- [17] N. Phillips, „Motor learning.,” in *In T. Everett, & C. Kell, Human movement an introductory text sixth edition*, Londen, Churchill Livingstone Elsevier, 2013, pp. 85-99.
- [18] T. Mulder, *De geboren aanpasser.*, Amsterdam: Atlas Contact, 2010.

- [19] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van random variaties in de uitvoering deel 5.,” *Sportgericht*, vol. 65:6, pp. 30-35, 2011C.
- [20] P. Beek, „Nieuwe praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van een externe focus van aandacht deel 2.,” *Sportgericht*, vol. 65:3, pp. 2-5, 2011A.
- [21] P. Beek, „Nieuwe, praktische relevante inzichten in techniektraining. Motorisch leren: het belang van impliciete kennisopbouw deel 3.,” *Sportgericht*, vol. 65:4, pp. 12-16, 2011B.
- [22] NIVEL, „NIVEL Beroepen in de gezondheidszorg,” [Online]. Available: <http://www.nivel.nl/brochures>.
- [23] „NIVEL Zorgregistraties,” [Online]. Available: <http://www.nivel.nl/NZR/oefentherapeutische-zorg>.
- [24] „GezondNL,” [Online]. Available: <http://www.gezondnl.nl/prevent-model/74-indelingen-van-preventie.html>.
- [25] D. Andriessen, *Praktisch relevant en methodisch grondig? Openbare les 10 april 2014*, Lectoraat Methodologie van praktijkgericht onderzoek aan Hogeschool Utrecht.
- [26] Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg, „Voortrekkers in verandering.,” HBO-raad, Den Haag, 2013.
- [27] „Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland,” Vereniging Hogescholen, 2015.
- [28] HvA, Opleiding Oefentherapie, *Opleidingscompetentieprofiel*, Amsterdam, 2013.
- [29] Stichting Kwaliteitsregister Paramedici, *Paramedische Competenties*, Utrecht, 2013.
- [30] J. G. Lambregts, Leren van de toekomst, *Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*, Houten: Bohn Stafleu, 2012.
- [31] HU, Centrum voor Bewegingsstudies, *Opleidingscompetentieprofiel Kinderoefentherapie*, Utrecht, 2014.
- [32] M.H.T.Post, MSc, „VvOCM Kennisagenda,” VvOCM, Utrecht, 2018.
- [33] RIVM, „nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit,” 23 juni 2014. [Online]. Available: [www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\ Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit,](http://www.nationaalkompas.nl/Nationaal%20Kompas%20Volksgezondheid/Gezondheidstoestand/Ziekten%20en%20aandoeningen/Chronische%20ziekten%20en%20multimorbiditeit)
- [34] VvOCM, *Beroepscode oefentherapeut*, Den Haag: Boom Lemma, 2011.
- [35] Stichting Kwaliteitsregister paramedici, *Kwaliteitscriteria 2015-2020*, Utrecht , December 2014.

Bijlage 1

Besluit oefentherapeut

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

§ 1 Titel

Artikel 18

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

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

§ 2 Opleiding

Artikel 19

1. De opleiding tot oefentherapeut, bedoeld in artikel 18, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs, dat gericht is op het verwerven van kennis van en inzicht en vaardigheid in de volgende aspecten van de oefentherapeutische beroepsuitoefening die betrekking hebben op het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 21:
 - a) diagnostiek en behandeling;
 - b) communicatie en samenwerking;
 - c) preventie en gezondheidsvoorlichting;
 - d) kwaliteitszorg en innovatie;
 - e) praktijk- en bedrijfsvoering;
 - f) beroepsontwikkeling.
2. Het praktische onderwijs omvat in ieder geval stages in het werkveld inzake het toepassen van tijdens de studie verworven kennis, inzicht en vaardigheden met betrekking tot het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 21, onder toezicht van een oefentherapeut.

Artikel 20

1. Het aspect diagnostiek en behandeling is zo ingericht dat betrokkene in staat is om in het kader van diagnostiek en behandeling, volgens de vigerende beroeps- en gezondheidszorgstandaarden, op methodische wijze de volgende interventies voor te bereiden, uit te voeren, te evalueren, bij te stellen en af te ronden:

- a) het in het kader van het oefentherapeutische onderzoek bij de patiënt afnemen van een anamnese;
- b) het stellen van een oefentherapeutische diagnose, opstellen van een behandelplan of behandeladvies;
- c) het zo nodig afstemmen met andere disciplines;
- d) het registreren en evalueren van behandelgegevens;
- e) het met andere zorgverleners waarborgen van effectieve en efficiënte oefentherapeutische zorg;
- f) het zo nodig verwijzen naar een andere zorgverlener.

2. Het aspect communicatie en samenwerking is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:

- a) effectief te communiceren met de patiënt en, in daarvoor in aanmerking komende gevallen, met diens naaste betrekkingen;
- b) in het kader van formele relaties, intern en extern te communiceren met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg of instanties in de gezondheidszorg;
- c) een functionele samenwerkingsrelatie met de patiënt aan te gaan, te onderhouden en af te ronden;
- d) met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in en buiten de organisatie professioneel samen te werken.

3. Het aspect preventie en gezondheidsvoorlichting is zodanig ingericht dat betrokkene in staat is om:

- a) in het kader van preventie en gezondheidsvoorlichting voor diverse doelgroepen adviezen en oefenprogramma's te ontwikkelen, uit te voeren en te evalueren met betrekking tot houdings- en bewegingsgedrag;
- b) in het kader van preventie doelgerichte voorlichting te geven aan een persoon met gezondheidsbevordering als doel;
- c) in het kader van therapietrouw en veranderingen ten aanzien van houdings- en bewegingsgedrag de patiënt tijdens de behandeling op methodische wijze voor te lichten en te begeleiden.

4. Het aspect kwaliteitszorg en innovatie is zo ingericht dat betrokkene in staat is om:

- a) de eigen zorg- en dienstverlening op effectiviteit en efficiëntie te analyseren, daaraan conclusies te verbinden, en deze zo nodig planmatig te verbeteren;
- b) aan de patiënt verantwoording af te leggen over effectiviteit en efficiëntie van het eigen professionele handelen;
- c) een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening binnen de organisatie en in dat kader de zorg- en dienstverlening op effectiviteit en efficiëntie te analyseren en daaraan conclusies te verbinden;
- d) algemeen maatschappelijke en beroepsspecifieke innovaties te integreren in het eigen professionele handelen.

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

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

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

- a) het beroep uit te oefenen overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen, de stand van de wetenschap en de geldende waarden en opvattingen die patiëntengroepen hebben ten aanzien van oefentherapeutische zorg;
- b) ethische vraagstukken die zich voordoen bij de oefentherapeutische handelingen te onderkennen en hanteren;
- c) te handelen vanuit een juist begrip van wettelijke regelingen en andere regelingen betreffende de oefentherapeutische beroepsuitoefening;

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

§ 3. Deskundigheid

Artikel 21

Tot het gebied van deskundigheid van de oefentherapeut wordt gerekend:

- a) het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een arts gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar een arts;
- b) onderzoeken van de patiënt op diens houdings- en bewegingsvermogens en -gewoonten en op de aanwezigheid van stoornissen en beperkingen van diens steun- en bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen volgens de oefentherapie, gebaseerd op de bewegingsleer Cesar dan wel de methode Mensendieck, en op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en zo nodig opstellen van een behandelplan;
- c) behandelen van de patiënt, strekkende tot het opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen van het steun- en bewegingsapparaat en

- de daarbij betrokken organen en regelsystemen en het normaliseren van het houdings- en bewegingsvermogen, door middel van het doen uitvoeren van oefeningen, ontleend aan en gericht op dagelijkse functionele bewegingen en elementaire bewegingsvaardigheden, volgens de bewegingsprincipes en normen van de bewegingsleer Cesar, dan wel het door middel van informatie en begeleiding doen oefenen van vaardigheden, ontleend aan dagelijkse handelingen, volgens de methode Mensendieck;
- d) het onderzoeken van een persoon of het geven van advies, voorlichting en instructie op basis van de bewegingsleer Cesar dan wel van de methode Mensendieck aan een persoon, met als doel het bevorderen van een goede lichaamshouding en lichaamsbeweging in leef-, woon-, werk- en sportsituaties.

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

De grondlegster van oefentherapie Mensendieck heet Bess Mensendieck (1864 – 1957). Op basis van door haar gevolgde scholing, onder andere op het gebied van zang, beeldhouwkunst, anatomie, biomechanica, fysiologie en lichamelijke opvoeding, en gestimuleerd door haar scherpe en onafhankelijke geest ontwikkelt zij rond 1895 de bewegingsleer die later als methode Mensendieck bekend zou worden (Beroepsprofiel Oefentherapeut Mensendieck 1993, pag.35). Aanvankelijk geeft ze bewegingslessen aan mensen zonder klachten, later past zij haar methode ook toe op cliënten. Hier behaalt ze goede resultaten mee en krijgt daardoor vanuit de medische wereld steeds meer aandacht voor haar werk. In 1925 start Anna Overduin een opleiding in Amsterdam.

Maria Dorothea Cesar-Pollak (1894-1975) legt de grondslag van het beroep van oefentherapeut Cesar. Zij volgt van 1925-1927 de opleiding Mensendieck en werkt vervolgens, naast haar praktijk, als docente aan de opleiding Mensendieck. Marie Cesar heeft diverse, soms tegenstrijdige, opvattingen over bewegen leren kennen en vraagt zich af of er een gemeenschappelijke noemer te vinden is. Zij streeft naar een integratie van de ideeën en opvattingen van onder andere Delsarte, Duncan, Stebbins en Mensendieck. Mevrouw Mensendieck en mevrouw Cesar zijn beiden van mening dat mensen

zich bewust moeten worden van hun manier van bewegen, maar de wijze om deze bewustwording en bewegingsverandering te bereiken verschilde. Vanwege de meningsverschillen start Marie Cesar in 1937 haar eigen opleiding.

De tijdens de Tweede Wereldoorlog aangeboden erkenning door de Duitse bezetter wordt door mevrouw Cesar met haar joodse achtergrond evenals door Bess Mensendieck op principiële redenen geweigerd.

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

- M.L.A. Jonker-Kaars Sijpestein, *De methode Mensendieck*, Bunge 1996
- I. Klemmetsen, *The Mensendieck system of functional movements*, Lemma 2005
- G.J. Borrias, *De bewegingsleer Cesar*, 1965
- H.C. Hasper, *Vijftig jaar Bewegingsleer Cesar*, SOBC 1987
- C. Ober, *Oefentherapie, Een therapie in beweging*, Lemma 2008
- C. Kuiper en M. Jans, *Betrokken bij bewegen*, Lemma 2009
- A. Poelgeest, J. Noordstar, M. Mares, P. Luijnenburg-Kroes en M. Balm, *Gezond bewegen kun je leren*, Boom/Lemma 2010.

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

Individuele Beroepen Gezondheidszorg (Wet BIG). Oefentherapie wordt geschaard onder de artikel 34-beroepen, met als gevolg dat oefentherapeuten een wettelijk beschermde *opleidingstitel* genieten en niet als de art.3 -beroepen een wettelijke beschermde beroepstitel genieten, niet onder het medisch tuchtrecht vallen en niet geregistreerd staan in het BIG-register. De art.34 beroepen richten in 1997 gezamenlijk een eigen privaatrechtelijk kwaliteitsregister op met criteria voor kwaliteitsregistratie, het Kwaliteitsregister Paramedici.

In 1997 sluiten de opleidingen Cesar en Mensendieck zich aan bij de Hogeschool Utrecht respectievelijk Hogeschool van Amsterdam. Daarmee vallen de opleidingen onder het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Tot die tijd ressorteerden de opleidingen onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met een andere bekostiging en regelgeving. Eind jaren '90 gaan beide opleidingen fysiek over naar de hogescholen waarna samenwerking met andere gezondheidszorgopleidingen in de loop der jaren steeds meer vorm krijgt.

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

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

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

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

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

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

In 2020 volgen de Bekkenoefentherapeut en de Geriatrie-oefentherapeut elk met een eigen kwaliteitsregister en een eigen beroepsprofiel.

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

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

In de 21^{ste} eeuw nemen steeds meer oefentherapeuten deel aan een netwerk of initiëren zelf een netwerk. In 2011 ontwikkelt een netwerk van oefentherapeuten een protocol om cliënten met chronisch pijn op een uniforme manier te begeleiden. Dit initiatief leidt in 2012 tot de oprichting van de Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn. In de jaren daarna zijn er meer landelijke en regionale netwerken tot stand gekomen, waarvan een aantal in samenwerking met fysiotherapeuten. (vvocm.nl/netwerken)

Behalve ontwikkelingen in het vak en de werkomgeving van de oefentherapeut gaan na de start van de bachelor-masterstructuur (2004) de ontwikkelingen in het hoger beroepsonderwijs door.

Met de intrede van lectoraten krijgt wetenschap binnen het gezondheidszorgonderwijs aan beide opleidingen meer handen en voeten. Anno 2019 zijn docenten en studenten op verschillende wijzen betrokken bij een lectoraat. De Hogeschool van Amsterdam heeft een lector Oefentherapie. De Hogeschool Utrecht heeft binnen een van haar lectoraten een onderzoekslijn ondergebracht waarbinnen onderzoek over motorisch leren wordt uitgevoerd.

In 2008 studeert de eerste lichting oefentherapeuten af met de bachelorgraad, waarna het aantal oefentherapeuten dat vervolgens een masterstudie (hbo of wo) volgt toeneemt.

In 2012 ontwikkelen Smorenburg en Bastiaansen het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM)^[4]. Het model illustreert het totale zorgverlenersproces, waarin de stappen van het oefentherapeutisch methodisch handelen zijn gekoppeld aan de holistische kijk van een oefentherapeut om het beweeggedrag van een cliënt te onderzoeken en te beïnvloeden. De beide opleidingen oefentherapie en de VvOCM omarmen het model en starten met de implementatie in 2015.

Binnen de beroepsvereniging krijgen ideeën en plannen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en onderzoeksvragen steeds meer vorm. Dit leidt in 2018 tot de eerste VvOCM Kennisagenda: *Verandering in beweeggedrag en onderzoek* met daarin de thema's 'Gedragsverandering en zelfmanagement', 'Effectiviteit en doelmatigheid' en 'Innovatie van beweegzorg door technologie'. De agenda is bedoeld als ruggensteun voor financiers van onderzoek, onderzoekers en overige stakeholders^[32].

In 2017 krijgen oefentherapeuten toegang tot de Landelijk Database Oefentherapie, die vanaf 2016 is ontwikkeld. Oefentherapeuten zien de verzamelde informatie terug in hun individuele feedbackdashboard. Ze kunnen dit gebruiken om zelf de kwaliteit van hun dienstverlening te volgen, te verbeteren en te vergelijken met het landelijk gemiddelde. De VvOCM zal deze informatie in de toekomst gaan gebruiken voor onderzoek om inzicht te krijgen in landelijke gegevens over het vak en zal deze gaan gebruiken voor diverse beleidsdoeleinden.



Vereniging van Oefentherapeuten

Kaap Hoordreef 28 - 3563 AT Utrecht

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