

Beroepscompetentieprofiel

**Extended Scope Specialist
Advanced Clinical Practitioner**



NEDERLANDSE
VERENIGING
**EXTENDED SCOPE
SPECIALISTEN**

Colofon

Auteurs

Drs. Michel Eskes
Dr. Hank Hallegraeff

Klankbordgroep

Prof. dr. Michel van den Bekerom, orthopedisch chirurg
Dr. Duncan Meuffels, orthopedisch chirurg
Prof. dr. Wilco Peul, neurochirurg
Drs. Erik Asbreuk, huisarts
Drs. Jaap van der Horst, huisarts

Eindredactie

Lidwien van Loon, Van Loon Communicatie Coaching

Opdrachtgevers

Nederlandse Vereniging voor Extended Scope Specialisten (NVES)
Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT)
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Sportgezondheidszorg (NVFS)

© Nederlandse Vereniging van Extended Scope Specialisten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging van Extended Scope Specialisten.

Voorwoord

Het beroepscompetentieprofiel voor de Extended Scope Specialist (ES) en Advanced Clinical Practitioner (ACP) beschrijft de werkzaamheden en de positie van de ES. Het beroepscompetentieprofiel is geschreven in opdracht van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Extended Scope Specialisten (NVES).

Positionering

Het bestuur van de NVES ziet de ES als een zelfstandige zorgprofessional die onder eigen verantwoordelijkheid taken uitvoert die op basis van taakherschikking geautoriseerd zijn door een huisarts of medisch specialist. De ES is eindverantwoordelijk voor het eigen handelen, in tegenstelling tot gedelegeerd handelen waarbij een zorgprofessional met een ander opleidingsprofiel voorbehouden handelingen verricht onder verantwoordelijkheid van een arts of medisch specialist. De ES positioneert zich daarmee in het medisch domein, heeft kennis van de ICD10 en draagt daarin verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. De ES valt onder het medisch tuchtrecht.

Kwalificaties

De positie van ES vereist naast de bacheloropleiding fysiotherapie en een specialisatie op masterniveau ook een succesvol afgeronde opleiding Extended Scope. Bovendien moet er een samenwerkingsverband zijn ontwikkeld met een huisarts of medische specialist voor het uitvoeren van handelingen die niet behoren tot het fysiotherapeutisch domein. Om het kwalitatief handelen te borgen worden aan de ES eisen gesteld ten aanzien van na- en bijscholing. Ook wordt 5 jaar ervaring op masterniveau vereist zodat voldoende klinische ervaring gewaarborgd is en de ES de titel van ACP kan voeren.

Domein

Door de bovenstaande eisen worden de positie en opleiding van Physician Assistant (PA), verpleegkundig specialist en ES gelijkgeschakeld. De ES is daardoor inzetbaar in het taakherschikkingsvoorstel van de overheid in de context van de juiste zorg op de juiste plek. De NVES is van mening dat de ES dankzij nieuwe beroepscompetenties aansluit bij deze taakherschikking en een waardevolle rol kan spelen in het neuromusculoskeletale (NMS) domein dankzij aanvullende kennis van de grensgebieden orthopedie, sportgeneeskunde, reumatologie, neurologie en oncologie. In het voorjaar van 2021 hebben ruim 650 fysiotherapeuten de opleiding Extended Scope afgerond. Ze staan in de startblokken om binnen het NMS-domein de zorg op een hoger plan te brengen.

Competenties

In dit beroepscompetentieprofiel presenteren we de competenties en het mogelijke takenpakket van de ES. De competenties worden beschreven in combinatie met de uitvoeringsvaardigheden. In bijlage 8.2 staan de kerntaken, in bijlage 8.3 de Body of Knowledge en in 8.4 de Body of Skills die volgens het CanMeds-model gekoppeld zijn aan de competenties, ingevuld per deelspecialisme.

De leden van de NVES hebben het beroepscompetentieprofiel geaccordeerd op 15 februari 2021. Door ontwikkelingen in de maatschappij, de politiek, de wetenschap en het werkveld zal het beroepscompetentieprofiel inhoudelijke wijzigingen blijven ondervinden.

Het bestuur van de NVES wenst u veel leesplezier!

Inhoud

1	Inleiding.....	7
1.1	Optimalisatie.....	7
1.2	Toename NMS-aandoeningen	7
1.3	Substitutie van zorg.....	7
1.4	Taakherschikking.....	8
1.5	ICF en ICD.....	9
2	Beroepsomschrijving.....	10
2.1	Extended Scope Specialist.....	10
2.2	Advanced Clinical Practitioner	10
2.3	Kennisonderdelen masteropleiding.....	10
3	Positionering in het zorgstelsel	12
3.1	Werkveld.....	12
3.2	Onderscheidende competenties.....	12
3.3	Samenwerking en autorisatie	13
4	Wettelijke kaders	14
4.1	Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)	14
4.2	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)	14
4.3	Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).....	14
4.4	Tuchtrecht.....	14
4.5	Reglement Tuchtrechtspraak KNGF	14
4.6	Codes.....	15
5	Zorgcomplexiteit	16
5.1	Complexe zorg.....	16
5.2	Klinisch redeneren	16
5.3	Beslismomenten	17
5.4	Bevoegd en bekwaam.....	18
5.5	Taakgebieden.....	18
6	Competenties	20
6.1	Klinisch handelen	20
6.2	Communicatie	22
6.3	Samenwerking.....	22
6.4	Organisatie	22
6.5	Maatschappelijk handelen.....	23
6.6	Kennis en wetenschap	23
6.7	Professionaliteit	23
7	Literatuur.....	25

8	Bijlagen	26
8.1	Lijst met afkortingen	26
8.2	Toelichting competenties, vaardigheden en attitude	26
8.3	Body of knowledge.....	28
8.4	Body of skills.....	30

1 Inleiding

Algemene gezondheid wordt omschreven als het vermogen zich aan te passen en regie te voeren op de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het dagelijks leven.¹

De individuele uiting van doelgericht bewegen wordt gekenmerkt als menselijke kenmerk door optimale efficiëntie en functionaliteit waarbij fysieke, psychische en sociale factoren medebepalend zijn voor de kwaliteit van dit bewegen. Het is evident dat de fysiotherapeut NMS-aandoeningen slechts ten volle kan duiden vanuit een biopsychosociaal perspectief.

1.1 Optimalisatie

De fysiotherapeut is specialist in specifieke onderdelen binnen de beweegzorg. Met uitbreiding van de huidige kennis en beroepscompetenties van de ES kan de patiëntenzorg worden geoptimaliseerd zodra de ES in het medisch domein nauw samenwerkt met een huisarts of medisch specialist. In de samenwerking is geen sprake van een formele hiërarchie maar handelen de ES en de huisarts dan wel medisch specialist inhoudelijk autonoom.

In diverse landen heeft de inzet van de ES een vernieuwing in de zorg geïnitieerd. Zo wordt in Engeland, Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en Noorwegen de ES ingezet voor verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullende beeldvormende diagnostiek, orthopedisch, reumatologisch of neurologisch consult en medicatie voor aandoeningen die gerelateerd zijn aan NMS-aandoeningen. De positionering van de ES in het buitenland heeft geleid tot een betere afstemming van de hulpvraag op de aanvraag voor aanvullende diagnostiek. Patiënten ervaren een hogere mate van effectiviteit van de behandeling.² Ook neemt de overbehandeling van patiënten af en verkorten de wachttijden, wat geresulteerd heeft in een hogere patiënttevredenheid en kostenbesparing.³⁻⁴

1.2 Toename NMS-aandoeningen

In de opleiding tot huisarts is er weinig aandacht voor NMS-aandoeningen. Toch wordt de huisarts in steeds grotere mate geconfronteerd met NMS-klachten. Ongeveer een derde van de consulten heeft betrekking op NMS-aandoeningen als gevolg van vergrijzing en de daarmee gepaard gaande toename van chronische ziekten en veroudering met artrotische veranderingen van het skelet.^{3,5} Verwijzingen naar de tweede lijn door de huisarts zijn bij 43% gerelateerd aan NMS-aandoeningen. Hierdoor is er een neiging tot overbehandeling in de tweede lijn die leidt tot onnodige tests en testuitslagen die op hun beurt de zorgkosten verhogen, en tot onnodige medicatie, chirurgische ingrepen en behandelingen die eveneens impact hebben op het gezondheidsproces en de cognities van de patiënt.⁶

1.3 Substitutie van zorg

Een groot deel van de patiënten die diagnostiek hebben ondergaan, wordt behandeld in de eerste lijn omdat medisch specialistische zorg niet noodzakelijk is. Recent is aangetoond dat in 63% van het aantal verwijzingen door de huisarts naar de tweede lijn de vraagstelling niet

kan worden beantwoord.⁷ Ook blijkt 80% van de patiënten met NMS-aandoeningen gebruik te maken van de directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut.

Substitutie van zorg betreft onder andere afname van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn in combinatie met gerichte en onderbouwde verwijzingen naar de tweede lijn onder auspiciën van de medisch specialist.⁸ Substitutie heeft betrekking op verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede naar de eerste lijn, het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweedelijnszorg nodig hebben. De doelstellingen van substitutie van zorg zijn:

- kostenreductie middels doelmatigheid, kosteneffectiviteit en besparingen om de zorg betaalbaar te houden;
- laagdrempelige zorg;
- zelfmanagement en zelfzorg van de patiënt;
- zorg dicht bij de patiënt;
- kennisuitwisseling tussen tweede (derde) en eerste lijn;
- persoonlijker en laagdrempeliger overleg tussen zorgprofessionals met het oog op de juiste zorg op de juiste plek.

1.4 Taakherschikking

Het ministerie van VWS gaf 10 jaar geleden groen licht voor taakherschikking met als doel de juiste zorg op de juiste plaats aan te bieden. Hiervoor moeten zorgtaken van zorgverleners efficiënter worden ingezet. Om aan de groeiende zorgvraag te blijven voldoen moeten andere keuzes worden gemaakt zonder dat de kosten toenemen.

De huisarts wordt als poortwachter van de eerste lijn geconfronteerd met de vraag naar enerzijds kostenbeheersing en anderzijds meer aanvullende mogelijkheden om eenvoudige zorgtaken vanuit de tweede lijn over te nemen. Dit spanningsveld kan leiden tot onwenselijk behandelen in de eerste lijn door de huisarts waar juist een gerichte verwijzing wenselijk is. Hierdoor ontstaat de kans dat patiënten medisch specialistische zorg ontberen door niet of te laat te verwijzen naar de tweede lijn. We benadrukken dat de rol van de huisarts als poortwachter in het Nederlandse zorgstelsel niet ter discussie staat en dat ook de ES geen invloed heeft op het systeem van poortwachter als zodanig. De huisarts kan juist een extra bijdrage leveren aan een betere invulling van het systeem door de extra signalerende rol van de ES in samenwerking met de huisarts.⁹

Taakherschikking binnen het NMS-domein beoogt een toename van mogelijkheden op het gebied van preventie, hogere kwaliteit van zorg en betere toegankelijkheid van zorg. Deze toename in mogelijkheden vergroot de doelmatigheid van zorg binnen het NMS-domein. Met het verplaatsen van duurdere tweede- en derdelijns zorg naar goedkopere eerstelijns zorg worden kosten bespaard. Doelmatigheid en hogere efficiëntie in samenhang met kostenreductie zijn samen initiators om te komen tot een andere samenwerking tussen fysiotherapeuten en medisch specialisten in de tweede lijn. De ES levert een belangrijke rol in het verplaatsen van zorg van de tweede naar eerste lijn, en het reduceren van kosten.

1.5 ICF en ICD

Substitutie van zorg impliceert dat de ES naast de International Classification of human Functioning (ICF) ook de International Classification of Diseases (ICD) moeten kunnen hanteren in het klinisch redeneerproces. Het classificeren en signaleren van rode vlaggen van ernstige ziekten is essentieel in de taakherschikking van de ES. Hierin ligt het essentiële onderscheid met de algemeen fysiotherapeutische zorgverlening en de positionering in de anderhalvelijns zorg. De ES functioneert immers in een ander multidisciplinair netwerk van professionals met een zorgdomein overschrijdend karakter. Waar de fysiotherapeut multidisciplinair samenwerkt binnen het eigen zorgdomein, werkt de ES samen met zowel medisch specialisten in de tweede lijn als huisartsen in de eerste lijn.

Door deze positionering is aanvullende kennis van ziekteleer noodzakelijk en moet de ES klinische kenmerken kunnen duiden die gerelateerd kunnen zijn aan medische ziektebeelden. Onderzoek naar de rol van de ES bij patiënten met NMS-aandoeningen geëvalueerd op kosten, diagnostische accuratesse, behandel-effectiviteit, zorggebruik en patiënttevredenheid bevestigt de gelijkwaardige en aanvullende rol van de ES in vergelijking tot de huisarts en medisch specialist bij aandoeningen van het bewegingsapparaat; verwijzingen naar de tweede lijn nemen af en zorgkosten worden gereduceerd.¹⁰

2 Beroepsomschrijving

2.1 Extended Scope Specialist

De ES is een BIG-geregistreeerde fysiotherapeut die werkzaam is binnen het domein van de fysiotherapie in de breedste zin van het woord, met ruime ervaring en aanvullende scholing in NMS-fysiotherapie.¹ Een ES is in het bezit van een fysiotherapeutisch specialisme op masterniveau (EKK-7-niveau) en heeft een erkende opleiding Extended Scope succesvol afgerond. Het ingangsniveau is noodzakelijk om zich als ES te kunnen ontwikkelen naar een ACP en zich te positioneren als een gelijkwaardig gesprekspartner in de communicatie met de huisarts en medisch specialist.

2.2 Advanced Clinical Practitioner

De ACP is een BIG-geregistreeerde fysiotherapeut die aanvullende competenties heeft verworven als fysiotherapeut-specialist op masterniveau (EKK-7-niveau) en na de masteropleiding minimaal 5 jaar relevante werkervaring heeft. De ACP heeft de opleiding Extended Scope met goed gevolg afgelegd en functioneert op basis van een autorisatieverklaring waarin taakherschikking nader is omschreven, in nauwe samenwerking met de huisarts of medisch specialist die de autorisatie heeft verleend en van wie de taken door de werkzaamheden van de ACP herschikt zijn. De opleiding Extended Scope, de autorisatie door de huisarts of medisch specialist en de daarmee samenhangende taakherschikking vormen een drie-eenheid die uitsluitend in gezamenlijkheid tot ontplooiing komen.

De vereisten om te functioneren als ACP op een rij:

- een NVAO-erkende masteropleiding (EKK-7) binnen het fysiotherapeutisch zorgdomein met goed gevolg afgerond;
- geregistreerd als fysiotherapeut in het BIG-register;
- een afgeronde opleiding Extended Scope;
- een bewijs van bekwaamheid door de samenwerkend huisarts of medisch specialist en een autorisatieverklaring met nader omschreven taakherschikking (de taakherschikking dient zo specifiek mogelijk beschreven te zijn);
- ingeschreven in het kwaliteitsregister van de NVES;
- voldoen aan de (her)registratie-eisen zoals omschreven in het register van de NVES: periodieke scholingen met toetsing binnen het domein van ES.

2.3 Kennisonderdelen masteropleiding

De noodzakelijke en aanvullende kennis van de ES omvat:

- klinisch redeneren en beslissen:
 - differentiaal diagnostiek;
 - ICF versus ICD;

- kritisch beoordelen van primair en secundair diagnostisch accuratesseonderzoek (methodologie en statistiek);
- NMS-anatomie;
- beeldvormend onderzoek, waaronder:
 - musculoskeletale echografie;
 - MRI;
- farmacologie;
- psychologie/psychiatrie;
- comorbiditeiten/multimorbiditeiten;
- aanvullende ziekteleer:
 - degeneratieve aandoeningen;
 - interne geneeskunde;
 - kindergeneeskunde;
 - geriatische geneeskunde;
 - orthopedie;
 - neurologie;
 - reumatologie;
 - chronische pijn;
 - perifere arterieel vaatlijden;
- injectietechnieken;
- samenwerking medisch domein;
- geavanceerd niveau van klinisch redeneren;
- NHG-standaarden;
- richtlijnen Federatie Medisch Specialisten;
- rol van coach en casemanager;
- management;
- communicatie;
- organisatieleer.

3 Positionering in het zorgstelsel

In de zorg nemen verschillende beroepsgroepen op kwalitatief verantwoorde wijze minder complexe taken op zelfstandige wijze over van huisartsen en medisch specialisten zonder dat deze beroepsgroepen een medisch specialistische achtergrond hebben. Succesvolle voorbeelden hiervan zijn de verpleegkundig specialisten en de *physician assistants* (PA). Beide beroepsgroepen hebben een geprotocolleerde vorm van samenwerking geïntroduceerd met de focus op specifieke aandachtsgebieden, zoals orthopedische chirurgie, reumatologie, oncologie, cardiologie, kindergeneeskunde, geriatrie, radiologie, interne geneeskunde, GGZ en neurologie.

De ES vervult evenals de ACP eveneens een dergelijke rol in de anderhalve lijn. Anderhalvelijnszorg is zorg op het grensvlak van complexe of chronische eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg. De anderhalve lijn combineert de toegankelijkheid van de eerste lijn met de specifieke kennis en diagnostiek van de tweede lijn. Het is een manier om de zorg duurzaam te verbeteren.

3.1 Werkveld

Het werkveld van de ES bevindt zich op het grensvlak van het medisch en het fysiotherapeutisch domein. In anderhalvelijnszorg wordt een deel van de tweedelijns zorg geleverd in de eerste lijn. Het gaat dan om eenvoudige tweedelijnszorg en pre-/postoperatieve tweede- en derdelijnszorg die geleverd wordt door huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten met geautoriseerde bevoegdheden; meestal onder regie van de huisarts. Anderhalvelijnszorg betreft een verdere verschuiving van dure gespecialiseerde ziekenhuiszorg naar eerstelijns zorg dicht bij huis, waardoor tweedelijns activiteiten plaatsvinden in de eerste lijn.

Voorbeelden van werkvelden van de ES waarin substitutie van zorg:

- een centrum met eerstelijns zorgverleners en een polikliniek van een ziekenhuis;
- een centrum waar tweedelijns expertise wordt geïntegreerd met eerstelijns functies;
- consultatie van een medisch specialist in een eerstelijns gezondheidscentrum;
- diagnostische poliklinieken aangestuurd door ziekenhuizen en gespecialiseerde verpleegkundigen die complexe thuiszorg leveren;
- een centrum waarin een ES geautoriseerd is door een huisarts voor medische handelingen in de eerste lijn;
- een samenwerkingsverband tussen eerstelijnszorg (huisartsen, fysiotherapeuten), tweedelijnszorg (ziekenhuiszorg) en complexe derdelijnszorg.

3.2 Onderscheidende competenties

De ES verschuift richting het medisch specialistisch domein waarvoor andere competenties zijn vereist dan competenties die binnen het (fysio)therapeutisch domein worden ingezet. Substitutie van zorg vindt met name plaats binnen het diagnostisch zorgproces en het stellen

van een indicatie voor therapeutische interventie, namelijk of die plaatsvindt binnen de eerste of tweede lijn.

Bij verwijzing naar de tweede lijn moet de ES de volgende onderdelen kunnen beschrijven: de reden van verwijzing, de urgentie, eerdere episodes, medicatie, wel of geen risicovolle leefstijl, de behoefte aan extra voorzieningen, een voorstel voor wel of geen vervolgproucedure, eerdere behandeling, het beloop, beperkingen in het functioneren, al dan niet uitsluiten van een oorzaak alvorens een ander zorgpad gekozen wordt, en de mate van complexiteit. De klachtbeschrijving is geordend volgens de SOEP-regels met de nieuwste informatie als eerste vermeld: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. Een adequate verwijzing en vraagstelling sluiten aan bij de mogelijkheden van de medisch specialist.

Waar de fysiotherapeut functiestoornissen en beperkingen in activiteiten of participatie diagnosticeert conform de ICF, diagnosticeert de ES NMS-aandoeningen op dezelfde wijze als de medisch specialist en de huisarts diagnosticeren: conform de ICD10 en de International Classification of Primary Care (ICPC).

3.3 Samenwerking en autorisatie

De ES moet kunnen samenwerken met zowel de huisarts in de eerste lijn als medische disciplines in de tweede lijn, zoals orthopedisch chirurgen, reumatologen, oncologen, cardiologen, kinderartsen, artsen werkzaam in de geriatrie, radiologen, internisten, dermatologen en neurologen. De ES substitueert huisartszorg in de eerste lijn bij veel voorkomende NMS-aandoeningen en overstijgt daarmee het fysiotherapeutisch zorgdomein.

De ES is werkzaam in de eerstelijnszorg in een constructie waarbij plaats- en tijdgebonden taakherschikking plaatsvindt binnen een functioneel afsprakenkader: de huisarts dan wel medisch specialist heeft autorisatie verleend op basis van opleidingsniveau, kennis en ervaring van de ES. Deze autorisatie en de aanvullende kennis en vaardigheden die de ES door opleiding en ervaring heeft verkregen, stellen de ES in staat om overeengekomen medische handelingen te verrichten. De autorisatie beschrijft gedetailleerd de afspraken voor verdergaande ES-bevoegdheden binnen de wettelijke kaders, waardoor de ES bevoegd is zelfstandig beslissingen te nemen over diagnostiek en behandeling.

4 Wettelijke kaders

Voor de ES geldt dezelfde wet- en regelgeving als voor artsen en medisch specialisten. De wettelijke kaders waarbinnen de ES zich begeeft, worden hierna kort weergegeven.

4.1 Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)

De WGBO regelt de rechten en plichten tussen de zorgverlener en de cliënt/patiënt, dan wel diens juridische vertegenwoordiger.

4.2 Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. De Wet BIG verdeelt beroepen die onder deze wet vallen, in 3 groepen volgens hun wettelijke artikelnummer: artikel 3, artikel 34 en artikel 36a. Alleen artikel-3-beroepen staan geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht. De fysiotherapeut valt onder de artikel-3-beroepen. Dit betekent dat de fysiotherapeut opgenomen moet zijn in het BIG-register om de titel van fysiotherapeut te kunnen voeren. Wettelijke mogelijkheden voor uitbreiding van bevoegdheden kunnen worden gerealiseerd door het zogenaamde experimenteerartikel van de Wet BIG (art. 36a).¹²

4.3 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

De Wmg regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder.

4.4 Tuchtrecht

In artikel 3 van de Wet BIG is het tuchtrecht van de geregistreerde beroepsbeoefenaren geregeld. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door 5 regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg: in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle. De beroepsinstantie is het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

4.5 Reglement Tuchtrechtspraak KNGF

De tuchtrechtspraak van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie. Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF), zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.

4.6 Codes

De ES is verplicht zich te houden aan de Gedragscode Geneesmiddelen Reclame (CGR) en de Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH). Door inschrijving in het NVES-register verklaart de ES zich aan deze codes te houden.

5 Zorgcomplexiteit

De ES richt zich in toenemende mate op complexe en hoogcomplexe zorg. Complexe zorg wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) omschreven als de zorg voor het geheel van problemen met gezondheid, functioneren en welzijn als gevolg van een combinatie van cognitieve beperkingen, functionele beperkingen en handicaps, multimorbiditeit, polyfarmacie, psychosociale problematiek en maatschappelijk isolement.¹³

5.1 Complexe zorg

Complexiteit van zorg wordt bepaald door de vereiste zorg en door persoonlijke, klinische en sociale kenmerken.¹⁴ Bij laagcomplexe zorg gaat het om mensen met een enkelvoudige aandoening en/of beperking die bedreigend is voor de gezondheid. Er zijn dan geen prognostische factoren aanwezig die het beloop negatief kunnen beïnvloeden.

Bij meer complexe zorg zijn er zijn verschillende ICF-dimensies betrokken. Ook is er een hoge mate van voorspelbaarheid. Meer complexe zorg kan protocollair worden uitgevoerd en is gericht op preventie, behandeling en begeleiding van chronische aandoeningen. Het aantal betrokken disciplines is overzichtelijk. De geleverde zorg kan voorbehouden handelingen omvatten die door een huisarts of medisch specialist zijn overgedragen.

Bij hoogcomplexe zorg ten slotte zijn er duidelijk prognostische factoren aanwezig die het beloop negatief kunnen beïnvloeden. Er is sprake van comorbiditeit met een hoge mate van onvoorspelbaarheid door de wisselende combinaties van aandoeningen en beperkingen. Hoogcomplexe zorg is moeilijk te protocolleren en vereist maatwerk. Het casemanagement is gericht op functionaliteit, beperkingen en mogelijkheden. Er zijn verschillende en wisselende disciplines betrokken.

5.2 Klinisch redeneren

Het diagnostisch proces van de ES is complex, vergt veel tijd en kenmerkt een hoge mate van onzekerheid. Een representatief niveau van klinisch redeneren is noodzakelijk om klinische onzekerheid en de kans op diagnostische fouten zo klein mogelijk te houden. Training en samenwerking met diverse disciplines zijn de belangrijkste aanbevelingen om diagnostische accuratesse te verhogen.

De eerste stap ter verbetering van het diagnostisch redeneren bestaat uit het bepalen en daarmee afbakenen van competenties. Competenties kunnen worden ingedeeld in individuele competenties, competenties in teamverband en systeemgerichte competenties:

- individuele competenties hebben betrekking op de kennis, vaardigheden en attitudes die de ES op individueel niveau moet tonen om bij te dragen aan de specifieke rol van de ES in het diagnostisch proces;
- de competenties in teamverband hebben betrekking op de kennis, vaardigheden en attitudes die de ES in samenwerking met andere zorgprofessionals moet laten zien;

- competenties met betrekking tot het zorgsysteem hebben betrekking op de kennis, vaardigheden en attitudes waarover de ES moet beschikken om het diagnostisch proces binnen het zorgsysteem te kunnen laten plaatsvinden.¹⁵

Binnen de fysiotherapie fungeert de ES als rolmodel die alle elementen van het klinisch onderzoek efficiënt, *evidence-based* en hypothesegericht uitvoert. De ES bevestigt de belangrijkste bevindingen en genereert onafhankelijke informatie die rekening houdt met het standpunt van de patiënt. Alle denk- en beslisprocessen rondom een klinisch probleem worden geëxpliciteerd binnen het construct van klinisch redeneren dat bestaat uit:

- klinische vaardigheden (anamnese, lichamelijk onderzoek, communicatie);
- gebruik en interpretatie van klinische tests;
- begrip van cognitieve bias en heuristiek;
- kritisch denken, metacognitie;
- *patient-centered evidence-based medicine*;
- *shared decision making* (SDM).¹⁶

Via SDM ondersteunt de ES de patiënt bij het inventariseren en hanteren van persoonlijke wensen, verwachtingen, dilemma's en keuzes. Met behulp van *decision aids* nemen de patiënt en de ES samen de meest adequate klinische beslissing waarbij communicatie, patiënttevredenheid, zelfmanagement en therapietrouw bijkomende positieve effecten zijn die het verdere zorgproces in gunstige zin beïnvloeden.¹⁷⁻¹⁸ SDM spreekt een ander competentieniveau aan.

5.3 Beslismomenten

De ES levert hoogcomplexere zorg. Deze zorg vraagt van de ES een hoog geavanceerd vermogen tot klinisch redeneren op basis van wetenschappelijke kennis. Klinisch redeneren is herkenbaar door het hebben van enkele beslismomenten. Binnen het fysiotherapeutisch domein is men het er al langer over eens dat de specifieke deskundigheid van fysiotherapeuten en fysiotherapeut-specialisten doorgaans niet primair ligt in het stellen van een diagnose in de zin van de klassering van ziekten/aandoeningen binnen de ICD. Het doel van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces is gericht op het in kaart brengen van de gevolgen van ziekten/aandoeningen voor het bewegend functioneren van mensen en van de factoren die hierop van invloed zijn, aangezien het juist die gevolgen en factoren zijn die aangrijpingspunt kunnen vormen voor een eventuele behandelinterventie. Hiertoe beschrijft en analyseert de fysiotherapeut gezondheidsproblemen met behulp van de ICF.

In de rol van ES daarentegen wordt het klinisch redeneerproces met een extra beslismoment verlengd, namelijk over de noodzaak om wel/niet beargumenteerd te verwijzen naar medisch aanvullende diagnostiek. De ES heeft de volgende beslismomenten in het klinisch redeneerproces:

- vaststellen en beargumenteren van de indicatie voor het diagnostisch proces;
- in differentiaal diagnostiek uitsluiten van maligne, inflammatoire of traumatische aandoeningen;
- formuleren en beargumenteren van hypothesen en (onderzoek)doelstellingen;
- formuleren en beargumenteren van de diagnose;

- vaststellen en beargumenteren van de beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem van de individuele patiënt;
- vaststellen, beargumenteren en wel/niet verwijzen voor vervolgstappen naar het medisch domein als beste optie voor het beïnvloeden van het gezondheidsprobleem.

5.4 Bevoegd en bekwaam

Het toetsingskader van de ES betreft enerzijds de eigen bekwaamheid verkregen door opleiding en ervaring, en anderzijds de wettelijke kaders met betrekking tot de geautoriseerde bevoegdheden. De ES kan daarmee verklaren dat de bevoegdheid en bekwaamheid aanwezig zijn om handelingen veilig, efficiënt en doelmatig uit te voeren:

Bevoegd zijn om een handeling uit te voeren komt voort uit adequate scholing en opleidingstrajecten waaruit blijkt dat er aantoonbare theoretische en praktische kennis is verworven om verantwoord een handeling uit te kunnen voeren. Risicoanalyses en leren anticiperen op incidenten en adequaat reageren bij incidenten behoren tot de theoretische kennis en praktische vaardigheden. De grenzen van bevoegdheden worden bepaald door de functionele afspraken met de huisarts of medisch specialist. De autorisatie die daaruit voortkomt, resulteert in een takenpakket met de bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden beschreven voor de specifieke taakherschikking.

Bevoegd zijn is een voorwaarde om bekwaam taken en handelingen uit te voeren. Of de handelingsvaardigheid aansluit bij de zorgvraag en veilig, efficiënt en doelmatig wordt toegepast, is minder concreet. Een samenwerkend huisarts of medisch specialist autoriseert of bekwaamheid aanwezig is en reflecteert of de handeling veilig, efficiënt en doelmatig is uitgevoerd. Deze reflectie op bekwaamheid wordt periodiek herhaald. Samen met de ES worden de grenzen van bevoegdheden bepaald.

De praktische vaardigheden van de ES worden voortdurend beoordeeld op veiligheid, efficiëntie en doelmatigheid om vaardigheden te bezitten, behouden en verbeteren. De kwaliteitscyclus maakt onderdeel uit van het functioneren van de ES. De ES is bevoegd en bekwaam als de juiste opleidingen zijn gevolgd conform de eisen van de NVES en de handelingen door de samenwerkend huisarts of medisch specialist zijn geautoriseerd.

5.5 Taakgebieden

De ES kent 4 taakgebieden:

- aanvragen van aanvullende (beeldvormende) diagnostiek door verwijzing en interpretatie van het radiologisch verslag; dit is aanvullend op de huisarts of medisch specialist;
- indiceren van een specialistisch consult, bijvoorbeeld orthopedische chirurgie, reumatologie, oncologie, cardiologie, kindergeneeskunde, geriatrie, radiologie, interne geneeskunde, neurologie, en/of verdere (beeldvormende) diagnostiek en laboratoriumonderzoek; dit is aanvullend op de huisarts;
- het voorschrijven van nader de omschrijven en definiëren medicatie en infiltreren; dit is aanvullend op de huisarts of medisch specialist;

- casemanager beweegzorg; dit is aanvullend op de huisarts of medisch specialist.

De ES voert de volgende taken uit:

- stelt indicaties voor het uitvoeren van diagnostische tests, behandelingen en evaluaties en is daartoe op de hoogte van mogelijke complicaties door medische onderzoeken en medisch behandelingen;
- kan verslagen en conclusies van medische diagnostiek beoordelen en interpreteren, en daarmee een diagnose stellen;
- stelt het behandelplan op, voert dit volledig of delen ervan uit en verricht indien noodzakelijk medische handelingen; schrijft specialisme-specifieke medicatie voor en verwijst door naar de huisarts of medisch specialist voor het uitvoeren van medische handelingen;
- evalueert de behandeling, signaleert en verwijst in het belang van de patiënt naar andere zorgverleners in de zorgketen;
- draagt zorg voor dossiervorming en verslaglegging, registreert en rapporteert behandelingen, medicatie, gemaakte afspraken en voortgang van de behandeling in het patiëntendossier Huisartsen Informatie Systeem (HIS), en bepaalt het vervolgbeleid;
- rapporteert zowel mondeling als schriftelijk aan de huisarts en medisch specialist;
- informeert de patiënt en diens naasten over gezondheid, preventieve maatregelen, medische zorg en behandelingen;
- maakt gebruik van informatietechnologie;
- bewaakt en toetst steeds de grenzen van de eigen bevoegdheid en afbakening van de autorisatie;
- is betrokken bij multidisciplinaire overlegstructuren als casemanager van het NMS-domein;
- stelt zich toetsbaar op binnen het team in overleg met de huisarts, medisch specialist en andere zorgprofessionals in de eerste lijn.

De ES werkt volgens een triageprotocol. Het doel is inzicht te verkrijgen in de urgentie van de hulpvraag en of er sprake is van een aspecifieke aandoening, een *non-serious* specifieke aandoening of een ernstige specifieke aandoening.¹⁹ Om een reële inschatting te maken van de kans op de aanwezigheid van een specifieke dan wel aspecifieke aandoening en die te kwantificeren kan een uitgebreide anamnese/intake nodig zijn in combinatie met een klinisch/fysiek onderzoek. Hiertoe beschikt de ES over aanvullende kennis en inzichten uit het medisch domein.

Terugkoppeling van de medische discipline naar de ES is mogelijk indien de huisarts of medisch specialist geconfronteerd wordt met een aspecifieke aandoening binnen het NMS-domein met vervolgens een verdenking op een specifieke aandoening. Hierbij vraagt de huisarts of medisch specialist extra feedback aan de ES om een *non-serious* aandoening uit te sluiten op basis van anamnese en klinische en fysieke tests. De ES kan geconsulteerd worden of deze aandoening wel/niet aanwezig is binnen het kader van de functionele gezondheid (ICF). De huisarts of medisch specialist maakt dan nadrukkelijk gebruik van de kennis van de ES binnen het NMS-domein en de grensgebieden.

6 Competenties

Het beroep van de ES wordt beschreven in 7 competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). De centrale rol van de ES ligt in het klinisch handelen in de rol van *medical expert and decision maker*. De andere competenties raken aan de centrale rol en krijgen er richting door.

De competenties van de ES worden hierna uitgewerkt in 7 kerncompetenties:

- 1 klinisch handelen in de rol *medical expert and decision maker*;
- 2 communicatie in de rol van *communicator*;
- 3 samenwerking in de rol van *collaborator*;
- 4 organisatie in de rol van *manager*;
- 5 maatschappelijk handelen in de rol van *health advocate*;
- 6 kennis en wetenschap in de rol van *scholar*;
- 7 professionaliteit in de rol van *professional*.

6.1 Klinisch handelen

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none"> • Geavanceerd toepassen van het diagnostisch proces volgens terminologie ICD en ICF • Toepassen van triagediagnostiek • Uitvoeren van aanvullend lichamelijk onderzoek ter vergroting van de aannemelijkheid op aanwezigheid/afwezigheid van een ICD-gedefinieerde aandoening of ziekte. • Kwantificeren van de kans op aanwezigheid/afwezigheid van een ICD-gedefinieerde aandoening of ziekte • Opstellen van de meest waarschijnlijke klinische diagnose en eventuele differentiaal diagnostiek volgens ICD en ICF • Vaststellen van de indicatie voor vervolgonderzoek/aanvullend onderzoek op basis van de klinische diagnose geformuleerd binnen het ICD/ICF-domein • Vaststellen van de prognose van de ziekte of aandoening • Bepalen en voorstellen van passende interventies/behandelingen volgens geldende protocollen, richtlijnen en/of standaarden. • Indicatie stellen voor aanvragen van aanvullend beeldvormend of medisch specialistisch vervolgonderzoek • Beargumenteerd aanvragen van aanvullend beeldvormend of medisch specialistisch vervolgonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennen en herkennen van ICD-gedefinieerde aandoeningen • Toepassen van een gestructureerde wijze van klinisch redeneren • Anamnesticke kenmerken herkennen bij ICD-gedefinieerde aandoeningen • Anamnesticke kenmerken inventariseren bij ICD-gedefinieerde aandoeningen • Laten toenemen van de achterafkans op de aanwezigheid van specifieke pathologie bij de individuele patiënt • Opstellen van een differentiaal diagnose of waarschijnlijkheidshypothese passend in de context • Consistent en doelmatig inzetten van tests en meetinstrumenten • Kunnen uitvoeren van (fysieke) tests en meetinstrumenten • Interpretatie van testuitslagen in relatie brengen met de aandoening van de patiënt • Interpreteren van testuitslagen en radiologische beeldvorming in relatie tot de klinische besluitvorming • Een gekwantificeerde uitspraak doen over de aannemelijkheid van de aanwezigheid van een ICD-gedefinieerde aandoening bij de individuele patiënt

<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren van een beperkt aantal voorbehouden handelingen zoals voorschrijven van medicatie en injecteren • Monitoren en opvolgen van verwezen patiënten naar zowel de eerste als tweede lijn in de rol van casemanager • Monitoren en opvolgen van patiënten die niet verwezen zijn naar de eerste of tweede lijn. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het laten meewegen van de aannemelijkheid van de aanwezigheid van de ICD-gedefinieerde aandoening in de klinische besluitvorming • Kennen en herkennen van afwijkend natuurlijk beloop bij (complexe) gezondheidsvraagstukken bij de individuele patiënt • Vaststellen en formuleren van de klinische diagnose met behulp van ICD en/of ICF terminologie • Formuleren van andere (klinische) diagnoses, inclusief bedreigende aandoeningen, naast de initiële diagnose (indien van toepassing) • Stellen van de indicatie voor aanvullend (specialistisch) onderzoek • Kennen en toepassen van de beperkingen van aanvullend (specialistisch) onderzoek • Verwijzen naar de medisch specialist voor eventueel aanvullende diagnostiek of therapievoorstel • Kwantificeren van de prognose op basis van epidemiologische gegevens • Beoordelen van de prognose mede gestuurd door de uitkomsten van aanvullend (specialistisch) onderzoek • Handelen volgens protocollen, richtlijnen en standaarden van aangrenzend medisch (specialistisch) domein • Doorverwijzen naar huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut, psycholoog of diëtist aan de hand van de uitkomsten van het diagnostisch proces en het aanvullend (specialistisch) onderzoek • Aanvragen van aanvullend beeldvormend of medisch specialistisch vervolgonderzoek • Kennen en kunnen toepassen van de validiteit en betrouwbaarheid van aanvullende medisch (specialistisch) onderzoek, inclusief beeldvorming, toegepast op de hulpvraag van de patiënt met inachtneming van de klinische relevantie • Formuleren van de aanvraag voor aanvullend (specialistisch) onderzoek • Interpreteren van de uitkomsten van aanvullend (specialistisch) onderzoek in relatie tot de aandoening, de klinische relevantie en de consequenties voor behandeling en prognose • Voorschrijven van nader te beschrijven farmacologische middelen bij bepaalde aandoeningen binnen het NMS-domein • Uitvoeren van infiltraties bij nader te beschrijven aandoeningen en regio's binnen het NMS-domein • Uitvoeren van radiologische beoordelingen in relatie tot de klinische context (klinische relevantie) • Toepassen van kennis over de prognose van specifieke aandoeningen
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassen van evaluatieve meetinstrumenten • Toepassen van kennis over de prognose van specifieke aandoeningen • Toepassen van evaluatieve meetinstrumenten
--	---

6.2 Communicatie

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none"> • Bespreken van de gekozen strategie met de patiënt met uitleg over de waarde van specialistisch vervolgonderzoek en de prognose • Met patiënten een vertrouwelijke en therapeutische relatie aangaan of onderhouden op basis van wederzijds begrip, empathie en vertrouwen • Informatie verstrekken aan huisarts, medisch specialist en paramedisch behandelaar, vastgelegd in het HIS volgens ICPC • Communiceren met huisartsen en medisch specialisten gestoeld op een academisch denkniveau met gebruik van geëigende medische terminologie • Verslagleggen met gebruik van EPD-systemen conform richtlijnen in de huisartsenpraktijk en bij medisch specialisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitleggen en toelichten van de voorgestelde behandelstrategie en het te verwachten beloop • Komen tot vervolgbeleid in overleg met de patiënt op basis van SDM • Toepassen van gesprekstechnieken binnen de context van de patiënt, zoals een slechtnieuwsgesprek • Medische verslaglegging conform eisen en geldende richtlijnen • Inzetten van kennis over te volgen procedures voor verslaglegging en intercollegiaal overleg binnen uiteenlopende situaties • Medische verslaglegging en informatieoverdracht op het niveau van academisch medisch handelen • Toepassen van kennis en terminologie passend bij het specialisme

6.3 Samenwerking

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerken met huisartsen en medisch specialisten binnen het medisch domein gericht op een optimale zorg voor de patiënt • Overleggen bij het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van beleid waarbij de mogelijkheden van andere disciplines en zorgverleners, onder wie mantelzorgers, optimaal worden benut ten gunste van de patiëntenzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinair samenwerken

6.4 Organisatie

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none">• Organiseren van een efficiënte en effectieve werksetting• Organiseren van administratieve taken binnen de rol van ES• Efficiënt gebruiken van ICT-hulpmiddelen ter ondersteuning van het medisch handelen	<ul style="list-style-type: none">• Structuren van een werksetting waarbij de rol van ES maximaal kan worden toegepast• Aansturen van werkprocessen• Zorgen voor een infrastructuur om administratieve zaken optimaal uit te voeren• Inzetten van ICT ten behoeve van zorgprocessen en evaluatie

6.5 Maatschappelijk handelen

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none">• Patiëntgericht en gezondheid bevorderend handelen in overeenstemming met psychosociale, economische en biologische aspecten• Inzetten van digitale mogelijkheden in het zorgproces	<ul style="list-style-type: none">• Verantwoord medisch handelen passend binnen maatschappelijke en economische kwalificaties• Gebruik maken van ondersteunende digitale diensten, zoals online consulten

6.6 Kennis en wetenschap

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none">• Toepassen van de principes van evidence-based practice (EVP) in de patiëntenzorg en zorgdragen van kennisdeling over EVP• Aannemen van een leven-lang-leren-attitude binnen het specialisme van ES/ACP• Initiëren en bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek binnen de context van de ES en aanpalend medisch handelen	<ul style="list-style-type: none">• Formuleren van klinische vraagstellingen en deze omzetten naar het kennisdomein• Volgen van ontwikkelingen en implementeren van innovaties binnen het inhoudelijk domein van de ES• Formuleren van onderzoeksvragen, initiëren van wetenschappelijk onderzoek, actief participeren en aanleveren van data ten behoeve van wetenschappelijke onderzoek

6.7 Professionaliteit

Competentie	Uitvoering
<ul style="list-style-type: none">• Gebruik maken van verschillende denk- en beslisstrategieën ter verkleining van het risico op cognitieve bias (metacognitie)• Hanteren van een professioneel kritische attitude waarbij klinische onzekerheid en zelfreflectie worden geëxpliciteerd• Laten meewegen van waarden en voorkeuren van de patiënt, wetenschappelijke bronnen en kosteneffectiviteit bij het maken van keuzes binnen de medische context	<ul style="list-style-type: none">• Kennen en kritisch toepassen van denkstrategieën in de klinische setting• Kennen en kritisch toepassen van cognitieve bias in de klinische setting• Expliciteren van de eigen klinische onzekerheid• Toepassen van een kritische zelfattitude in uiteenlopende situaties binnen het medisch en communicatief handelen• Bewust en aantoonbaar doelmatig, veilig en efficiënt handelen

<ul style="list-style-type: none">• Integer en betrokken handelen in overeenstemming met wettelijke bepalingen en volgens de hoogst geldende medische, ethische en juridische standaarden en de normen van de beroepsgroep• Voortdurend evalueren en bevorderen van de kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none">• Expliciteren en beargumenteren van gemaakte keuzes
--	--

7 Literatuur

1. Hubert et al. 2010
2. Marks D, Comans T, Bisset L, Scuffham PA. Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review. *Physiotherapy* 2017;103(4):341-51.
3. Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *Br J Gen Pract* 2019;bjgp19X702245.
4. Desmeules F, Roy J-S, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012;13(1):107.
5. Saxon RL, Gray MA, Ioprescu F. Extended roles for allied health professionals: An updated systematic review of the evidence. *J Multidisciplinary Healthcare* 2014;7:479-88.
6. Maher 2019
7. Sibü-Wagner
8. Substitutie van zorg. Huisarts en medisch specialist samen aan de slag. Federatie Medisch Specialisten. Utrecht; 2017, p. 32.
9. Lyratzopoulos 2012
10. Chartered Society of Physiotherapy. *Physiotherapy* 2016.
11. Trøstrup J, Juhl CB, Mikkelsen LR. Effect of extended scope physiotherapists assessments in orthopaedic diagnostic setting: a systematic review. *Physiotherapy*. 2020 Sep;108:120-128. doi: 10.1016/j.physio.2017.08.004. Epub 2017 Aug 30. PMID: 32807362.
12. Van Rooyen 2008
13. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. Utrecht: 2011.
14. Guarinoni M, Petrucci C, Lancia L, Motta PC. The Concept of Care Complexity: A Qualitative Study. *J Public Health Res*. 2015 Dec 17;4(3):588. doi: 10.4081/jphr.2015.588. PMID: 26753161; PMCID: PMC4693341.
15. Olson A, Rencic J, Cosby K, Rusz D, Papa F, Croskerry P, et al. Competencies for improving diagnosis: an interprofessional framework for education and training in health care. *Diagnosis* 2019;6(4):335-41.
16. Cooper et al 2017
17. Thompson J, Yoward S, Dawson P. The Role of Physiotherapy Extended Scope Practitioners in Musculoskeletal care with Focus on Decision Making and Clinical Outcomes: A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Research. *Musculoskeletal Care* 2017;15(2):91-103.
18. Rotar AM, Van Den Berg MJ, Schäfer W, Kringos DS, Klazinga NS. Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? *PLoS One* 2018;13(6):1-9.
19. Oakley C, Shacklady C. The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care* 2015;13(4):204-21.

8 Bijlagen

8.1 Lijst met afkortingen

ACP	Advanced Clinical Practitioner
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CanMeds	Canadian Medical Education Directions for Specialists
CGR	Code Geneesmiddelen Reclame
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement
ECTS	European Credit Transfer (1 ECTS = 28 studie-uren)
EKK	Europees Kwalificatie Kader (EKK 7 = masteropleiding op universitair of hbo-niveau)
EPD	Elektronisch patiëntendossier
ES	Extended Scope Specialist
EVBP	Evidence Based Clinical Practice
EVP	Evidence-based practice
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC	International Classification of Primary Care
GMH	Gedragcode Medische Hulpmiddelen
KRF	Kwaliteitsregister Fysiotherapie
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NMS	Neuromusculoskeletaal
NVAO	Nederlands Vlaamse Accreditatie Autoriteit
NVES	Nederlandse Vereniging voor Extended Scope Practitioners
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Sportgezondheidszorg
NVMT	Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PA	Physician assistant
VBHC	Value based health care
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg

8.2 Toelichting competenties, vaardigheden en attitude

De ES heeft kennis over:

- screening, patroonherkenningen en *illness scripts* gericht op de aandoeningen beschreven in de ICD10 met achtneming van de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek;
- het medisch domein om vast te stellen of er sprake kan zijn van een in de ICD10 beschreven aandoening;
- de waarde van de anamnese om de kans te bepalen op een aandoening/pathologie die verklarend is voor de klachten om de indicatie voor vervolgonderzoek/aanvullend onderzoek vast te stellen;

- epidemiologische gegevens om de indicatie voor vervolgonderzoek/aanvullend onderzoek vast te stellen;
- de waarde van (aanvullend) medisch specialistisch onderzoek;
- de prognose van de ICD10-geklasseerde aandoening;
- het beargumenteerd aanvragen van aanvullend beeldvormend of medisch specialistisch vervolgonderzoek;
- medische terminologie en richtlijnen om relevante informatie te verstrekking aan huisarts, medisch specialist en/of paramedisch zorgverlener betreffende ICD10-gerelateerde aandoeningen.

De ES kan:

- een accurate anamnese afnemen en een lichamelijk onderzoek uitvoeren;
- gegevens verzamelen, analyseren en interpreteren betreffende aandoening zoals beschreven binnen de ICD10;
- een screening (triagediagnostiek) uitvoeren gericht op patroonherkenningen en illness scripts van aandoeningen beschreven in de ICD10;
- een aanvullende anamnese en lichamelijk onderzoek uitvoeren gericht op de aanwezigheid/afwezigheid van ICD/ICF-gedefinieerde aandoening of ziekte met inachtneming van de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek;
- verschillende denk- en beslisstrategieën toepassen tijdens het klinisch redeneren;
- de waarde van specialistisch onderzoek uitleggen aan de patiënt;
- de prognose van ICD10-geklasseerde aandoeningen uitleggen aan de patiënt;
- beargumenteerd aanvullend beeldvormend of medisch specialistisch vervolgonderzoek aanvragen;
- schriftelijk verslag doen over het diagnostisch proces leidend tot een aanvraag voor onderzoek of verwijzing naar een medisch specialist;
- verwezen patiënten monitoren naar zowel de eerste als tweede lijn in de rol van casemanager;
- ICT-hulpmiddelen toepassen ten gunste van het zorgproces in de breedste zin van het woord;
- op juiste wijze communiceren en rekening houden met de invloed van alle verschillende aspecten van communicatie op het diagnostische, therapeutische en preventieve proces en deze aspecten aanpassen aan de individuele patiënt;
- doeltreffend in woord en geschrift communiceren met andere zorgverleners over de patiënt.

De attitude van de ES omvat:

- begrip van het risico op cognitieve bias (metacognitie) en daardoor bewust gebruik van verschillende denk- en beslisstrategieën;
- een professioneel kritische attitude waarbij klinische onzekerheid en zelfreflectie worden geëxpliciteerd;
- een leven lang willen leren binnen het specialisme van de ES;
- een onafhankelijke positie ten behoeve van de patiënt en de maatschappij.

8.3 Body of knowledge

- 1 Met betrekking tot de rol van medical expert and decisionmaker:
 - a specifieke kennis over de medische terminologie betreffende aandoeningen in het NMS-domein en ernstige aandoeningen in randgebieden;
 - b specifieke kennis over tekens en symptomen van medisch geklasseerde aandoeningen (ICD10);
 - c specifieke kennis over incidentie/prevalentie van medisch geklasseerde aandoeningen;
 - d specifieke kennis over prognostische factoren in relatie tot medisch geklasseerde aandoeningen;
 - e specifieke kennis over de toepasbaarheid en interpretatie van anamnese en lichamelijk onderzoek betreffende aandoeningen beschreven in de ICD10 bij patiënten met complexe gezondheidsvraagstukken;
 - f specifieke kennis over diagnostische tests en meetinstrumenten;
 - g specifieke kennis over de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek betreffende aandoeningen beschreven in de ICD10;
 - h specifieke kennis over de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek betreffende aandoeningen beschreven in de ICD10 bij patiënten met complexe gezondheidsvraagstukken;
 - i specifieke kennis over de toepasbaarheid van gegevens uit het lichamelijk onderzoek;
 - j specifieke kennis over de toepasbaarheid en generaliseerbaarheid van gegevens uit lichamelijk onderzoek bij patiënten met complexe gezondheidsvraagstukken;
 - k specifieke kennis over medisch geklasseerde aandoeningen (ICD10);
 - l kennis over medisch specialistische behandelmogelijkheden bij ICD-gedefinieerde aandoeningen;
 - m kennis over het (natuurlijk) beloop van ICD-gedefinieerde aandoeningen;
 - n specifieke kennis over prognostische factoren in relatie tot medisch geklasseerde aandoeningen;
 - o kennis over medisch specialistische behandelmogelijkheden bij ICD-gedefinieerde aandoeningen met betrekking tot prognostiek;
 - p specifieke kennis over medisch specialistische behandelmogelijkheden bij ICD-gedefinieerde aandoeningen;
 - q specifieke kennis over de medische terminologie betreffende aandoeningen in het NMS-domein;
 - r specifieke kennis over psychometrische waarden van aanvullend onderzoek;
 - s specifieke kennis over de technieken, procedures en (on)mogelijkheden van regulier voorkomende vormen van aanvullend (beeldvormend) onderzoek en labonderzoek;
 - t specifieke kennis over indicaties en contra-indicaties van regulier voorkomende vormen van aanvullend (beeldvormend) onderzoek en labonderzoek;
 - u kennis over een beperkt aantal farmacologische middelen;
 - v kennis over het toepassen van een beperkt aantal farmacologische middelen;
 - w kennis over indicatie en contra-indicatie van een beperkt aantal farmacologische middelen;

- x kennis over comorbiditeit in relatie tot een beperkt aantal farmacologische middelen;
 - y specifieke kennis over de responsiviteit van evaluatieve meetinstrumenten;
- 2 Met betrekking tot de rol van communicator:
- a specifieke kennis over de medische terminologie betreffende aandoeningen binnen het NMS-domein;
 - b kennis over gesprekstechnieken toegepast binnen het medisch handelen;
 - c kennis over SDM binnen EVP;
 - d kennis over organisatie en evaluatie van werksituaties.
- 3 Met betrekking tot de rol van collaborator:
- a specifieke kennis vanuit richtlijnen over de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist binnen het medisch domein;
 - b kennis over managementprocessen binnen de context van ES-handelen.
- 4 Met betrekking tot de rol van manager:
- a kennis over eisen en benodigdheden voor het uitvoeren van administratieve taken binnen de rol van ES;
 - b kennis over de beschikbare ICT-hulpmiddelen.
- 5 Met betrekking tot de rol van health advocate:
- a kennis over de waarde van wetenschappelijk onderzoek voor klinisch handelen;
 - b kennis over gezondheidseconomische vraagstukken;
 - c kennis over economisch verantwoordelijkheid binnen de context van de ES;
 - d kennis over algemene gezondheidsdeterminanten en hoe die een rol spelen bij het ontstaan en verloop van klachten en ziekten, en bij herstelprocessen;
 - e kennis over de (on)mogelijkheden voor het inzetten van digitale hulpmiddelen.
- 6 Met betrekking tot de rol van scholar:
- a kennis over wetenschappelijk onderzoek;
 - b kennis over toepasbaarheid van gegevens uit wetenschappelijk onderzoek binnen het klinisch handelen van de ES.
- 7 Met betrekking tot de rol van professional:
- a kennis over metacognitie en cognitieve bias;
 - b specifieke kennis over de diverse soorten van bias die optreden tijdens klinisch handelen;
 - c specifieke kennis over EBCP;
 - d specifieke kennis over kosteneffectief medisch handelen.

8.4 Body of skills

- 1 Met betrekking tot de rol van medical expert and decisionmaker:
 - a specifieke diagnostische skills gericht op NMS-aandoeningen genoemd in de ICD10;
 - b specifieke (CanMeds) vaardigheden om samen te werken met de huisarts, medisch specialist of andere zorgprofessionals betreffende ICD10-gedefinieerde aandoeningen;
 - c specifieke vaardigheden voor het uitvoeren van het lichamelijk onderzoek;
 - d specifieke vaardigheden voor de interpretatie van uitkomstmaten van het lichamelijk onderzoek;
 - e basis in radiologische kennis en functie van echografie, MRI, röntgen;
 - f specifiek toepassen van kennis om een uitspraak doen over de kans op de aan/afwezigheid van een ICD-gedefinieerde aandoening;
 - g formuleren van de klinische diagnose op basis van de synthese van incidentie/prevalentie en de gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek;
 - h indicatie voor aanvullend medisch specialistische interventie expliciteren;
 - i aanvragen van aanvullend medisch specialistisch onderzoek/interventie;
 - j toepassen van kennis over technieken, procedures en (on)mogelijkheden van aanvullende medisch (specialistisch) onderzoek toegepast in de klinische context;
 - k voorschrijven van medicatie;
 - l uitvoeren van infiltraties.

- 2 Met betrekking tot de rol van communicator:
 - a specifieke communicatieve vaardigheden;
 - b verstrekken van patiëntinformatie met gebruik van passende medische terminologie;
 - c verstrekken van informatie met gebruik van passende medische terminologie;
 - d aansturen en veranderen van werkprocessen.

- 3 Met betrekking tot de rol van collaborator:
 - a specifieke communicatieve vaardigheden om ICD10-gerelateerde zaken te bespreken met de huisarts, medisch specialist of andere zorgprofessionals.

- 4 Met betrekking tot de rol van manager:
 - a uitvoeren van administratieve taken op het niveau van de ES en het medisch domein;
 - b gebruik van ICT ter ondersteuning van zorgprocessen.

- 5 Met betrekking tot de rol van health advocate:
 - a verantwoorde keuzes maken ter bevordering van de gezondheid van de patiënt met oog voor de maatschappelijke en economisch onderliggende actuele situatie;
 - b toepassen en uitvoeren van digitale mogelijkheden in het zorgproces.

- 6 Met betrekking tot de rol van scholar:
 - a implementeren van kennis over ICD10-gerelateerde zaken vanuit wetenschappelijk onderzoek in het dagelijks handelen.

- 7 Met betrekking tot de rol van professional:
 - a volgen van bewuste denkprocessen binnen de klinische context;
 - b benoemen van de eigen klinische onzekerheid en daarnaar handelen.

NEDERLANDSE
VERENIGING
**EXTENDED SCOPE
SPECIALISTEN**