

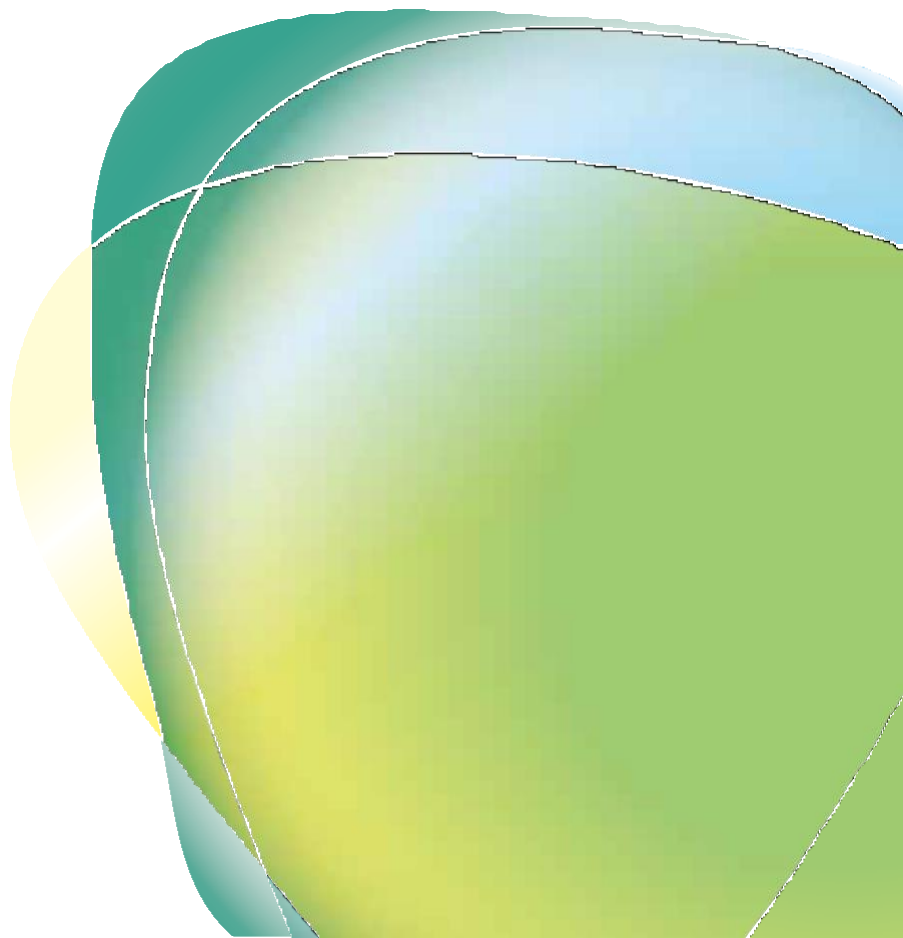


**Nederlandse Vereniging
voor Orofaciale Fysiotherapie**

Aangesloten bij KNGF

Beroepsprofiel

Orofaciale fysiotherapie



Colofon

Uitgave	Juli 2018
Onder regie van	Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie (NVOF)
Projectgroep	Projectgroepleden vanuit NVOF: Dhr. dr. A. de Wijer, FT, MT, OFT (projectleider) Mw. dr. C. Beurskens, FT, OFT Mw. S. Gouw, FT, PSF, OFT Referenten: Dhr. J. Ament, FT, OFT Mw. drs. E.G. Bangma-van Kooten, FT, MT, OFT Mw. drs. L.M.M.C.J. Dekker-Bakker, FT, OFT, MSM Mw. drs. A. Van der Wal, FT, MT, OFT
Legitimering	Door bestuursbesluit NVOF: <i>gebruikmakend van producten die binnen het musculoskeletale cluster en het KNGF zijn ontwikkeld; door een gelijk format te gebruiken hopen wij de samenwerking tussen de beroepsinhoudelijke verenigingen een impuls te kunnen geven.</i>
Refereer als:	Wijer A de, Gouw S, Beurskens C. Beroepsprofiel Orofaciaal Fysiotherapeut, NVOF 2018

Inhoud

Inleiding.....	4
Lijst van afkortingen.....	6
Hoofdstuk 1 Het domein Orofaciale Fysiotherapie.....	8
1.1 Fundamentele uitgangspunten	8
1.1.1 Visie op gezondheid	8
1.1.2 Visie op bewegen	9
1.1.3 Visie op hulpverlening	9
1.2 Theoretische rationale.....	10
1.2.1 Wetenschappelijk fundament.....	10
1.2.2 Evidence based practice	10
1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health	11
1.3 De orofaciale fysiotherapie in de context van de gezondheidszorg	11
1.3.1 Werkdomein	11
1.3.2 Werkterrein.....	17
1.4 Werkwijze orofaciaal fysiotherapeutisch handelen	19
1.4.1 Methodisch handelen	19
1.4.2 Verrichtingen	19
1.5 Beroepsethiek.....	20
1.6 Wet- en regelgeving	20
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod.....	22
2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag	22
2.1.1 Technologische ontwikkelingen	24
2.1.2 Opleiding en deskundigheid van de OFT	24
2.1.3 Toekomstscenario's.....	25
Hoofdstuk 3 De competente orofaciaal fysiotherapeut	27
3.1 Context en niveau.....	27
3.1.1. De OFT EQF 7	28
3.2 Competentieprofiel van de orofaciaal fysiotherapeut.....	29
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel	29
3.2.2 De competentiegebieden.....	30
3.2.3 Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving	33
3.3 Body of knowledge and skills	34
Referenties.....	41
Addendum Fysiotherapeut-Gnatholoog.....	55

Inleiding

Geschiedenis beroep

In 1987 werd door de onderwijscoördinatoren van de drie verschillende postacademische opleidingen op het gebied van temporomandibulaire dysfuncties (TMD) de Landelijke Werkgroep Fysiotherapie en Tandheelkunde (LWFT) opgericht. Op 25 april 1990 werd de werkgroep getransformeerd tot de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Tandheelkunde (NVFT). Aanvankelijk waren de klachten aan het kauwstelsel het primaire aangrijpingspunt, maar de werkzaamheden van de orofaciaal fysiotherapeut (OFT) breidden zich al snel verder uit. Dit heeft geleid tot een herbezinning op de naamgeving. In maart 2008 is de naam gewijzigd in Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie (NVOF). De NVOF is een lidvereniging van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). In de beginjaren heeft de vereniging intensief contact gehad met de zusterorganisatie in België, de Belgische Vereniging voor Kinesitherapie en Craniomandibulaire Dysfuncties (BVKCMD), die sinds 1989 een parallelle ontwikkeling doormaakte. Steun vanuit de tandheelkunde werd ervaren zowel vanuit de beroepsorganisaties als vanuit individuele professionals. Als inhoudsdeskundig tandheelkundig consultant voor Nederland is dr. Michel Steenks zeer betrokken geweest en voor België was dit prof. dr. Antoon de Laat. De internationale ontwikkeling binnen de fysiotherapie werd in de 70er jaren vormgegeven door onder andere prof. dr. Mariano Rocabado. De academisering binnen de beroepsgroep, waarbij leden van de NVOF actief betrokken waren, heeft ertoe bijgedragen dat het domein zich verder kon ontwikkelen.

Ontwikkeling beroeps(competentie)profiel

In 2004 werd het eerste beroepscompetentieprofiel (BCP) voor de orofaciale fysiotherapie opgesteld. Dit BCP is behulpzaam geweest bij het inzichtelijk maken van het beroep orofaciale fysiotherapie en het erkennen van de NVOF als Specialisme (Beroepsinhoudelijk Lidvereniging; BI) binnen het KNGF. De NVOF heeft in 2005 besloten dat orofaciale fysiotherapie een door het KNGF erkend specialisme moest worden. Er heeft een uitbreiding van werkzaamheden plaatsgevonden zowel in meer indicatiegebieden als in de aard van de werkzaamheden die een OFT vervult. De schedel met al zijn verbindingen staat hierbij centraal, waarbij de medisch-specialistische inbreng met name voortkomt uit de tandheelkundige specialismen (met name gnathologie), keel-, neus- en oorheelkunde (met name klachten zoals duizeligheid, aangezichtsverlamming, tinnitus) en hoofd-halschirurgie (met name oncologie, traumatologie, kaakorthopedische ingrepen). Vanuit deze medisch specialismen en patiëntenbelangengroepen (hoofd-halsoncologie) kwam een toenemende vraag om het zorgaanbod van fysiotherapeuten in kaart te brengen daar de bachelor-opgeleide fysiotherapeut geen specifieke kennis en vaardigheden wordt aangereikt om de vraagstelling van deze patiëntenpopulaties aan te kunnen. Inmiddels beslaat de orofaciale fysiotherapie nadrukkelijk meerdere gebieden zoals bijvoorbeeld het terrein van de TMD, orofaciale pijn, hoofdpijn, hoofd-hals oncologische nazorg, duizeligheidsrevalidatie, post-traumatische/ -operatieve klachten aan de regio hoofd-hals, nekklachten, bewegingsstoornissen in het hoofd-halsgebied en aangezichtsverlammingen. Daarbij vraagt de tijdsgeest van de therapeut-specialist om ook andere rollen te vervullen dan alleen de rol van behandelend fysiotherapeut, zoals die van casemanager en innovator.

De OFT die in aanmerking wil komen voor registratie in het kwaliteitsregister van het KNGF dient tenminste over een masterniveau te beschikken. Dit is in overeenstemming met de registratie-eisen die de meeste SV's van het KNGF hebben gesteld. De NVOF wil een gelijkvormige opbouw van het beroepsprofiel (BP) hanteren als die van de andere SV's binnen het KNGF¹⁻³, omdat zij uniformiteit tussen de SV's noodzakelijk vindt. Uniformiteit is des te belangrijker, omdat de NVOF, NVFS en NVMT in 2008 een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten binnen het musculoskeletale domein, waar later de bedrijfsfysiotherapeuten en psychosomatisch werkend

fysiotherapeuten bij zijn aangesloten. Daar waar mogelijk wordt aansluiting gezocht bij documenten die binnen het musculoskeletale cluster zijn ontwikkeld.⁴ Dit heeft het voordeel dat domeinomschrijving en BP in de toekomst tot een verdere afstemming en mogelijk integratie kan leiden binnen het specifieke aandachtsgebied van de therapeut werkzaam in het musculoskeletale domein.

Dit BP beschrijft het beroepsdomein van de OFT en de competenties die de OFT nodig heeft om taken uit te voeren en problemen op te lossen in zijn werksituatie. Dat vermogen bestaat uit het in de beroepscontext toepassen van kennis, inzicht, vaardigheden en attitude om een probleem op te lossen of aan te pakken. Daarmee richt het BP zich op waarneembaar gedrag van de OFT. Dit profiel richt zich vooral op de onderscheidende competenties. De algemeen fysiotherapeutische competenties, waarover hij eveneens dient te beschikken, worden in dit profiel buiten beschouwing gelaten. Zij worden beschreven in het BP voor de algemeen fysiotherapeut.⁵ Daar waar in dit stuk fysiotherapeut staat vermeld wordt de algemeen fysiotherapeut bedoeld.

Uitgangspunten beroepsprofiel

In dit BP wordt uitgegaan van de definitie gezondheid zoals door Huber beschreven: "Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven".⁶ Huber benadrukt dat het verschil met de definitie van de World Health Organization (WHO)⁷ in dit concept is dat het accent ligt op de potentie om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van ziekte. Daarbij zijn persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven net zo belangrijk.

Werkend vanuit een biopsychosociaal model, zoals bijvoorbeeld het 'Pain and Movement Reasoning Model'⁸, en gebruikmakend van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁹ van de WHO, zal de fysiotherapeut zich bezighouden met het herkennen en beïnvloeden van de complexe relatie tussen bewegend functioneren, psychisch functioneren en de psychosociale context. Dit houdt in dat niet alleen de lichamelijke klacht, maar ook de cognities, emoties, gedragspatronen en sociale context, van de patiënt in kaart gebracht wordt. De gevolgen van de aandoening kunnen mede bepalen welke gezamenlijk vastgestelde doelen worden nagestreefd.

Het aangezicht heeft daarbij voor de patiënt vaak een bijzondere waarde, aangezien het zichtbaar is en een functie heeft in het sociale leven (denk daarbij aan communicatie en (emotionele) expressie).

Inhoud beroepsprofiel

Het nieuwe beroepsprofiel bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft het domein van de orofaciale fysiotherapie en vormt de basis voor alle OFT's in Nederland. In hoofdstuk 1 van dit deel is het orofaciale fysiotherapeutisch domein beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de maatschappij, de gezondheidszorg en de orofaciale fysiotherapie en hoofdstuk 3 de competentiegebieden en de kennisdomeinen van de OFT. Het tweede deel bevat het competentieprofiel van de OFT. In dit deel zijn de competenties van de OFT gedetailleerd beschreven op niveau 7 van het European Qualification Framework (EQF).¹⁰

Het beroepsprofiel is gebaseerd op het CanMEDS-model uit 2005, ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.¹¹ De term CanMEDS is een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists. In Nederland wordt het model onder meer gebruikt door medisch specialisten, huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen en het wordt beschouwd als de standaard waarmee competenties helder en systematisch gedefinieerd kunnen worden.

Tenslotte kunt u vanzelfsprekend, daar waar in dit document 'hij' of 'hem' staat, ook 'zij' of 'haar' lezen. Ditzelfde geldt voor patiënt of cliënt.

Lijst van afkortingen

AAOP	American Academy of Orofacial Pain
ALV	Algemene Leden Vergadering
BI	Beroepsinhoudelijke Lidvereniging
BOK	Body of Knowledge
BOS	Body of Skills
BP	Beroepsprofiel
BCP	Beroepscompetentieprofiel
BOCK	Beleidsorgaan Centraal Kwaliteitsregister
BVKCMD	Belgische Vereniging voor Kinesithérapie en Craniomandibulaire Dysfunctie
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CBT	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
EQF	European Qualifications Framework
FG	Fysiotherapeut-gnatholoog
IASP	International Association of the Study of Pain
ICF	International Classification of Functioning
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNO	Keel, Neus- en Oorheelkunde
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LWFT	Landelijke Werkgroep Fysiotherapie en Tandheelkunde
MKA	Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
MSc	Master of Science
NVFT	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Tandheelkunde
NVOF	Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie
NVMT	Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg
OFT	Orofaciaal Fysiotherapeut
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TMD	Temporomandibulaire Dysfunctie
WHO	World Health Organization

Deel 1

Orofaciale fysiotherapie en de orofaciaal fysiotherapeut

Voor u ligt de domeinbeschrijving orofaciale fysiotherapie. De domeinbeschrijving orofaciale fysiotherapie is met het competentieprofiel geaccordeerd door de algemene ledenvergadering (ALV-2017) van de NVOF. Deze domeinbeschrijving heeft betrekking op OFT's die zijn aangesloten bij de NVOF en aldus officieel erkend zijn als fysiotherapeut-specialist door het KNGF. Daarnaast is er een addendum gemaakt voor de fysiotherapeut-gnatholoog (FG). Dit is een fysiotherapeut met een beroepsmatige musculoskeletale vooropleiding (MSc) die samen met de tandarts de 3-jarige postacademische opleiding Gnathologie heeft gevolgd op de Radboud Universiteit. Dit addendum komt voort uit het streven van de NVOF om op termijn te komen tot een meer integratieve opleiding van fysiotherapeuten en tandartsen rond de vraagstukken van pijn en bewegingsfunctiestoornissen van het kauwstelsel in brede zin ten behoeve van de topklinische zorg. De opleiding van de eerste drie collegae heeft plaatsgevonden op het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) van het Radboudumc in Nijmegen, waar integratieve complexe zorg wordt aangeboden.

De vraag die in de domeinbeschrijving voorstaat heeft betrekking op de mogelijkheid c.q. noodzaak tot een nadere precisering van het domein orofaciale fysiotherapie. Dit om de herkenbaarheid van de specifieke orofaciale fysiotherapeutische deskundigheid te vergroten en de profilering van de orofaciale fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg verder te versterken. Deze domeinbeschrijving geeft tevens richting aan het te schrijven competentieprofiel. Deze beschrijving kan ook dienen als toetsingskader voor de inhoudelijke bespreking van – onder andere – curricula van musculoskeletale masteropleidingen met een uitstroomvariant orofaciale fysiotherapie en de accreditatie van vakinhoudelijke scholing

Inhoudelijk wordt de domeinbeschrijving afgebakend door een focus op de indicatiestelling voor een orofaciaal fysiotherapeutische hulpverlening. Dat wil zeggen, een verwoording van de aard van gezondheidsproblemen die OFT's, als onderdeel van hun specialistisch domein, geïndiceerd vinden. Naast deze afbakening op de aard van gezondheidsproblemen worden de redenen gegeven op basis waarvan deze indicatie voor zorg kan worden gelegitimeerd. Inhoudelijke deskundigheid en kosteneffectiviteit spelen in deze legitimering een belangrijke rol.

Het beroepsdomein orofaciale fysiotherapie kent geen vergelijk en stoelt vanzelfsprekend op het Beroepsprofiel Fysiotherapeut⁵, daar alle leden van de NVOF minimaal BIG geregistreerd algemeen fysiotherapeut zijn. De fundamentele uitgangspunten, de theoretische westerse rationale en de werkwijze binnen het fysiotherapeutisch handelen blijven daarmee van kracht.

1.1 Fundamentele uitgangspunten

1.1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid is een abstract, meerduidig begrip dat is gekleurd door opvattingen vanuit een sociaal, cultureel en historisch perspectief. In dit BP wordt de omschrijving van Huber et al.⁶ gehanteerd, namelijk "Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical, and emotional challenges". Vertaald als: "Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." Deze gezondheidsdefinitie komt voort uit de kritiek op de meer statische definitie van de WHO uit 1948, die luidt: "Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity".⁷ Gezondheid heeft te maken met welbevinden, met kwaliteit van leven, een status waarvoor geen vaste criteria kunnen worden gesteld en die door elk individu anders beleefd zal worden. Het niet ervaren van een toestand van volledig welbevinden kan gevoeld en uitgelegd worden als ongezond zijn en de vraag naar (medische) interventie oproepen.

Deze vernieuwde definitie van gezondheid sluit aan bij onderzoek van De Leeuw et al.¹² Zij concludeerden dat de belangrijkste verschillen tussen personen die wel en die geen medische zorg vragen voor tekenen en symptomen van TMD, coping en locus of control zijn. Coping stijl refereert aan de manier waarop personen reageren en handelen als reactie op stressvolle gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld een lichamelijk probleem. Locus of control refereert aan de overtuigingen die personen hebben over of de oorzaak of het beloop van de specifieke gebeurtenissen kan worden toegeschreven aan persoonlijke (interne controle) of situationele (externe controle) factoren. Zoals verwacht zijn passieve coping strategieën en een externe locus of control geassocieerd met hogere pijnscores en toegenomen hinder tijdens de dagelijkse activiteiten door de musculoskeletale problemen.

Tot slot zijn de definities voor pijn en chronische pijn van de International Association for the Study of Pain (IASP) relevant, daar het de complexiteit van pijnklachten benadrukt. Pijn wordt gedefinieerd als: “een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging”. Een andere beschrijving van pijn is: “het meest opvallende deel van een geactiveerd lichaamsbeschermingssysteem; een output na de complexe interactie van homeostatische systemen in reactie op een opgemerkte dreiging”.⁸ Chronische pijn wordt gedefinieerd als: “pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte”. De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft in 2011 een uitgebreid rapport over chronische pijn in Nederland geschreven.¹³

1.1.2 Visie op bewegen

‘Bewegen’ wordt gedefinieerd in de ruimste zin van het woord. Bewegen is een vorm van intentioneel gedrag, van handelen. Het kaakgewricht, ook wel het temporomandibulaire gewricht, is het meest gebruikte gewricht. Het gewricht is betrokken bij veel dagelijkse activiteiten, zoals spreken, eten, lachen, geeuwen. Daardoor heeft het niet alleen een biomechanische functie, maar tevens een sociale functie.

1.1.3 Visie op hulpverlening

Het accent bij de hulpverlening door een OFT ligt op gedrag en gezondheid, activiteit en participatie en niet op ziekte en zorg.¹⁴ Het individu in de huidige maatschappij wil niet alleen zorg bij ziekte, maar wil ook gezond blijven en mee blijven doen in de samenleving. Dat betekent een ander aanbod. Deze verschuiving vraagt meer van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Het individu is geen passieve consument van de zorg meer, maar neemt een actief betrokken rol in die samen met de zorgprofessional een beleid uitzet. Er zal meer aandacht voor preventie moeten zijn en daarmee voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden.

De OFT heeft kennis van het bewegingssysteem, bewegingsgedrag en gezondheidsgerelateerd bewegen en helpt de patiënt vanuit deze kennis, op adequate wijze, het bewegen te optimaliseren, participatie te bevorderen, en achteruitgang te voorkomen. Ook biedt de OFT-begeleiding bij achteruitgang. De OFT biedt ondersteuning bij zelfmanagement en bevordert, indien mogelijk, de gezondheidsvaardigheden.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderstreept het belang van ziektepreventie en gezondheidsbevordering in het Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014¹⁵. De focus ligt hierbij op zorg gerelateerde en geïndiceerde preventie. Beide vormen van preventie gaan uit van een individueel gezondheidsprobleem en hulpvraag van de patiënt. Bij zorggerelateerde preventie wordt bij een bestaande klacht een interventie toegepast om ernstige complicaties of pathologie in de toekomst te voorkomen. Bij geïndiceerde

preventie is de doelstelling om op basis van een individuele inschatting van het risicoprofiel en epidemiologische gegevens toekomstige klachten te voorkomen. Hiervoor dient de OFT de risicofactoren van de verschillende (veelvoorkomende) klachtenbeelden in het hoofd-halsgebied te kennen en herkennen.

1.2 Theoretische rationale

1.2.1 Wetenschappelijk fundament

De OFT maakt gebruik van en baseert zich op principes vanuit de basiswetenschappen van de fysiotherapie en kennis uit de tandheelkunde, keel-, neus- en oorheelkunde (KNO), neurologie, mondziekten, kaak- en aangezichtskaakchirurgie (MKA), psychologie, logopedie, epidemiologie en de bewegings- en gezondheidswetenschappen. De OFT baseert zich onder andere op principes vanuit de *gnathologie*, *neurologie* en *KNO*.

Vanuit de **gnathologie** zijn het meest voorkomend de TMD of orofaciale pijn waarbij de OFT zich bezighoudt met het (niet goed functionerende) kauwstelsel in ruime zin. Daarbij kan worden gedacht aan kaakgewrichtsgeluiden, pijn, parafunctioneel mondgedrag (lipgewoonten, tonggewoonten, etc.), bruxisme en slaapproblemen versterkt door een terugwijkende onderkaak en aan beperkingen bij het openen of sluiten van de mond en/of functieproblemen zoals bij het kauwen en/of afbijten.

De **neurologie** en de **KNO** presenteren zich met name in het niet goed functioneren van de spieren in het gezicht, zoals bij aangezichtsverlamming of facialisparesis. Daarnaast hoort de dystonie bij het vakgebied neurologie. In een normale situatie werken de spieren van de linker en rechter gezichtshelft min of meer symmetrisch. Bij een aangezichtsverlamming is de bewegingsmogelijkheid van een gezichtshelft verminderd of helemaal uitgevallen. Daarnaast kunnen, bij restverschijnselen van een aangezichtsverlamming, de spieren in het gezicht op een abnormale manier gaan meebewegen (synkinesen). Bij dystonie is er sprake van een stoornis in de spierspanning. Dystonie is een neurologische ziekte, een bewegingsstoornis. Waar de hersenen de coördinatie van onze bewegingen regelen, gaat dit bij patiënten met dystonie fout, waardoor er onwillekeurige, ongecontroleerde spiercontracties en verkrampingen ontstaan.

Binnen het vakgebied van de **KNO** wordt geregeld vestibulaire revalidatie^{16,17} toegepast. Vestibulaire revalidatie is een oefentherapie die gericht is op het verminderen van symptomen veroorzaakt door vestibulaire dysfunctie. Primair bestaan deze symptomen uit duizeligheid, balansproblemen en visusproblemen. Secundair kunnen angst en depressie voorkomen. Als gevolg van deze symptomen zijn patiënten geneigd bepaalde bewegingen te vermijden met als gevolg afname van hun activiteiten niveau. Vestibulaire revalidatie heeft als doelstellingen het verminderen van duizeligheid en visusproblemen, het verbeteren van balans-/evenwichtsstoornissen, het verminderen van angst en het verbeteren van activiteiten uit het dagelijks leven. Bij de patiënt met tinnitus wordt de invloed vanuit het cervicomandibulaire complex beoordeeld en wanneer geïndiceerd behandeld.¹⁸

Ten behoeve van de klinische besluitvorming en behandeling kan de OFT zich beroepen op een toenemende evidentie, zie ook referenties in 1.3.1. Werkdomein. Door zowel hoogleraren, lectoren, doctoren en masters OFT wordt gewerkt aan de verwetenschappelijking van de OFT.

1.2.2 Evidence based practice

Voor goede klinische beslissingen is klinisch redeneren noodzakelijk. Klinisch redeneren omvat de mentale processen van verzamelen, wegen, prioriteren, interpreteren en structureren van de informatie. Hiermee is de OFT in staat een pijnprobleem en of een bewegingsstoornis kritisch te verhelderen, te helpen oplossen en, op

daartoe bepaalde termijnen, de resultaten van de behandeling te evalueren. Daarbij gebruikt hij voornamelijk een hypothetico-deductieve benadering, uitgaande van biomedische, gedragswetenschappelijke of bewegingswetenschappelijke bronnen. De OFT handelt hierbij conform de kenmerken van evidence based practice.¹⁹ Dit is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het beste bewijsmateriaal om behandelbeslissingen te nemen in samenspraak met de patiënt. De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De pijnproblemen, bewegingsstoornissen en de gevolgen hiervan op het menselijk functioneren zijn medebepalend voor de besluitvorming. Voor een behandeling is behalve de toestemming van de patiënt (of in diens plaats, van de vertegenwoordiger) een behandelindicatie nodig. Dat betekent dat voor een behandeling de OFT een oordeel moet vellen welke behandeling voor deze patiënt goed zou zijn. Referentiepunten daarvoor zijn de professionele standaard, noties omtrent goed hulpverlenerschap en de eigen inschatting wat in het individuele geval van deze patiënt, goede geneeskunde is. Naast deze vakinhoudelijke informatie betreft de OFT ook maatschappelijke en financieel-economische aspecten bij de afweging. Op grond van de genomen besluiten en toestemming, gaat de OFT al dan niet over tot klinisch handelen, waarbij hij dit handelen voortdurend afstemt met de patiënt of diens vertegenwoordigers.

1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health

De OFT maakt gebruik van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁹ van de WHO, een classificatie waarmee het menselijk functioneren kan worden omschreven. Dit houdt in dat niet alleen de lichamelijke klacht en de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen in kaart worden gebracht, maar ook de cognities, emoties, gedragspatronen, sociale en maatschappelijke context worden geëvalueerd. De gevolgen van de aandoening kunnen mede bepalen welke gezamenlijk vastgestelde doelen worden nagestreefd.

1.3 De orofaciale fysiotherapie in de context van de gezondheidszorg

1.3.1 Werkdomein

Orofaciale fysiotherapie is het specialisme dat zich specifiek bezighoudt met functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met (complexe) problemen van functie, motoriek en/of pijn in het hoofd, in het gelaat, in de nek- en halsregio en in het kauwstelsel, hierna samengevat onder 'hoofd-halsgebied'. De OFT onderzoekt, interpreteert, analyseert en behandelt zo nodig de gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van arthrogene, musculaire en neurogene stoornissen. Het doel voor de patiënt is klachtenbestrijding, zo mogelijk herstel en het leren omgaan met restklachten waarbij optimale zelfredzaamheid wordt nagestreefd.

Historisch gezien lag het indicatiegebied vooral binnen het domein van de (bijzondere) tandheelkunde met name de orale functieleer en de gnathologie. Aangezien de problematiek in het hoofd-halsgebied vele indicaties en specifieke kennisdomeinen bevat, heeft de OFT zich gaandeweg verder ontwikkeld. Binnen het werkdomein van de OFT hebben andere indicatiegebieden een belangrijke plaats gekregen naast de temporomandibulaire en orale problematiek. Gedacht kan worden aan indicatiegebieden zoals hoofdpijn, duizeligheid, perifere aangezichtsverlammingen, bewegingsstoornissen, aangezichtspijn, tinnitus en specifieke otalgieën. Tevens wordt gedacht aan cervicale bewegingsfunctiestoornissen en functiestoornissen ten gevolge van hoofd-halsoncologie, traumatologie, (plastisch) chirurgische ingrepen en ontwikkelingsstoornissen waarbij de nek-schedelregio betrokken is. De OFT heeft daarnaast kennis over zeldzame aandoeningen gerelateerd aan de schedel, dit op het gebied van MKA, tandheelkundige specialismen, KNO, reumatologie en neurologie. Als voorbeeld kunnen worden genoemd klachten in de nek-schedelregio bij patiënten met een nevenpathologie zoals zeldzame kankers, bindweefselziektes zoals het Ehlers Danlos Syndroom, aangeboren en/of verkregen groei- en ontwikkelingsstoornissen zoals schisis.

Bovenstaande weergave van de deskundigheid van de OFT maakt duidelijk dat hij binnen het musculoskeletale domein ten aanzien van de algemeen fysiotherapeut onderscheidend is door zijn specifieke kennis van pijnfysiologie en functiestoornissen en -beperkingen in het hoofd-halsgebied, de psychosociale aspecten¹² hierbij en de daaraan verbonden onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Daarnaast heeft de OFT specifieke kennis van tandheelkundige en tandtechnische voorzieningen (als intraorale prothesen, craniofaciale prothesen, implantologie) en kennis van oncologie/traumatologie/chirurgie in het hoofd-halsgebied. Ook heeft de OFT kennis van specifieke pijnmedicatie in relatie tot klachten in het hoofd-halsgebied en is de OFT op de hoogte van de zorgpaden van zeldzame ziektes waarbij de nek-schedel regio betrokken is.

Orofaciale fysiotherapie wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut met specifieke kennis en vaardigheden met of zonder een behandelteam. In de private praktijk zal meer solistisch worden gewerkt, terwijl in de kliniek en op de CBT's en in pijnteams een samenwerkingsverband met andere disciplines voorwaarde is om de complexe vraagstukken aan te kunnen. Dit vraagt specifieke kennis van de medisch specialistische gebieden betrokken bij dit domein.

Voor de bepaling van complexiteit wordt tenminste aangesloten op de domeinen van het ICF.⁹ Complexiteit van zorg kan worden gedefinieerd als de mate waarin fysiotherapeuten in hun werkzaamheden te maken hebben met routines of juist onvoorspelbaarheid. Toenemende complexiteit vraagt om andere competenties. Ook bepalend voor complexiteit is de combinatie van problemen op somatisch, cognitief, emotioneel en gedragsmatig gebied. In het orofaciale domein is er een nadrukkelijke rol weggelegd voor de psychosociale context. Dit heeft onder andere te maken met de onbekendheid, en daarmee vaak bezorgdheid, van de schedel en zijn structuren, de betekenis van het gezicht (deze wordt in het sociale contact als eerste 'gezien', dus een afwijking draagt bij aan de eerste indruk) en de hoge prevalentie TMD in jonge hoogopgeleide vrouwen die vaak veel ballen in de lucht houden ('jonge moeder syndroom'). Bovendien is er een hoge prevalentie seksueel misbruik onder de doelgroep van de OFT^{70,104,105,106} Eelco Hakman, hoogleraar Aangezichts chirurgie en Psychodiagnostiek, benadrukt dit met zijn uitspraak "Een mond is meer dan een bak met tanden, het is de poort tussen binnen en buiten". Ook de Nederlandse taal heeft de relatie tussen de psychosociale context en het kaakgebied in zich verborgen met gezegden als "verbijten", "doorbijten", "de kiezen op elkaar zetten", "kopzorgen". Bovendien is de belasting-belastbaarheid van het merendeel van de patiënten die we behandelen een aandachtspunt. Bij het bepalen van de parameters zal met deze onderdelen rekening gehouden moeten worden.

Om een patiënt te kunnen beschrijven in termen van complexiteit, kan de volgende indeling worden aangehouden:

- Ongecompliceerd: De vraagstelling, de classificatie van de aandoening, het diagnostisch en therapeutisch plan van aanpak is helder zonder negatieve prognostische invloeden. De individuele hulpverlener kan het behandelplan vormgeven.
- Licht gecompliceerd: Er zijn meerdere ICF dimensies betrokken maar het totale klachtenbeeld is overzichtelijk en beïnvloedbaar. Mogelijk is er sprake van disfunctionele opvattingen en/of emoties rondom de aandoening. De individuele hulpverlener is uitgerust om de vraagstelling van de patiënt te attaqueren.
- Matig gecompliceerd: Er is sprake van impact op meerdere levensgebieden en ICF dimensies, er zijn ongunstige persoonskenmerken, levensproblematiek en comorbiditeit aanwezig. De zorg dient veelal te worden afgestemd en vraagt om samenwerking tussen disciplines.

- Zwaar gecompliceerd: Er is sprake van grote impact op meerdere ICF dimensies, er is sprake van comorbiditeit, middelengebruik (alcohol, verdovende middelen, bepaalde medicatie) en/of psychopathologie. De zorgverlening vindt veelal plaats in teamverband waarbij de aansturing van de zorg door een casemanager gebeurt. Over het algemeen wordt deze zorg verleend in specifieke expertisecentra zoals de Centra Bijzondere Tandheelkunde waar de topklinische zorg kan plaatsvinden.

De NVOF hanteert de voorgaande beschrijving voor de formulering van het beroepsdomein orofaciale fysiotherapie, maar voegt een aantal preciseringen toe. Te weten:

- Het orofaciaal fysiotherapeutisch beroepsdomein betreft gezondheidsproblemen van neuromusculoskeletale aard waarvoor een westerse rationele (wetenschappelijke) basis bestaat voor een specifiek orofaciale fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling.
- Het orofaciaal fysiotherapeutisch beroepsdomein bevat zowel eenvoudige en vaak voorkomende als meer complexe gezondheidsproblemen van musculoskeletale aard waarin de schedel, de kaak en/of de cervicale wervelkolom een centrale rol spelen qua lichaamslocatie. Daarbij komen onder andere pijnklachten, bewegingsstoornissen, zenuwuitval en of duizeligheid frequent voor, waarbij de complexiteit van de aandoening in ogenschouw wordt genomen.
- Het orofaciaal fysiotherapeutische beroepsdomein bestaat uit gezondheidsproblemen waarvoor wetenschappelijke evidentie bestaat voor de indicatie van therapeutische interventies (witte zones), tevens uit gezondheidsproblemen waarvoor geen of weinig – wetenschappelijke – evidentie voorhanden is, maar waarover wel brede (expert)consensus bestaat in de beroepsgroep. Deze zogenaamde 'grijze zones' kunnen de indicatiestelling voor therapeutische diagnostiek en behandeling betreffen, maar ook de therapeutische behandelduur en -frequentie.

Wetenschappelijke inzichten en richtlijnen binnen het domein

Er is een groei van wetenschappelijke inzichten en richtlijnen binnen het orofaciale domein. Richtlijnen waar de OFT onder andere gebruik van maakt zijn richtlijnen voor de behandeling na halsklierdissectie²⁰, mondholte- en orofarynxcarcinoom²⁰, idiopathische perifere aangezichtsverlamming²¹, chronische aangezichtspijn²² en duizeligheid²³. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van internationale consensus (DC-TMD)²⁴, systematische reviews en van de richtlijnen van het KNGF en andere beroepsorganisaties. Evidentie voor (onderdelen van) de orofaciale fysiotherapie als interventie is nog niet volledig, zoals voor myogene klachten²⁵, de DC-TMD²⁶⁻³⁰, kauwspieren en spierrekken³¹, bruxisme³², mondkanker³³, somatosensorische tinnitus³⁴ en aangezichtsverlamming³⁵. Daarom moet in de toekomst onderzoek blijven plaatsvinden om de effectiviteit van de orofaciale fysiotherapie verder aan te tonen, ook op het gebied van complexe en zeldzame aandoeningen. Naast onderzoek naar de effectiviteit is ook wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk voor een meer specifieke onderbouwing van de onderzoeks- en behandeltechnieken van de OFT²⁶⁻³⁰.

Indicatiegebieden

Zoals in het vorige hoofdstuk gememoreerd, is de historische doelgroep van de OFT de patiënt met TMD, ofwel stoornissen die hun oorsprong vinden in het kauwstelsel. Van alle Nederlanders heeft ongeveer 21% hier symptomen van. Ongeveer 5% van de Nederlanders heeft matig tot ernstige symptomen van TMD. De

behandelbehoefte in Nederland ligt rond de 3%³⁶, waarbij de patiëntenpopulatie zich kenmerkt door geslacht (circa 70% vrouwen) en leeftijdscategorie (overwegend tussen de 15 en 45 jaar).

Inmiddels heeft er een verschuiving plaatsgevonden van deze enigszins beperkte doelgroep naar een uitgebreider domein, namelijk dat van het gehele hoofd-halsgebied. Zoals genoemd in hoofdstuk 1 hebben ook andere indicatiegebieden meer plaats gekregen in de dagelijkse praktijk van de OFT.

Belangrijke indicatiegebieden voor orofaciale fysiotherapie zijn (NB: referenties zijn niet compleet, daarvoor verwijzen de auteurs naar de wetenschappelijke databanken):

- TMD (myogeen, arthrogeen en neurogeen)³⁷⁻⁵⁰
- Bruxisme^{51,52}
- Orofaciale- en intraorale pijn⁵³⁻⁵⁷, waaronder (secundaire) hoofdpijn, (aspecifieke) aangezichtspijn, neuropathieën in het hoofd-halsgebied
- Tinnitus en aspecifieke otalgieën^{58,59}
(Status na) hoofd-halsoncologie³³
(Status na) hoofd-halschirurgie en traumatologie^{60,61}
- Vertigo, dysbalans en disequilibrium^{62,63}
- Paresen/paralysen hoofd-, hals; facialis parese, primair en secundair⁶⁴
- Dyskinesieën en dystonieën⁶⁵
- Cervicale functiestoornissen⁶⁶⁻⁶⁹
- Vormen van hypo- en hyperacusis⁷⁰
- Slaapstoornissen⁷¹⁻⁷⁴
- Primaire hoofdpijn(en), migraine, Tension Type Headache (TTH)⁷⁵⁻⁷⁷

Tenslotte worden hieronder een aantal bijzondere groepen genoemd, die vragen om een specifieke benadering door de aard van de populatie, de specifieke communicatie of optredende pathofysiologische mechanismen. De OFT verdiept zich in deze doelgroep door patiënt specifieke kenmerken en hulpvragen te inventariseren en stemt daar de therapie op af. Bij deze groepen valt te denken aan patiënten met systeemziekten als reuma of zeldzame ziekten, zoals bijvoorbeeld Ehlers Danlos Syndroom (EDS)⁷⁸⁻⁸⁰ en spierziekten. De laatste jaren is er een toenemende behoefte om zeldzame ziektes beter in kaart te brengen. Het Nationale Plan Zeldzame Ziektes⁸¹ vraagt aandacht voor zowel concentratie van zorg, herkennen, ontwikkelingen in de diagnostiek en behandelmogelijkheden. De Vereniging Ehlers Danlos Patiënten bijvoorbeeld heeft diverse ontwikkelingen geëntameerd zoals het doen uitgeven van een standaard werk met meest recente wetenschappelijke data zo ook op het gebied van de orofaciale dysfuncties. Een toenemende belangstelling is er geweest voor de spierziekten en orofaciaal functioneren (promotie Willemijn van der Bruggen⁸²) en jeugdreuma (JIA)⁸³⁻⁸⁶. De diverse belangenverenigingen van patiënten met Zeldzame Ziektes hebben gewoonlijk een medisch adviesraad met daarbij vaste contacten naar fysiotherapeuten. De orofaciale problematiek in combinatie met de specifieke aandoening vraagt een extra inspanning van de OFT om zich te verdiepen in de ziektespecifieke problematiek.

Kaakdysfuncties worden in de huisartsengeneeskunde niet altijd geïdentificeerd. Regelmatig worden ze geïnterpreteerd als pre-auriculaire pijn op basis van stoornissen in het oor, waarna veelal verwijzing naar de KNO-arts plaatsvindt omdat de klachten als atypisch worden beoordeeld. In de tandheelkunde richt men zich op de zorg van de gebitselementen; bij persisterende klachten op basis van TMD worden patiënten vaak verwezen

naar kaakchirurgen, tandarts-gnathologen maar ook naar neurologen en KNO-artsen. Juist de diversiteit van bijkomende klachten (correlaten) en het vaak lange tijdstraject van (differentiële) diagnostiek vergroot het risico dat de klachten van de patiënt chronisch worden. Door een nadrukkelijke plaats van de OFT in de zorgketen blijkt uit de dagelijkse praktijk van de leden NVOF het diagnostisch proces te worden versneld.

Werkwijze orofaciaal fysiotherapeut

De OFT wordt bijvoorbeeld bij chronisch persisterende niet-dentale pijn in zijn opleidingstraject getraind in het toepassen van het SCEGS-model⁸⁷ in de anamnese waarbij ruim aandacht voor de specifieke valkuilen en rode vlaggen in het hoofd-hals gebied en ziektebeelden zoals spierziekten, reuma, en dergelijke (zie bijlage Toolkit). In de anamnese zal ten aanzien van de somatische component de OFT de pijnklacht in brede zin beoordelen waarbij anamnestic aandacht voor de musculoskeletale, neuropathische⁸⁸, vasculaire, primaire hoofdpijn-gerelateerde klachten. Na indicatiestelling vindt de intra-orale en extra orale inspectie plaats in het bovenste lichaamskwadrant, neurologische testen en specifieke aandoeningsgerichte testen (**zie bijlage Toolkit**). Bij de aangezichtsverlamming en/of bewegingsstoornissen wordt gebruik gemaakt van specifieke protocollen zoals beschreven door Beurskens⁸⁹ en Kaski⁹⁰.

Vanzelfsprekend zal de OFT bij de intra-orale inspectie en intra-orale handelingen rekening houden met het geldende hygiëneprotocol⁹¹. Zie Toolkit (bijlage) voor een overzicht van de gebruikte vragenlijsten en testen met betrekking tot aandoeningen zoals **TMD**: (SCEGS-model, Screening/Rode vlaggen, Screen, uitleg en begeleidende brief Checklijst rode vlaggen bij TMD, Gezondheidsvragenlijst; onderzoeksformulieren TMD en CWK; meetinstrumenten zoals Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale (NPRS / VAS), Patiënt Specific Approach (PSA), MFIQ (Mandibular Functional Impairment Questionnaire ofwel de Mandibulaire Functiebeperkingen vragenlijst Groningen); NDI (Neck Disability Index), 4DKL (4 dimensionale klachtenlijst), PSK TMD, TSK, TMD Oral Health Impact Profile (OHIP-NL49, OHIP-NL14), Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL), Pijn Coping Inventarisatie lijst (PCI), Ziekteperceptie vragenlijst (IPQ-K).

Hoofdpijn: SCEGS-model, Screening/Rode vlaggen; Cranio Cervicale Flexion Test (CCFT), Test van Harris (Neck Flexor Muscle Endurance Test), Flexion Rotation Test (FRT), Test voor a. vertebraalis, Hoog-cervicale instabiliteitstesten, Joint Position Error (JPE), Palpatie myofasciale triggerpoints met relevante uitstralingspatronen. Meetinstrumenten zoals Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale (NPRS / VAS), Hoofdpijndagboek, HIT-6, MIDAS, MSQoL, NDI (Neck Disability Index), 4DKL (4 dimensionale klachtenlijst), PSK, Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL) Pijn Coping Inventarisatie Ziekteperceptie vragenlijst (IPQ-K).

Post-chirurgische orofaciale ingrepen: Meten van de bewegingsuitslagen van de onderkaak, Neurologisch onderzoek; Meetinstrumenten zoals Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale (NPRS / VAS), PSK, Facial Disability Index, Sunnybrook, House-Brackmann schaal.

Oncologie: Onderzoeksformulier CWK en schoudergordel, neurologisch onderzoek, Algoritme Cools + beschrijving testen, Testen scapulaire dyskinesie, Meten van de bewegingsuitslagen van de onderkaak. Meetinstrumenten: Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale (NPRS / VAS), PSK, Schouder beperkingen vragenlijst, RAND 36, SPADI, DASH, Quick Dash, Neck Dissection Impairment Index (NDII) + scoringstool, Multidimensionele Vermoeidheidsindex, Lastmeter, Facial Disability Index Sunnybrook, House-Brackmann schaal.

Duizeligheid; SCEGS-model, Screening/Rode vlaggen, Hyperventilatie provocatie test, Dix-Hallpike, Romberg, gemodificeerd, POMA (Performance Orientated Mobility Assessment) volgens Tinetti, Berg Balance Scale, Timed up and go test, Klinische testbatterij volgens Fife ,Op één been staan, Functional reach test, CWK testen (zie eerder). Meetinstrumenten: zoals Nijmeegse hyperventilatieschaal, Dizziness Handicap Inventory, Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL), Pijn Coping Inventarisatie lijst (PCI), Ziekteperceptie vragenlijst (IPQ-K)

Neurologische stoornissen: Screening/Rode vlaggen, Neurologisch onderzoek; Meetinstrumenten: Facial Disability Index, Sunnybrook, House-Brackmann schaal, MEEI-FACE gram Programma, te vinden op: http://www.sircharlesbell.org/facial_nerve_programs.html. Meetinstrumenten dystonie Vragenlijst oromandibulaire dystonie (geen validatie bekend), te vinden op: <https://sites.google.com/site/oromandibulardystoniadutch/home/diagnose-van-oromandibulaire-dystonie/vragenlijst-oromandibulaire-dystonie>, Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS).

Cervicale bewegingsfunctiestoornissen: SCEGS-model, Screening/Rode vlaggen, Onderzoeksvormulier addendum CWK en schouder, CCFT (Cranio-cervicale Flexion Test), Test van Harris (Neck Flexor Muscle Endurance Test) , Flexion-Rotation Test (FRT), Cluster van Wainner voor cervicale radiculopathie, Hoog-cervicale instabiliteitstesten, Testen scapulaire dyskinesie, Joint Position Error (JPE), Neck Torsion Test, Klinische testbatterij volgens Fife, Myofasciale trigger points nek, Canadian C-Spine Rules, Test a. vertebralis. Meetinstrumenten zoals Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale (NPRS / VAS), NDI, Bournemouth Neck Questionnaire, TSK, FABQ, 4DKL (4 dimensionale klachtenlijst), Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL), Pijn Coping Inventarisatie lijst (PCI), Ziekteperceptie vragenlijst (IPQ-K).

Na de beoordeling en analyse van de hulpvraag, klachtenlijst, specifieke bevindingen uit het neurologische en functieonderzoek zal de OFT een samenvattende beoordeling geven, komen tot een fysiotherapeutische werkdiagnose en beoordelen of er sprake is van een indicatie stelling voor een fysiotherapeutische behandeling. Gegeven de diversiteit van de aandoeningen kan de hulpvraag en conclusie van het functieonderzoek verschillen. De meetinstrumenten worden gericht ingezet en kunnen ondersteunende informatie geven voor de te kiezen interventie. Gebruik wordt gemaakt van de gangbare classificatie modellen zoals bijvoorbeeld van de DC/TMD als van de hoofdpijn classificatie (IHS). De therapeut zal in samenspraak met de patiënt de mogelijke behandelopties bespreken waarbij domein breed wordt geïnformeerd en men zich niet beperkt tot enkel de beroepsspecifieke opties. De evidentie van de te kiezen opties wordt besproken en er wordt uitleg gegeven over de aandoening en haar gevolgen.

Gegeven de soms lange wachttijden voor medisch specialisten vult de OFT hiermee een plek op waar de patiënt terecht kan.

Daarbij geeft de OFT functionele adviezen en begeleiding tot daadwerkelijke therapeutische zorgverlening en nazorg.

Positie van de orofaciaal fysiotherapeut in de zorg

De OFT heeft door zijn specifieke expertise een *aanvullende* positie ten opzichte van de huisarts, medisch specialist, tandarts(specialist) en de algemeen fysiotherapeut. De bijzondere plek die de OFT kan invullen binnen de multidisciplinaire samenwerking wordt mede bepaald door zijn inzicht in het bewegend functioneren in brede zin waarbij aandacht voor de zes gezondheidsdimensies om het 'gezondheidswelzijn' te meten⁶:

- lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
- mentale functies en -beleving: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht
- spiritueel/existentiële dimensie: zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie
- kwaliteit van leven: kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
- sociaal maatschappelijke participatie: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
- dagelijks functioneren: basis Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy.

Gezien zijn uitgebreide kennis van verschillende indicatiegebieden en behandel mogelijkheden van deze andere (chronische) aandoeningen, is de OFT een geschikte case manager voor specifieke patiëntencategorieën. De exacte rolvervulling hierbij is sterk afhankelijk van de afspraken, setting en indicatie. Hierbij wordt gedacht aan patiënten met TMD, maar ook bijvoorbeeld aan patiënten met hoofdpijn of een aangezichtsverlamming. Voor andere indicatiegebieden zal hij weliswaar geen casemanager zijn, maar kan de OFT wel een complementaire positie gaan innemen binnen de zorgketen, zoals bijvoorbeeld bij zorg voor Zeldzame Ziekten.⁸¹

De plaats die de OFT krijgt is uiteraard zeer afhankelijk van de aard van de beperking in activiteit of participatie. Verder zijn er specifieke beroepsgroepen als musici en verbalisten met klachten in het bewegingsapparaat waaronder de kaakregio. Daar de wetenschap inmiddels voldoende bewijs heeft om de relaties tussen distress, pijn en (mond)gewoonten te bevestigen ziet de OFT meer en meer adolescenten met kaakproblematiek.⁹²⁻⁹⁴

1.3.2 Werkerterrein

OFT's zijn werkzaam in diverse settings van de gezondheidszorg. Het grootste deel van de OFT's werkt binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, in praktijken met meerdere fysiotherapeutische specialisten en in gezondheidscentra. OFT's zijn eveneens werkzaam op specialistische centra zoals Centra Bijzondere Tandheelkunde.⁹⁵

Er wordt, mede vanwege de complexiteit van de klachten, veel samengewerkt met andere zorgverleners. Voorbeelden van concrete samenwerkingsverbanden zijn: collega fysiotherapeut voor bijvoorbeeld een manueel-therapeutische of psychosomatische benadering, huisartsen voor bijvoorbeeld meer inzicht in de medische voorgeschiedenis van een complexe patiënt, tandartsen voor bijvoorbeeld het uitsluiten van dentale problematiek, medisch-specialisten (zoals KNO-arts, MKA-arts, neuroloog, reumatoloog, oncoloog, (plastisch) chirurg, traumatoloog, pijnarts, revalidatiearts, psychiater) voor aanvullend medisch onderzoek bij verdenking op pathologie. Daarnaast zien wij een toenemende bekendheid van de orofaciale fysiotherapie onder tandartsen, die

meer en meer de relevantie en meerwaarde van het vak herkennen en erkennen. Dit leidt tot een directe samenwerking, bijvoorbeeld van een OFT in de tandheelkundige praktijk.

Andere partners waarmee op dit moment het meest intensief wordt samengewerkt en waarmee er een verwijsrelatie wordt onderhouden door de OFT zijn de:

- Tandarts-gnatholoog, orthodontist
- Fysiotherapeut-gnatholoog
- (Klinisch) psycholoog
- Logopedist

Verder maakt de sociale omgeving deel uit van de zorg rondom de patiënt.

De OFT sluit zich bij complexe problemen aan bij het zorgpad van de patiënt, waardoor een optimale transparantie naar de patiënt en zonodig diens omgeving ontstaat. Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. Een zorgpad kan worden gezien als de beschrijving van opeenvolgende stappen, beslismomenten en criteria in het zorgproces voor een patiëntengroep met een specifieke zorgvraag. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te plannen en op te volgen. In de vraagstelling van patiënten met bijvoorbeeld nazorg na orofaciaal kanker of groei- en ontwikkelingsstoornissen dient de OFT zich rekenschap te geven van de betrokkenheid van vele andere disciplines en het patiëntperspectief te bewaken. In essentie betreft het zorgpad het beslismodel dat gehanteerd wordt om de routing van patiënten door het proces te standaardiseren.

De orofaciale fysiotherapie is direct toegankelijk zonder tussenkomst van een verwijzend arts.

De multidisciplinaire samenwerking vraagt om heldere communicatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners zowel inter- als multidisciplinair. De OFT kent de meerwaarde van de verschillende hulpverleners in de totale zorgketen. De OFT vervult de verschillende rollen binnen het CanMEDS model.¹¹ De OFT heeft oog voor de sociale context, behandelt waar mogelijk, stelt de patiënt op coachende wijze gerust en treedt indien gewenst op als casemanager voor de patiënt, rekening houdend met de lokale setting en gemaakte afspraken. Naast de zorg- en dienstverlening die de OFT levert aan de patiënt (specialist) is hij als master opgeleide zorgprofessional breder werkzaam in en vanuit zijn eigen organisatie en beroep, bijvoorbeeld als professioneel leider en adviseur gericht op collega's en andere disciplines. Daarnaast is de OFT binnen de organisatie waar hij werkzaam is, als beroepsontwikkelaar medeverantwoordelijk voor zorgvernieuwing in zijn beroepspraktijk. De OFT heeft een open attitude die transparantie van de zorg mogelijk maakt, zodat de kwaliteit van de orofaciale fysiotherapie continu verbetert. Daarvoor werkt hij op diverse manieren samen met zijn directe collega's. Op macroniveau is een OFT binnen zijn beroep betrokken bij beroepsinnovatie. Hij levert bijvoorbeeld een bijdrage aan congressen, workshops en intercollegiaal overleg. Tot slot houdt de OFT zich als adviseur onder andere bezig met het coachen van beroepsgenoten en directe collega's binnen de eigen organisatie en uiteraard van patiënten binnen het zorgproces. Daarnaast kan de OFT werkzaam zijn in de wetenschappelijke setting en in het beroepsonderwijs.

1.4 Werkwijze orofaciaal fysiotherapeutisch handelen

1.4.1 Methodisch handelen

OFT's screenen, onderzoeken, behandelen en evalueren klachten van patiënten en handelen gedurende het gehele (behandel)proces methodisch zoals dit in de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011 beschreven staat. Bij het klinische redeneren en interveniëren, houden zij het biopsychosociaal model en het ICF-model aan. De OFT handelt doelgericht en volgens een opgesteld plan en hanteert daarbij een logische volgorde in een samenhangend verband.

Het handelen van de OFT kent de processen zoals beschreven in de KNGF-praktijkrichtlijnen Fysiotherapeutische verslaglegging 2011 en Fysiotherapeutische dossiervoering 2016.

Deze processen hebben een cyclisch karakter.

1. Screeningsproces: waarin door middel van een gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek besloten wordt of het gepresenteerde gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de (O)FT valt. De OFT screent daarnaast specifiek op risicofactoren en/of contra-indicaties in het hoofd-halsgebied.
2. Diagnostisch proces: waarin de OFT op methodische wijze het probleem van de patiënt inventariseert en analyseert en relateert aan de specifieke hulpvraag van de patiënt. Dit proces leidt tot een specifieke OFT diagnose en het formuleren van een voor de patiënt gewenst en haalbaar behandelplan met expliciete doelen, of tot een door- of terugverwijzing van de patiënt. Hierbij past hij kennis en kunde toe op EQF 7 niveau.¹⁰ In de uitvoering van de werkzaamheden hanteert de OFT een hoger niveau van klinisch redeneren rondom complexe patiëntproblematiek.
3. Therapeutisch proces: waarin de OFT in samenspraak met de patiënt het opgestelde behandelplan uitvoert en op methodische wijze de geïndiceerde behandeling verstrekt. Ook de evaluatie en afsluiting vinden tijdens dit proces plaats. In de evaluatie, evalueert de OFT met de patiënt, de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van beiden in relatie tot elkaar. Na evaluatie van de behandeling besluit de patiënt in samenspraak met de OFT, aan de hand van het behaalde resultaat en de informatie van de OFT, of de behandelperiode wordt afgesloten.

Gegeven het procesmatig karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is er hierbij geen sprake van een enkele, maar van een voortdurende evaluatie. Gepaster is dan ook de term 'monitoren'. Het doel van monitoren is, aan de hand van de reactie op de behandeling, vaststellen of de behandeling bijgesteld moet worden, en nadelige gevolgen van de behandeling detecteren. Door middel van monitoren wordt met hoge frequentie de plan-do-check-act-cyclus doorlopen.

In het OFT methodisch handelen vervult de interactie tussen patiënt en OFT een belangrijke rol. Mede dankzij het methodisch handelen kunnen de resultaten van de behandeling zowel intern als extern worden getoetst.

1.4.2 Verrichtingen

Tot de interventies van de OFT behoren onder andere specifieke mobilisaties, bewegingsanalyse (inclusief de invloed van contextuele factoren) en oefentherapie ten behoeve van een zo goed en snel mogelijk herstel. Daarnaast massage en apparatieve technieken zoals bijvoorbeeld myofeedback en neuromodulatie. Deze

interventies vereisen een hoog-complex vaardigheidsniveau. Voordat de OFT bovenstaande technieken toepast, tracht hij op basis van de juiste onderzoeksvaardigheden uitspraken te doen over:

- de pijn-range-weerstand-relatie van de articulaire structuren en weke delen;
- de functieanalyse;
- de invloed van contextuele factoren op de ziekteperceptie van de patiënt;
- de specifieke oefentherapie (incl. methodische opbouw);
- gebruik van relevante monitoringsdata of uitslagen van klinimetrische testen.

Een deel van de fysiotherapeutische handelingen zullen intraoraal worden uitgevoerd. Deze handelingen zijn niet voorbehouden volgens de wet BIG, maar wel gebonden aan specifieke voorwaarden. Vooralsnog wordt het document Infectiepreventie in Mondzorgpraktijken⁹¹ gebruikt als richtlijn voor de intraorale (be)handelingen.

1.5 Beroepsethiek

De beroepsethiek van de OFT heeft bijzondere aandacht voor 'zorg' in de breedste zin van het woord. Deze beroepsethiek is een normatieve ethiek, met als kern dat deze langdurig geldig, ofwel, duurzaam is. De OFT is zich van deze ethiek bewust en heeft, naast kennis van de beroepsethiek, ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep. De OFT is zich ervan bewust dat binnen de beroepsgroep de Ethiekcommissie KNGF de randvoorwaarden scheidt voor het ethisch denken en handelen. Met deze randvoorwaarden borgt de Ethiekcommissie KNGF het proces van ethische reflectie op mesoniveau, waarbinnen 'zorgen' wordt gedefinieerd als *'een specifieke activiteit die alles omvat wat de mens kan helpen om "zijn of haar wereld" zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat hij of zij daarin zo goed mogelijk kan leven.'* Dat betekent voor de OFT dat gewetensvol handelen als basisgrondhouding vraagt om de morele kwaliteiten aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid. Deze kwaliteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

1.6 Wet- en regelgeving

Deze paragraaf geeft kort enkele relevante wetten en regelingen weer van de overheid en van de beroepsgroep zelf, die van toepassing zijn op patiënten en fysiotherapeuten, en van belang zijn voor de patiënt en het werken als fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk (tabel 1).

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. Voor de fysiotherapeut betekent dit dat hij in het BIG-register opgenomen moet zijn om de titel te kunnen voeren.
Tuchtrecht	Deze wet is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bewaken en wordt uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle) met als beroepsinstantie het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Deze wet regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder.
Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	In deze wet zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op naleving van deze wet.
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	Deze wet regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de patiënt, dan wel zijn juridische vertegenwoordiger.
Modelregeling Fysiotherapeut-Patiënt	In deze regeling zijn de rechten en plichten zoals opgenomen in de WGBO voor de fysiotherapeut nader uitgewerkt en toegelicht. De regeling is tot stand gekomen in samenspraak met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de NPCF. Naast deze regelgeving zijn leden van het KNGF en fysiotherapeuten die ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie gehouden zich te gedragen overeenkomstig de Beroepsethiek en gedragsregels van de Ethiekcommissie van het KNGF.
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen (Wet Bopz)	In deze wet staat onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen en onvrijwillig mag worden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Belangrijk doel van de wet is burgers die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden.
Reglement Tuchtrechtspraak KNGF	Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.
Zorgverzekeringswet (Zvw)	De Zvw maakt, naast de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de AWBZ. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen, maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.
Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)	Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te kunnen bieden.
Good clinical practice	Dit is een internationale ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaard voor het opzetten, uitvoeren en rapporteren van klinisch onderzoek waarbij sprake is van deelname van proefpersonen. Door aan deze standaard te voldoen, wordt

	<p>publiekelijk gewaarborgd dat de rechten, de veiligheid en het welzijn van de proefpersonen zijn beschermd in overeenstemming met de beginselen die hun oorsprong vinden in de Verklaring van Helsinki, en dat de gegevens uit het klinisch onderzoek betrouwbaar zijn.</p>
<p>Wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg (Wkkgz)</p>	<p>De overheid wil dat iedereen goede zorg krijgt. Daarom heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoud en wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Dit staat in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Hierdoor kunnen zorgmedewerkers veilig een incident melden, krijgt de cliënt een sterkere positie en ontstaat er een uitbreiding van de meldplicht van zorgaanbieders.</p>
<p>Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</p>	<p>De fysiotherapeutische praktijk valt niet onder de sectoren waar de Wet verplichte meldcode verplicht is. Het is echter goed om kennis van het bestaan van de code te hebben. Binnen de meldcode wordt van individuele beroepskrachten verwacht dat zij het stappenplan van de meldcode volgen, zoals vastgelegd binnen de instelling, als zij huiselijk geweld of kindermishandeling signaleren, of als ze vermoeden dat hiervan sprake is.</p>
<p>Richtlijn Infectiepreventie in mondzorgpraktijken (KNMT, 2016)⁹¹</p>	<p>Infectiepreventie is gericht op preventie van zorggerelateerde infecties bij patiënten en op het voorkómen van (beroeps)ziekten bij de zorgverleners die in een praktijk voor mondzorg werken. Het belangrijkste doel is het verminderen van het risico op wondinfecties, bloedoverdraagbare aandoeningen en dragerschap of infectieziekten door pathogene bacteriën en virussen. De richtlijn sluit aan op WIP-richtlijnen, de relevante NENnormen, de landelijke Richtlijn Preventie transmissie van hepatitis B van medisch personeel naar patiënten uit 2012, de arbo-richtlijnen en de NHG-standaard Bacteriële huidinfecties.</p>

Tabel 1. Wet- en regelgeving.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod

2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

Aanvankelijk had het indicatiegebied betrekking op stoornissen en beperkingen in het kaakgewricht en de kauwspieren. De laatste jaren heeft er, zoals eerder genoemd, een verbreding van het werkveld plaatsgevonden. Binnen het OFT domein is onder andere nadrukkelijker aandacht gekomen voor de halswervelkolom, met name door de sterke relatie met symptomen als duizeligheid, tinnitus en hoofdpijnklaarten.

Daarnaast heeft de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie en de 'vrije marktwerking' per 2006, het zogenaamde 'marktgerichte denken' binnen de vereniging gestimuleerd. Denk daarbij aan het duidelijker profileren op indicatiegebieden, waarbij de OFT niet automatisch wordt ingeschakeld. Deze ontwikkelingen hebben nieuwe mogelijkheden gegeven voor het verwerven van een sterke positie in de markt en een kwaliteitsverbetering in de zorgketen rondom patiënten met orofaciale problemen. Voor de diverse zorgpaden van zeldzame aandoeningen waarbij de schedel en orofaciale regio betrokken zijn dienen de mogelijkheden van de orofaciaal fysiotherapeut nog nader te worden onderzocht en ingevuld. Hierbij kan worden gedacht aan groei en ontwikkelingsstoornissen van de kaak, aangezichtsdeformiteiten, revalidatie bij dynamische reconstructies van aangezichtsverlammingen, schisis, maar ook aan de gevolgen van zeldzame vormen van kanker in de orofaciale regio en bindweefselziektes zoals Ehlers Danlos Syndroom.

Recent zijn er wetenschappelijke trajecten geweest die het belang van kauwen aantonen bij ouderen. Goed kauwen is niet alleen van belang voor de spijsvertering maar uiteindelijk ook via de doorbloeding van de hersenen voor het geheugen.⁹⁶ Weijenberg onderzocht het effect van meer kauwactiviteit op cognitie en kwaliteit van leven van ouderen met een dementie. Van lichamelijke activiteit is bekend dat het een positief effect kan hebben op cognitie en kwaliteit van leven. Matig tot intensief bewegen verlaagt stress, bloeddruk en verrijkt de omgeving. Kauwen heeft vergelijkbare effecten en kan dus gezien worden als een vorm van bewegen. Weijenberg bevestigt het verband tussen kauwen en het geheugen: als de kauwfunctie en kauwactiviteit beperkt zijn, is de geheugenfunctie dat ook. Ook blijkt uit haar onderzoek dat pijn vaak niet gezien wordt bij deze ouderen en dus ook pijn aan de mond niet. Om goed te kunnen kauwen zijn twee dingen nodig: een gezonde, pijnvrije mond en voedsel van een normale tot harde consistentie. Het blijkt dat de mondgezondheid bij ouderen met dementie niet altijd optimaal is en ook dat er vaak onnodig zacht of gemalen voedsel gegeten wordt. Uit het klinische onderzoek blijkt dat er bij ouderen met een dementie een positief verband is tussen het kauwvermogen en bepaalde cognitieve functies; wie beter kan kauwen presteert ook beter.

Ook bij kinderen met spierziekten zoals Duchenne musculaire dystrofie (DMD) en Spinale musculaire atrofie (SMA) treden functie stoornissen en verminderd kauwvermogen op. Van der Bruggen⁸² toonde aan dat de verschillen in pathofysiologie bij patiënten met SMA en DMD leiden tot specifieke symptomen van mandibulaire disfunctie. Bij de SMA-groep waren de voornaamste beperkingen de mandibulaire bewegingen en de bijkracht; bij DMD-groep betrof dit het kauwvermogen. Bij de SMA-patiënten werd de beperking van de mondopening vooral veroorzaakt door vervetting van de musculus pterygoideus lateralis. Bij de DMD-patiënten speelden de verzwakte kauwspieren en een reductie van het aantal occlusale eenheden een rol bij het ontstaan van een beperkt kauwvermogen. Patiënten met SMA en DMD worden geadviseerd om het kauwstelsel actief te houden, door het aanpassen van voedsel zo lang mogelijk uit te stellen, mits dit medisch verantwoord is. Training bij SMA-patiënten zal gericht moeten zijn op het vergroten van de mondopening en het actief bewegen van de onderkaak in het horizontale vlak (lateraal en proaal). De training kan starten in de vroege loopfase van het kind. Training bij patiënten met DMD zal gericht moeten zijn op het kauwvermogen, voornamelijk door het vroeg beginnen van een kauwtraining met een lage intensiteit. Er zijn nog veel aandoeningen met spierziektes en of groei en ontwikkelingsproblemen van de schedel waarbij deze aspecten nog niet nader zijn onderzocht.

Tot slot heeft de toenemende drukte in het dagelijks leven gepaard gaande met toenemende stress een belangrijke invloed op de orofaciale fysiotherapie. De grootste doelgroep van de OFT is de jonge hoogopgeleide vrouw. Aangezien er een duidelijke trend is van het combineren van een carrière, een gezin, een sociaal leven en hobby's/sporten, neemt de stress in deze doelgroep alleen maar toe. Met toenemende stress zien wij ook toenemende lichamelijke klachten.

2.1.1 Technologische ontwikkelingen

Er worden in de (orofaciaal) fysiotherapeutische praktijk steeds meer technologische veranderingen gezien. Gedacht kan worden aan de toename in diagnostische en therapeutische middelen, zoals bijvoorbeeld het gebruik van echografie, het gebruik van oppervlakte EMG feedback, polysomnografie en andere beeldvormende technieken.

De verwachting is bovendien dat meer medische apps zullen worden ontwikkeld, waarin patiënten hun behandeling kunnen zien, hun vooruitgang kunnen volgen en gegevens kunnen delen met de OFT. In de behandeling zullen e-health en therapeutisch gamen vaker gebruikt worden. De OFT ondersteunt bij een transfer naar de fysieke wereld. Het KNGF heeft de verdere ontwikkeling van technische hulpmiddelen en het valideren van deze tools op de onderzoeksagenda staan.⁹⁷

Deze ontwikkelingen hebben ook gevolgen voor de OFT. De toenemende patiëntbetrokkenheid heeft duidelijk gemaakt dat het patiëntperspectief belangrijk is en dat in het zorgproces de patiënt centraal dient te staan. Samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners wordt, anno 2018, door veel mensen met een chronische aandoening nog steeds als een knelpunt ervaren. De patiëntenorganisaties waaronder de Vereniging Samenwerkende Ouder en Patiëntenorganisaties (VSOP), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgbelang Nederland geven aan welke zij minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vinden vanuit patiëntperspectief.⁹⁸ Het betreft de meest relevante, meetbare en onderscheidende voorwaarden voor ketenzorg aan mensen met een chronische aandoening.

De patiëntgegevens worden digitaal vastgelegd. De beschikbaarheid van het elektronisch patiëntdossier (fysio-EPD) en van digitale instrumenten en formats voor klinimetrie, behandeling, verslaglegging en evaluatie zijn een voorwaarde.

Bij alle technische ontwikkelingen waarbij patiëntgegevens worden gedeeld, ligt een belangrijk aandachtspunt richting de nieuwe wet Algemene Verordening Gegevensbescherming. De OFT zal zich moeten realiseren dat er toestemming van de patiënt nodig is.

2.1.2 Opleiding en deskundigheid van de OFT

De opleidingskolom Fysiotherapie bestaat uit een bachelor- en mastercompartiment, met daarboven het PhD-niveau. De bacheloropleiding Fysiotherapie geeft toegang tot de masteropleiding (Master of Science, MSc) Musculoskeletale Revalidatie, waarvan Orofaciale Fysiotherapie één van de uitstroomrichtingen is. De opleiding is erkend door het Nederlands Vlaamse Accreditatie Orgaan (NVAO). De master OFT is in staat om adequate en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren aan de patiënt en zijn naasten. De master OFT kan vaardig omgaan met de patiënt en met complexe problematiek en kan werken in multiprofessionele samenwerkingsverbanden. Daarnaast kan de master OFT een bijdrage leveren aan beroepsinnovatie, deskundigheidsbevordering van de beroepsgroep en praktijkgericht onderzoek. De master OFT kan wetenschappelijke literatuur interpreteren en vertalen naar de dagelijkse praktijk.

Vanaf 2015 geldt voor personen die in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) deelregister OFT opgenomen willen worden de in het reglement opgenomen opleidingseis: met goed gevolg afgeronde opleiding Master Musculoskeletale Revalidatie uitstroomrichting Orofaciale Fysiotherapie (EQF 7).¹⁰ Nederland is één van de weinige landen met een opleiding tot master orofaciale fysiotherapie en vervult daarmee een voortrekkersrol.

De fysiotherapie kent ook een universitaire master, de studie Fysiotherapiewetenschap (onderdeel van Klinische Gezondheidswetenschappen), waartoe ook OFT's toegang hebben. Studenten aan deze opleiding bekwamen zich onder meer in de opzet en aansturing van klinisch wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van zorgprogramma's en zorginnovaties. Nieuwe universitaire Masters Fysiotherapie zijn op dit moment in ontwikkeling. Tevens zijn er initiatieven om te komen tot een universitaire bacheloropleiding Fysiotherapie.

Daarnaast zijn er inmiddels drie fysiotherapeut-gnathologen (FG), zie addendum. Dit is een fysiotherapeut met een beroepsmatige musculoskeletale vooropleiding (MSc) die samen met de tandarts de 3-jarige postacademische opleiding Gnathologie heeft gevolgd op de Radboud Universiteit. Zoals eerder beschreven, komt deze ontwikkeling voort uit het streven van de NVOF om op termijn te komen tot een meer integratieve opleiding van fysiotherapeuten en tandartsen rond de vraagstukken van pijn en bewegingsfunctiestoornissen van het kauwstelsel in brede zin ten behoeve van de topklinische zorg.

Medio 2018 waren er 153 geregistreerde OFT's. Hiervan zijn er 130 lid van de NVOF. Hiervan zijn 8 collega's gepromoveerd.

Onderwijsmodules over het orofaciale domein en fysiotherapie worden op steeds meer hogescholen en universiteiten aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn de 6-daagse keuzemodule 'Manuele therapie bij patiënten met klachten aan kaak en hals' op de masteropleiding Orthopedisch Manuele Therapie (OMT) van de Hogeschool Utrecht en de 6-daagse nascholing 'Orofacial Pain and Disorders' op het Instituut Permanente Vorming Kinesithérapie (IPVK) van de Universiteit Gent. Tijdens deze onderwijsprogramma's maken collega fysiotherapeuten kennis met het orofaciale domein en wat de rol van de fysiotherapeut hierbij is.

Er zijn samenwerkingsverbanden ontstaan tussen universiteiten en academische ziekenhuizen en tussen universiteiten en hogescholen die de behoefte aan een OFT op EQF niveau 7 onderstrepen. De toename van het aantal wetenschappers op PhD-niveau die zijn verbonden aan de universiteiten en de hogescholen, heeft geleid tot een sterke toename van PhD-promotietrajecten. Lectoren en hoogleraren worden intensiever ingezet in het onderwijs en zorgen door hun surplus aan (wetenschappelijke) kennis voor een hogere kwaliteit van het evidence-based onderwijs. Momenteel zijn op de universiteit binnen de vakgroepen bijzondere tandheelkunde en in universitaire ziekenhuizen en aan de CBT's wetenschappelijk opgeleide OFT's actief. Dit leidt tot een sterke koppeling tussen praktijkvoering en wetenschap.

2.1.3 Toekomstscenario's

De gezondheidszorg in het algemeen, en daarmee samenhangend de fysiotherapie, maakt de laatste jaren ontwikkelingen door die de komende jaren zullen voortzetten. Hieronder volgen enkele voorbeelden die door fysiotherapie in de breedte van belang zijn. De OFT zal hieruit ten aanzien van de zorgoriëntatie en de zorginrichting die ontwikkelingen moeten inzetten die van belang zijn voor de specifieke doelgroep.

Vindbaarheid en bereikbaarheid van de orofaciaal fysiotherapeut

In 2015 zijn voor het eerst méér mensen op eigen initiatief bij de fysiotherapeut gekomen dan op verwijzing van een arts.⁹⁹ Sinds de invoering van de regeling Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) in 2006 nam het aandeel patiënten dat gebruik maakte van DTF jaarlijks toe. Dit geldt ook voor de OFT en vraagt om voldoende parate kennis over specifieke pathologie om een gedegen screening uit te voeren. Daar er meer patiënten zich zullen melden zonder eerst een huisarts of tandarts te hebben gezien, dient de OFT alert te zijn op contra-

indicaties voor een fysiotherapeutische behandeling. De sterkste stijging was te zien in de beginjaren (2006-2008) en vanaf 2013. Bovendien is er een toename te zien in het aantal verwijzingen door de medisch specialist ten opzichte van de huisarts. De fysiotherapeut dient hier kennis van te hebben om zijn bereikbaarheid voor patiënten zo optimaal mogelijk te maken. Met steeds meer mensen die op eigen initiatief een fysiotherapeut zoeken, is transparante informatie over de expertise die de fysiotherapeut biedt noodzakelijk. Dit geldt in het bijzonder voor de OFT daar de naamsbekendheid ten opzichte van de algemeen fysiotherapeut aanzienlijk minder is. De NVOF heeft een toegankelijke website (www.NVOF.nl) met patiëntbrochures, een Toolkit 2.0 (zie bijlage) met overzichten per aandachtsgebied voor direct gebruik van de klinische testen, diagnostische vragenlijsten, relevante oefeningen en patiëntinformatie. Dit alles om de OFT te ondersteunen in de dagelijkse praktijk. Voor de meer specifieke vragen kunnen de collegae de interessante links aanklikken die verbinding maken met de diverse wetenschappelijke verenigingen zoals de AAOP. Ook op deze websites wordt informatie gevonden voor zowel patiënt als professional.

Uitbreiding en ontwikkeling van de orofaciale fysiotherapie

Bij de toekomstige uitbreiding en ontwikkeling van het specialisme wordt onder andere gedacht aan het voorschrijven van specifieke relevante medicatie, de bevoegdheid om aanvullende diagnostiek aan te vragen en de mogelijkheid om direct door te verwijzen naar de medisch specialist. Ten aanzien van de benaderingswijze van de patiënt heeft eveneens een verschuiving plaatsgevonden. Ingegeven door de gevolgen van de problematiek voor de patiënt zijn vaardigheden als counseling en coaching belangrijke elementen van de behandeling. Vooral binnen het indicatiegebied van de TMD, aangezichtspijn en -verlamming, oncologie en hoofdpijn wordt er, vanuit zowel het ICF als het Pain and Movement Reasoning Model, veel aandacht besteed aan de interacterende psychosociale componenten. Hiermee wordt het belang van de multidisciplinaire samenwerking of een uitbreiding van het competentiedomein versterkt.

Vergrijzing

Er wordt nog altijd een toename van vergrijzing gezien. De ouder wordende mens kent zijn eigen specifieke kenmerken met betrekking tot lichaamsfuncties, herstelmogelijkheden en rol- en taakvervulling in het maatschappelijk leven. In een advies van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van Zorginstituut Nederland aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg staat dat in 2030 fysiek functioneren en dus beweegzorg centraal staat.¹⁰⁰

Een tweede aspect binnen de inrichting van de fysiotherapeutische zorg is e-health. De bereidheid om innovatie te omarmen speelt een cruciale rol in de toekomst van de fysiotherapeut. Fysiotherapeuten zullen gewend moeten raken aan e-health en zullen ondernemerschap moeten betrachten. De ontwikkelingen op dit gebied zijn zo sterk dat het onontkoombaar is dat dit ook meer invloed zal gaan krijgen op het contact tussen de fysiotherapeut en zijn patiënten. De zorgprofessional heeft hierin ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid. E-health kan een impuls geven aan de kwaliteit van zorg, maar persoonlijk contact blijft de basis voor al het medisch handelen. Op termijn kan het ook een rol spelen in zelfmetingen die de patiënt kan doen en die kunnen helpen om therapietrouw te bevorderen. Ook kunnen ze helpen om het contact met de fysiotherapeut efficiënter te laten verlopen. Behandelsessies met combinaties van persoonlijk contact, metingen en instructies op afstand en contacten via bijvoorbeeld Skype kunnen dan veel doelmatiger zijn dan de huidige behandelseries die volledig

uit persoonlijke contacten bestaan. Dit levert bij meer mensen een verbetering van kwaliteit van leven op en een besparing op de kosten van gezondheidszorg in het algemeen. Ook binnen de praktijk van de OFT heeft de e-health ontwikkeling inmiddels aandacht en dient naar de toekomst toe versterkt te worden. Voor de OFT lijkt het interessant bepaalde modules nader uit te werken. Gedacht kan worden aan habit reversal training voor patiënten met bruxisme, mondinstructie in ruime zin voor patiënten met een kaakdysfunctie, kauwinstructie voor specifieke doelgroepen zoals kinderen met spierziekten, bewegingsinstructie voor de mimische musculatuur, ontspanningsstrategie voor patiënten met hoofdpijn etc. De komende jaren kan dit in de praktijk worden getoetst en uiteindelijk na het vaststellen van effectiviteit worden geïmplementeerd.

Het ministerie van VWS heeft een conceptrichtlijn opgesteld met als uitgangspunt dat in 2019 75% van alle chronische zieken en ouderen zijn metingen zelfstandig via e-health zou moeten kunnen doen.¹⁰¹ Ook de fysiotherapeut zal hieromtrent zijn beleid moeten aanpassen. Dit vergt kennis en kunde waar de opleiding voor fysiotherapie een begin zou kunnen maken.

Hoofdstuk 3 De competente orofaciaal fysiotherapeut

Deskundigheidsontwikkeling in de orofaciale fysiotherapie speelt zich af op twee niveaus: op het niveau van het beroep en op het niveau van de individuele professional. Op het niveau van het beroep verwijst deskundigheidsontwikkeling naar een proces van beroepsontwikkeling, met als specifieke kenmerken de ontsluiting en vorming van een 'body of knowledge and skills' (BOK en BOS). Daarnaast verwijst deskundigheidsontwikkeling naar de bewustwording en erkenning van het eigen deskundigheidsdomein. Op het niveau van de individuele professional verwijst deskundigheidsontwikkeling naar het proces waarin de individuele OFT zijn kennis, kunde en professioneel oordeel verder ontwikkelt en nieuwe inzichten integreert in zijn professioneel handelen. Beide processen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar richten zich op verschillende doelen. De processen komen samen in het beroepsprofiel dat voor iedere OFT van kracht is. Deskundigheid wordt daarbij niet meer opgevat als de optelsom van kennis, vaardigheden en attitudes, maar als geïntegreerde gehelen, aangeduid met de term 'competenties'.

3.1 Context en niveau

Bij het beschrijven van de competentieprofielen in deel 2 van dit BP is uitgegaan van de omschrijving van het Europees kwalificatiekader (EQF).¹⁰ Het doel van het EQF is het vergroten van de internationale studenten- en arbeidsmobiliteit en het faciliteren van een leven lang leren. Door het EQF kunnen opleidingsniveaus internationaal met elkaar vergeleken worden. Het EQF levert door deze vergelijkingsmogelijkheid een bijdrage aan de transparantie van de verschillende onderwijssystemen in Europa. Het Nederlandse nationale kwalificatiekader (NLQF) beschrijft alle kwalificatieniveaus binnen Nederland met hetzelfde begrippenkader.¹⁰² In de NLQF zijn de niveaubeschrijvingen van het EQF gedetailleerder uitgewerkt. Het EQF onderscheidt acht niveaus.

Competenties zijn in belangrijke mate inhoud- en context-specifiek. Of iemand competent is in een bepaalde situatie is afhankelijk van de mate waarin hij over de deskundigheid en ervaring beschikt die relevant is voor het oplossen van problemen in de context waarbinnen die problemen zich voordoen.

De sleutelbegrippen die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving zijn: context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden.¹⁰

- contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.
- zelfstandigheid en verantwoordelijkheid vormen het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.
- kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het fysiotherapeutisch beroep.
- vaardigheden:
 - toepassen van kennis reproduceren, analyseren, integreren evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
 - probleemoplossende vaardigheden;
 - leer- en ontwikkelingsvaardigheden;
 - informatievaardigheden;
 - communicatieve vaardigheden.

3.1.1. De OFT EQF 7

De context voor de fysiotherapeut op EQF niveau 7 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving met een hoge mate van onzekerheid, ook internationaal.

Voor OFT's, die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF 7), gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De OFT:

- bezit bijzonder gespecialiseerde kennis, die ten dele zeer geavanceerd is op gnathologisch en orofaciaal fysiotherapeutisch vakgebied en op de voor de orofaciale fysiotherapie relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën.
- heeft een kritisch bewustzijn van kennisproblemen op orofaciaal fysiotherapeutisch vakgebied, op de voor de orofaciale fysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- analyseert, organiseert, transformeert en managet complexe en onvoorspelbare werkcontexten die nieuwe strategische benaderingen vereisen. Het betreft hier zowel complexe situaties in het kader van de diagnostiek, prognostiek en/of therapie van één patiënt, als complexe situaties in het kader van de beroepsuitoefening op micro-, meso- of macroniveau. Het probleem wordt multifactorieel en multidimensionaal geanalyseerd, waarna de OFT een gerichte oplossingsstrategie formuleert, bespreekt en waar mogelijk uitvoert.

- neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan professionele kennis en werkwijzen en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

3.2 Competentieprofiel van de orofaciaal fysiotherapeut

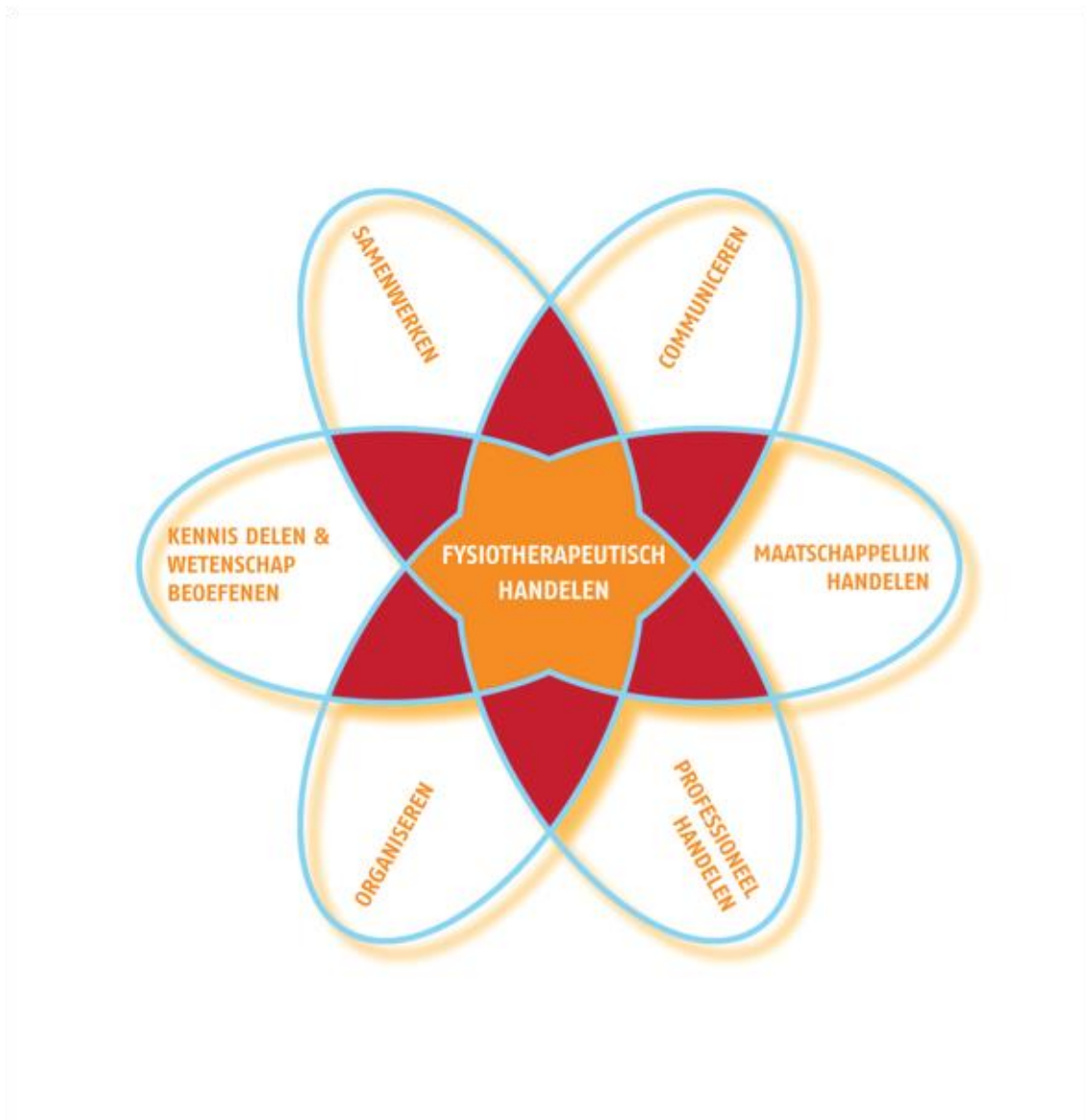
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel

De competenties van de (orofaciaal) fysiotherapeut zijn geordend volgens het CanMEDS-model waarin zeven competentiegebieden centraal staan.¹¹ Er is gekozen voor het beschrijven van de competenties in *gebieden* conform de systematiek in de medische specialistische beroepen (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG) en niet in *rollen*, zoals in het CanMEDS-model. Het beschrijven in competentiegebieden doet naar onze mening meer recht aan het geïntegreerd inzetten van competenties bij het centrale handlingsgebied.

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd:

- zeven competentiegebieden;
- per competentiegebied een omschrijving;
- per competentiegebied zijn vier zogeheten sleutelcompetenties (key competencies) beschreven;
- de sleutelcompetenties zijn vervolgens geoperationaliseerd in indicatoren (enabling competencies).

De competenties zijn geformuleerd in werkwoorden als termen van gedrag. Bij de (omschrijving van de) competenties gaat het om feitelijk gedrag in beroepssituaties.



Figuur 1. Het CanMEDS-model vertaald naar de orofaciale fysiotherapie.

3.2.2 De competentiegebieden

Er worden zeven competentiegebieden onderscheiden.

1. Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen

Het therapeutisch handelen omvat alle activiteiten die de OFT ontplooit naar aanleiding van klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid waarbij het accent en de specificiteit ligt op aandoeningen c.q. klachten in de hoofd- en halsregio opgenomen in de domeinbeschrijving van de OFT. De kern van het therapeutisch handelen bestaat uit het differentiëren van de klachten naar aard en ernst, het plaatsen van de klachten in een ICF context en het beoordelen en zonedig vaststellen van een behandeling passend bij de hulpvraag van de patiënt. Het effect van de behandeling wordt bewaakt. Met de herziening van de definitie van gezondheid volgens Huber krijgt de OFT naast een behandelende ('hands on') tevens een veel meer coachende rol toebedeeld. Hij verleent op ethisch verantwoorde wijze up-to-date en doeltreffende zorg. De OFT handelt en redeneert planmatig zowel in zijn voorbereidende taken als in zijn praktijkuitvoering. Hij selecteert hierbij relevante therapeutische

denkkaders, gebruikt een breed multidimensioneel kennisaanbod (dat wil zeggen biomedische, psychologische/agogische en wetenschappelijke kennis) en een evidence-based kader om de patiënten te behandelen. Zijn klinische besluitvorming is op basis van expertise en wetenschappelijk onderzoek en houdt rekening met de omstandigheden, beschikbare middelen en de voorkeuren van de patiënt.¹⁷ Als specialist kan hij het zorgveld overzien en heeft een duidelijke visie op de grenzen van zijn eigen kennis en kunde en weet wanneer terug/door te verwijzen naar tandarts/specialist. Hij herkent daarbij de grenzen van zijn competenties en handelt overeenkomstig. Bij complexe problemen met elementen op het raakvlak met andere beroepen zoekt en organiseert een OFT een gerichte samenwerking in het belang van de patiënt.

In zijn rol als specialist kan de OFT een leidende rol vervullen in het zorgtraject van een patiënt. In het organiseren en afstemmen van zorg op maat voor de patiënt benut de OFT zijn competenties in de overige gebieden waarbij communicatie, samenwerking, professionaliteit en organisatie van goede en efficiënte zorg noodzakelijk is. Vanuit deze competentie is de OFT in staat om creatief en probleemoplossend te handelen. Hij kan zijn handelen, therapeutisch en wetenschappelijk, duiden en verantwoorden tegenover andere professionals en specialisten.

2. *Communiceren*

Orofaciaal fysiotherapeutische zorg kenmerkt zich door zorgvuldig gebouwde relaties tussen de therapeut en zijn patiënt. Deze relatie ontstaat en wordt onderhouden door professioneel ingezette communicatie van hoge kwaliteit. Deze duidelijke, transparante en doelmatige communicatie richt zich naast het herkennen van lichaamsfunctiestoornissen ook op de belevingswereld, de verwachtingen en de gedachten die een patiënt met specifieke hulp- of zorgvraag heeft rondom zijn aandoening binnen de orofaciale context. Hierdoor is de orofaciaal fysiotherapeut in staat om een zorgtraject te ontwerpen voor een patiënt met specifieke hulp- of zorgvraag die gebaseerd is op wederzijds begrip en vertrouwen.

Complexe problemen in de orofaciale zorg zijn, zoals in de domeinomschrijving gedeut, vaak multidimensioneel en vragen veelal een multidisciplinaire aanpak. Dit vraagt van de OFT dat deze zijn professionele communicatie ook inzet om te bouwen aan doeltreffende relaties met overige behandelaars, naasten van patiënt, en andere relevante betrokkenen binnen de specifieke context van de patiënt. In samenwerking met hen is hij in staat om middels efficiënte communicatie de doelen van de patiënt na te streven ten behoeve van zijn specifieke hulp- of zorgvraag.

Een OFT is in staat om effectieve communicatie toe te passen ongeacht de leeftijd of de cultuur/achtergrond van een patiënt en in lastige situaties binnen zijn specifieke beroepspraktijk. Hij gaat daarbij bewust om met de basis principes van zorg (weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid en autonomie van ieder individu).

3. *Samenwerken*

De OFT participeert in een (inter)nationaal netwerk van zorggerelateerde samenwerkingsrelaties. Hij maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises in zijn samenwerking met patiënten, hun begeleiders en/of familie. De OFT maakt daarbij onderdeel uit van een specifiek netwerk dat geordend is rond de patiënt met deze klachten, waarbij het van belang is dat men elkaars taal verstaat en elkaars netwerk kent.

Samenwerking is essentieel voor de rol die de OFT heeft als specialist binnen de gemeenschap. Het waarborgen van veilige en hoogkwalitatieve zorg voor mensen die met een gerichte doelstelling (weer) beter willen functioneren en bewegen, vraagt dat hij samenwerkt met andere zorgprofessionals, zorgverzekeraars en maatschappelijke instanties uit de regio waarin hij werkzaam is. Hij denkt hier ook aan de verbreding namelijk dat OFT meer is dan bewegen. Het continu veranderende zorgdomein vraagt dat een OFT samenwerkt met (lokale) overheidsinstanties, patiëntenorganisaties en onderzoeksinstituten binnen hogescholen en universiteiten die samen de zorg onderzoeken en verbeteren bijvoorbeeld in ketenzorg/ zorgpaden zoals ontwikkeld door patiëntenorganisaties en expertiselinieken.

Door zijn gespecialiseerde vaardigheden op het gebied van probleemanalyse en -oplossing kan een OFT als teamlid en als casemanager onderdeel zijn van een effectief samenwerkingsverband dat gericht is op diverse vormen van medische zorg, scholing en wetenschap.

4. Kennis delen en wetenschap beoefenen

Een OFT neemt in zijn dagelijks handelen beslissingen op basis van up-to-date kennis en kunde. Hiervoor initieert en participeert hij in (klinisch) onderzoek. Hij verzamelt en analyseert op een verantwoorde en kritische wijze brede, verdiepende en gedetailleerde informatie over zijn eigen handelen en over het domein waarin hij werkzaam is. Hij analyseert en onderzoekt de theorieën, principes en concepten die binnen het orofaciale domein, en op het raakvlak met andere gerelateerde beroepen, legitiem zijn en worden toegepast. De OFT heeft daarbij een coachende rol naar de collega fysiotherapeut.

Wanneer problemen in de specifieke beroepspraktijk of het kennisdomein van de orofaciale fysiotherapie een complex karakter hebben, dan is de OFT in staat om deze te onderkennen en te analyseren. Hij levert hiermee een creatieve en strategische bijdrage aan de (wetenschappelijke) oplossing van complexe problemen in het orofaciale kennisdomein. Hiervoor is hij in staat om gegevens te identificeren, te onderzoeken en te gebruiken.

5. Maatschappelijk handelen

Vanuit zijn unieke orofaciaal fysiotherapeutische visie op orofaciale zorg oefent een OFT op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit. In het verbeteren van het welzijn en de gezondheid van een patiënt weegt een OFT de belangen van zijn patiënt in relatie tot die van andere hulpvragers en de maatschappij als geheel. Binnen het beroepsethische en juridische kader verbeteren OFTs het welzijn en de gezondheid van mensen ongeacht leeftijd, economische status, sociale klasse, cultuur, religie, seksuele geaardheid of opleidingsniveau. Een OFT streeft vanuit zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid naar doelmatigheid en efficiëntie van goede zorg. Een OFT promoot, ook in samenwerking met andere partijen, een actieve en gezonde levensstijl en richt zich daarbij op preventie. Bewust van zijn specifieke kennis en kunde binnen het specifieke gezondheidsdomein zoekt hij zelf en samen met andere maatschappelijk instanties naar mogelijkheden om binnen de regio waarin hij werkzaam is een gezonde samenleving te bevorderen.

6. Organiseren

Om als OFT doelmatig en doeltreffend te functioneren spant hij zich voor zichzelf en andere betrokkenen in voor een goede fysiotherapeutische organisatie om in te werken. Hij werkt als leider continu aan de organisatie en ontwikkeling van de orofaciaal fysiotherapeutische context waarbinnen hij zijn klinische, administratieve,

onderzoeks- en scholingswerkzaamheden uitvoert. In feite functioneert de OFT hierbij als manager van zijn eigen werkzaamheden en die van anderen. In de verschillende orofaciaal fysiotherapeutische contexten neemt de OFT besluiten met betrekking tot de inzet van middelen en medewerkers. Hij stelt doelen en prioriteiten en maakt ontwikkelingsgericht beleid. Een OFT organiseert het werk zodanig dat er een balans bestaat tussen het beroepsmatig orofaciaal fysiotherapeutisch handelen en de verdere ontwikkeling van zichzelf en de orofaciaal fysiotherapeutische organisatie.

In het continu veranderende zorgsysteem spant een OFT zich organisatorisch in als leider en als teamspeler op lokaal, regionaal en op (inter)nationaal niveau ten einde de hoogwaardige orofaciaal fysiotherapeutische zorg te leveren, en te ontwikkelen.

7. Professioneel handelen

De OFT levert fysiotherapeutische zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Een OFT bewaart de juiste balans tussen persoonlijke kernkwaliteiten en zijn professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen, dan wel schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij registreert op verantwoorde wijze complicaties uit de eigen orofaciaal fysiotherapeutische praktijk en participeert in een systeem van intervisie of visitatie. Hij herkent ethische dilemma's, heeft inzicht in de ethische normen en houdt zich aan de wetgeving. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn eigen orofaciaal fysiotherapeutisch handelen en voelt zich medeverantwoordelijkheid voor het gedrag van zijn collega's en handelt overeenkomstig zijn mogelijkheden. Hij is dus zich bewust van zijn voorbeeldfunctie binnen de gehele gezondheidszorg.

3.2.3 Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving

De OFT biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundige hulp aan patiënten met (dreigende) gezondheidsproblemen, die het bewegen beïnvloeden. 'Fysiotherapeutisch handelen' vormt het centrale competentiegebied, dat gebruikmaakt van alle overige competenties (zie figuur 1). Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen in engere zin is gericht op vakdeskundige expertise.

De OFT overziet voor het eigen denken en handelen het relevante kennisdomein en kan snel en doelmatig medisch-wetenschappelijke informatie vinden. De OFT voert op een methodische wijze een (hetero)anamnese en ontwikkelingsgericht lichamelijk onderzoek uit en komt op basis hiervan tot rationele hypothesen over mogelijke oorzaken en gevolgen van opgedane bevindingen, waarbij logische verbanden worden gelegd tussen de bevindingen van de drie niveaus van de ICF en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn. De perceptie van de ervaren bewegingsproblemen in sociaal -culturele context, het bewegen in zijn specifieke bewegingsomgeving en het bewegingssysteem met eventuele stoornissen worden in samenhang gezien. De OFT beheerst de voor het orofaciaal fysiotherapeutisch onderzoek en behandeling noodzakelijke handvaardigheden. De OFT formuleert hypothesen op grond waarvan hij een verantwoord beleid opstelt voor aanvullende diagnostiek, behandeling, patiëntenzorg en preventie, met respect voor de wensen van de patiënt en in samenspraak met hen, zich rekenschap gevend van de gebruikelijke wijze van aanpak, zoals gebaseerd op de rationele en wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde. De OFT maakt, waar nodig, op passende wijze gebruik van technologie en is zich daarbij bewust van de voor- en nadelen die zijn verbonden aan specifieke interventies.

In het competentiegebied 'Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen' zijn vier competenties geformuleerd die gerelateerd zijn aan de drie procesfasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen (paragraaf 1.4.2). In onderstaande matrix is de relatie aangegeven tussen de processen van het orofaciaal fysiotherapeutisch handelen,

de acht processtappen uit Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011 en de vier competenties in het competentiegebied 'orofaciaal fysiotherapeutisch handelen'.

Fysiotherapeutisch proces	Acht stappen	Competentiegebied
Screeningsproces	1a. Aanmelding	1.1 Screening
	1b. Inventariseren hulpvraag	De OFT screent patiënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de OFT valt.
	1c. Screening niet-pluis en pluis	
	1d. Informeren adviseren	
Diagnostisch proces	2. Aanvullende (hetero)anamnese	
Therapeutisch proces	3. Aanvullend onderzoek	De OFT inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van patiënt.
	4. Analyse	
	5. Behandelplan	
	6. Behandeling	De OFT past de in samenspraak met de patiënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met patiënt geïndiceerde behandeling uit.
	7. Evaluatie	1.4 Afsluiten van de behandeling
	8. Afsluiting	De OFT sluit in samenspraak met patiënt de behandeling af.

Tabel 2. Competentiegebied orofaciaal fysiotherapeutisch handelen

3.3 Body of knowledge and skills

De body of knowledge and skills van de OFT (op EQF 7) overstijgt de body of knowledge and skills uit het Nationaal Transcript Fysiotherapie¹⁰³, dat is beschreven op EQF 6.¹⁰ Voor het bepalen van de juiste interventie bij de patiënt, op het juiste moment toegepast, is het onontbeerlijk om over vaardigheden en diepgaande kennis, specifieke communicatie- en samenwerkingsvaardigheden en attitude te beschikken.

Body of Knowledge

Kennisdomein	Verdiepende kennis
<i>(Functionele) Anatomie</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over: <ul style="list-style-type: none">- Arthrogene, myogene, neurogene, ligamentaire en capsulaire structuren in functionele zin van het hoofd/hals gebied- Het gebit en omliggende structuren- Het evenwichtsorgaan, het oor, de speekselklieren- De mimiek
<i>Arthrokinematica en biomechanica</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over het bewegend functioneren van het kaakgewricht en de CWK, zoals over: <ul style="list-style-type: none">- Bewegingsleer van gewrichten en omliggende weefsels- Krachten en momenten- Houding
<i>Neurologie</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over perifere neurogene pathologie en pathofysiologie in het hoofd-halsgebied, zoals over: <ul style="list-style-type: none">- Divers neurologisch en neurochirurgisch onderzoek- Neurochirurgische ingrepen en de invloed daarvan op het hoofd-, halsgebied- Neurologische pathologische verschijningsvormen in het hoofd-halsgebied
<i>Radiologie, traumatologie, hoofd-, halschirurgie, oncologie, reumatologie, KNO, revalidatie</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over radiologie en over pathologie, pathofysiologie m.b.t. traumatologie, (plastisch)chirurgie, oncologie, reumatologie, KNO en revalidatie in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over: <ul style="list-style-type: none">- Radiologische onderzoeksvormen en technieken- De invloed van traumatologie op het hoofd-, halsgebied- Oncologisch onderzoek en interventies- (Plastisch)chirurgische interventies- Better-in-better-out principes bij hoofd-hals oncologische patiënten- Revalidatieprincipes bij hoofd-, hals oncologische patiënten- Reumatologisch onderzoek en interventies
<i>Tandheelkunde, gnatologie</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over tandheelkundige en gnatologische aspecten m.b.t.: <ul style="list-style-type: none">- Diagnostic Criteria (As I en As II volgens DC-TMD)- Clinical Guidelines AAOP (American Academy of Orofacial Pain)- Tandheelkundig onderzoek en interventies- Gnatologisch onderzoek en interventies- Orthognatische/prothetische aanpassingen
<i>Pijnfysiologie</i>	De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over pijnmechanismen, pijntheorieën en de pathologie van pijn in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over: <ul style="list-style-type: none">- Nocisensoriek- Neuropathische pijn

	<ul style="list-style-type: none"> - Spinale/supraspinale mechanismen - Centrale pijn - Centralisatie - Gedragsmechanismen - Chronische pijnmechanismen - Trigger points en myofaciale pijn
Neurofysiologie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over neuro-segmentale relaties in relatie tot het hoofd-halsgebied zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dermatomen, sclerotomen en myotomen - Het (para)sympatische zenuwstelsel
Fysiologie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over fysiologische systemen in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trainingsmethodieken en -vormen bij hoofd-, hals oncologie - Motorisch leren - Neurale systemen
Histologie en weefselfysiologie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over weefselopbouw en weefselherstel in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasen van bindweefselherstel na oncologische en (plastisch)chirurgische operaties en bij radiotherapie
Kind en ouder	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over</p> <ul style="list-style-type: none"> - De groei en ontwikkeling van de schedel van jong tot oud - De bijbehorende motorische en sensorische ontwikkeling en de gevolgen - Cognitieve, emotionele en gedragsmatig ontwikkeling - De expertise van aanverwante disciplines, zoals de kinderfysiotherapeut en de geriatrisch fysiotherapeut
Epidemiologie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over epidemiologie in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidentie en prevalentie van aandoeningen in het hoofd-halsgebied - Epidemiologische maten - Risicoprofielen
Klinimetrie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over methodologische waarden van meetinstrumenten op stoornis, activiteiten- en participatieniveau in relatie tot het hoofd-halsgebied. Het betreft meetinstrumenten (zie Toolkit in de bijlage) voor screening, specifieke diagnostiek en evaluatie, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychometrische waarden - Klinische waarden - Specifieke testen en vragenlijsten
Inhoud en kennisniveau van farmacologie	<p>De OFT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kent de globale werking van veel gebruikte (pijn)medicatie en weet op welk deel van het pijnverwerkingssysteem dit aangrijpt

	<ul style="list-style-type: none"> - Is bekend met begrippen als farmacodynamiek, placebo en nocebo - Kent de contra-indicaties van veel gebruikte (pijn)medicatie - Kent bijwerkingsprofielen van veel gebruikte (pijn)medicatie en mogelijke relaties met gepresenteerde klachten
Evidence based practice	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis binnen de context van evidence based handelen in relatie tot het hoofd-halsgebied, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinimetrie - Effecten van interventies - Clinical prediction rules - Prognostiek - Risicofactoren
Methodologie en wetenschappelijke oriëntatie	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over wetenschappelijk onderzoek uitvoeren en implementeren binnen de orofaciale fysiotherapie, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wetenschapsfilosofie - Ethiek - Kwalitatief en kwantitatief onderzoek - Empirische cyclus - Het formuleren van wetenschappelijke vragen - Onderzoekdesigns - Associatiematen - Beschrijvende en toetsende statistiek
Orofaciale verklaringsmodellen en specifieke orofaciale kennis.	<p>De OFT heeft geavanceerde, specialistische kennis over orofaciale verklaringsmodellen, zoals onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biopsychosociale model - Werkingsmechanisme van behandelmethodes - Biomechanische rationale - Neurofysiologische rationale - Indicaties en contra-indicaties voor orofaciale interventies en screeningstesten, zie Rode Vlaggen in Toolkit - Risico's van orofaciale interventies - Bij- en nawerkingen van orofaciale interventies
Organisatiekunde	<p>De OFT heeft kennis over organisatiekunde, zoals over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Managementprincipes - Implementatieleer - Projectfasen - Risico-inventarisatie - Kwaliteitsmanagement
Innoveren	<p>De OFT heeft kennis over het invoeren van nieuwe ontwikkelingen binnen het beroepsdomein, zoals onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Productvernieuwing - Innovatieplan - Analysemodellen

	<ul style="list-style-type: none"> - Marktanalyse - Veranderstrategieën
Communicatie	<p>De OFT heeft geavanceerde kennis over schriftelijke en mondelinge communicatie met patiënten en medeprofessionals binnen de orofaciale fysiotherapie, zoals onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentatietechnieken - Schrijftechnieken - Informeren van de patiënt, zorgverleners, ouders, belanghebbenden - Overleg met andere zorgprofessional in de hoofd-, halsketen - Kennis en ervaring in werking van social media en e-health
Psychologie en sociologie	<p>De OFT heeft kennis over het in kaart brengen van de psychosociale context van de patiënt en het stimuleren van gezond gedrag en coaching (van patiënt en medeprofessionals), zoals onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedragsleer - Coachingsleer - Invloed van contextuele factoren op revalidatie - Kennis van 'illness beliefs' en ziektepercepties bij patiënten met een specifieke vraag op hoofd-, halsgebied - Afbakenen van competenties en domein, doorsturen naar specialistisch fysiotherapeut of psycholoog

Body of Skills	
Competentiegebied (CanMEDS)	Vaardigheden
1. Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van diagnostisch, therapeutisch- en preventief handelen in het orofaciale domein zoals over;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Specifieke klinische screenings en diagnostische tests - Bepalen van indicaties of contra-indicaties voor orofaciaal fysiotherapeutische interventies - Beoordelen van regionale mobiliteit - Beoordelen van spierconditie - Hypothetisch-deductief klinisch redeneren op basis van EBP - Specifieke patroonherkenning - Behandeldoelen formuleren volgens SMART model - Therapeutische evaluaties - Specifieke regionale mobilisaties en spiertechnieken - Oefentherapie en revalidatie - Terugvalpreventie - Pijnmodulatie technieken - Neurodynamische technieken - Klinimetrie - Informed consent <p>De OFT heeft zelfreflectie op het persoonlijk en het beroepsmatig functioneren.</p>
2. Communiseren	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van schriftelijke en mondelinge communicatie met patiënten en mede-professionals, zoals onder andere;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consult geven aan mede-professional - Advies vragen aan mede-professional - Adviseren en coachen patiënt, ouder en andere betrokkenen - Samenwerken met andere zorgverleners binnen een zorgpad - Kennis van de verschillende vormen van social media en de ontwikkeling hiervan in de huidige samenleving
3. Samenwerken	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van samenwerking met betrokken professionals, zorgverzekeraars, overige instanties en ouders binnen de orofaciale zorg in het algemeen zoals;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Second opinion - Intervisie en supervisie - Begeleiding startende collega's - Aanvullende behandeling - Casemanagement bij complexe behandeltrajecten - Bijdrage aan (wijk)integrale zorg - Samenwerken met andere zorgverleners binnen een zorgpad

4. Kennis delen en wetenschap beoefenen	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en het implementeren van kennis uit dat onderzoek, zoals onder andere;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertalen van klinische vragen uit de orofaciale praktijk naar wetenschappelijke vragen - Orofaciaal fysiotherapeutische relevantie aantonen - Relevante literatuur zoeken - Interpretatie van literatuurgegevens - Onderbouwen van keuze voor onderzoeksdesign - Dataverzameling - Data-analyse - Data-interpretatie - Vertaling van onderzoeksresultaten naar klinische orofaciale praktijk - Academische schrijfvaardigheden - Presentatievaardigheden (mondeling en schriftelijk) - (Zelf-)reflectie - Herkennen en inspelen op kansen - Planning innovatie - Implementatie en innovatie - Bijdrage aan kennisdeling met collega OFTs (bijvoorbeeld in een IOF)
5. Maatschappelijk handelen	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van maatschappelijk handelen, zoals onder andere;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belang OFT voor patiëntenpopulatie nastreven, ook in samenwerking met andere disciplines - OFT in relatie tot andere musculoskeletale disciplines transparant maken, verschillen en overeenkomsten verduidelijken - De zelfzorg voor patiënten verbeteren - Preventie bevorderen
6. Organiseren	<p>De OFT heeft specifieke vaardigheden op het gebied van organisatiekunde, zoals onder andere;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leidinggeven/ managen - Ontwikkelen en onderhouden netwerk van stakeholders - Bijdragen aan vergroten van bekendheid van vakgebied
7. Professioneel handelen	<p>De OFT is vaardig in het inschatten van mogelijke risico's van orofaciale zorggerelateerde handelingen ten opzichte van de effecten en handelt waar mogelijk risico reducerend.</p> <p>De OFT heeft zelfreflectie op het persoonlijk en het beroepsmatig functioneren.</p>

Referenties

1. Beroepscompetentieprofiel Manueel Therapeut. NVMT, 2014.
2. Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut. NVFK, 2014.
3. Beroepscompetentieprofiel Sportfysiotherapeut. NVFS, 2016.
4. Voogt L, Pool A, Pool J, Scholten-Peeters W, Wijer A de, Verbeek J. Domeinbeschrijving Manuele therapie. 2014.
5. Beroepsprofiel Fysiotherapeut. KNGF, 2014.
6. Huber MAS. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift, Universiteit Maastricht, 2014.
7. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
8. Jones LE, O'Shaughnessy DF. The pain and movement reasoning model: introduction to a simple tool for integrated pain assessment. *Man Ther.* 2014 Jun;19(3):270-6.
9. ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. WHO FIC Collaborating Centre, RIVM, Bilthoven, 2002.
10. European Qualification Framework. Luxemburg: European Communities; 2008.
11. Frank JR, Jabbour M, Fréchette D, Marks M, Valk N, Bourgeois G. Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
12. De Leeuw JR, Steenks MH, Ros WJ, Bosman F, Winnubst JA, Scholte AM. Psychosocial aspects of craniomandibular dysfunction. An assessment of clinical and community findings. *J Oral Rehabil.* 1994;21(2):127-143.
13. Chronische Pijn. Regieraad Kwaliteit van Zorg. 2011.
14. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Discussienota: Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag, april 2010, ISBN: 978-90-5732-219-8.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Preventie in de zorg. Bilthoven, 2013, ISBN: 978 90 6960 266 0.
16. Herdman, SJ. Vestibular Rehabilitation, Third Edition. 2007.
17. Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD005397.
18. Michiels S, De Hertogh W, Truijten S, Van de Heyning P. Cervical spine dysfunctions in patients with chronic subjective tinnitus. *Otol Neurotol.* 2015;36(4):741-745.
19. Sackett D, Strauss S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2nd ed. Churchill Livingstone; Edinburgh: 2000.
20. Richtlijn Hoofd-halstumoren. Nederlandse Vereniging voor KNO, 2014.

21. Richtlijn Idiopathische Perifere Aangezichtsverlamming (IPAV). Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2009.
22. Multidisciplinaire richtlijn Chronische aangezichtspijn. Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten, 2013.
23. NHG-Standaard Duizeligheid. Bouma M, De Jong J, Dros J, Maarsingh OR, Moormann KA, Smelt AFH, Van den Dool-Markus CAM, Van Dongen JJAM. 2017.
24. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6-27.
25. Michelotti A, Alstergren P, Goulet JP, Lobbezoo F, Ohrbach R, Peck C, Schiffman E, List T. Commentary Next steps in development of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD): Recommendations from the International RDC/TMD Consortium Network workshop. *J Oral Rehabil*. 2016;43:453-467.
26. Steenks MH, Türp JC, de Wijer A. Reliability and Validity of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis I in Clinical and Research Settings: A Critical Appraisal. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;32(1):7-18.
27. Okeson JP. Critical Commentary 1: Reliability and Validity of the DC/TMD Axis I. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;32(1):19-21.
28. Schiffman E, Ohrbach R. Critical Commentary 2: Reliability and Validity of the DC/TMD Axis I. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;32(1):22-24.
29. Svensson P, Bendixen K. Critical Commentary 3: Reliability and Validity of the DC/TMD Axis I. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;32(1):25-26.
30. Steenks MH, Türp JC, de Wijer A. Authors' Response to Critical Commentaries: Reliability and Validity of the DC/TMD Axis I. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;32(1):27-28.
31. Gouw S, de Wijer A, Creugers NHJ, Kalaykova SI. Bruxism: Is there an indication for muscle-stretching exercises? *Int J Prosthodont*. 2017;30:123-132.
32. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, Santiago V, Winocur E, De Laat A, De Leeuw R, Koyano K, Lavigne GJ, Svensson P, Manfredini D. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*. 2018 Jun 21. [Epub ahead of print]
33. Speksnijder CM. Function after oral oncological intervention, reconstruction and rehabilitation. Thesis, 2011, University Utrecht.
34. Michiels S, De Hertogh W, Truijzen S, Van de Heyning P. Physical therapy treatment in patients suffering from cervicogenic somatic tinnitus: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:297.
35. Teixeira LJ, Soares BG, Vieira VP, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD006283.
36. De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van 't Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H, Käyser AF. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *J Dent Res*. 1993;72(11):1509-1518.

37. Minagi S, Nozaki S, Sato T, Tsuru H. A manipulation technique for treatment of anterior disk displacement without reduction. *J Prosthet Dent.* 1991;65(5):686-691.
38. Yoda T, Sakamoto I, Imai H, Honma Y, Shinjo Y, Takano A, Tsukahara H, Morita S, Miyamura J, Yoda Y, Sasaki Y, Tomizuka K, Takato T. A randomized controlled trial of therapeutic exercise for clicking due to disk anterior displacement with reduction in the temporomandibular joint. *Cranio.* 2003;21(1):10-16.
39. Michelotti A, de Wijer A, Steenks M, Farella M. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 2005;32(11):779-785.
40. McNeely ML, Armijo Olivo S, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther.* 2006;86:710-725.
41. Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther.* 2006;86(7):955-973.
42. Türp JC, Jokstad A, Motschall E, Schindler HJ, Windecker-Ge'taz I, Ettl DA. Is there a superiority of multimodal as opposed to simple therapy in patients with temporomandibular disorders? A qualitative systematic review of the literature. *Clin. Oral Impl. Res.* 2007;18(3):138-150.
43. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *J Oral Rehabil.* 2010;37(6):430-451.
44. Kalamir A, Bonello R, Graham P, Vitiello AL, Pollard H. Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012;35(1):26-37.
45. Craane B, Dijkstra PU, Stappaerts K, De Laat A. One-year evaluation of the effect of physical therapy for masticatory muscle pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain.* 2012;16(5):737-747.
46. Craane B, Dijkstra PU, Stappaerts K, De Laat A. Randomized controlled trial on physical therapy for TMJ closed lock. *J Dent Res.* 2012;91(4):364-369.
47. Tuncer AB, Ergun N, Tuncer AH, Karahan S. Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2013;17(3):302-308.
48. Armijo-Olivo S, Pitance L, Singh V, Neto F, Thie N, Michelotti A. Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2016;96:9-25.
49. Martins WR, Blasczyk JC, Aparecida Furlan de Oliveira M, Lagôa Gonçalves KF, Bonini-Rocha AC, Dugailly PM, de Oliveira RJ. Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: A systematic review with meta-analysis. *Man Ther.* 2016;21:10-17.
50. Durham J, Al-Baghdadi M, Baad-Hansen L, Breckons M, Goulet JP, Lobbezoo F, List T, Michelotti A, Nixdorf DR, Peck CC, Raphael K, Schiffman E, Steele JG, Story W, Ohrbach R. Self-management programmes in temporomandibular disorders: results from an international Delphi process. *J Oral Rehabil.* 2016;43(12):929-936.
51. Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Lobbezoo F. Management of sleep bruxism in adults: a qualitative systematic literature review. *J Oral Rehabil.* 2015;42(11):862-874.

52. Gouw S, de Wijer A, Creugers NHJ, Kalaykova SI. Bruxism: Is There an Indication for Muscle-Stretching Exercises? *Int J Prosthodont.* 2017;30(2):123-132.
53. Joosten EA. Pijn, nociceptie en inflammatie: inzichten in de mechanismen en mogelijke therapeutische aanpak. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2016;123:458-462.
54. Perez RSGM. Classificatie van pijn in het orofaciale en craniofaciale gebied. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2016;123:466-472
55. Geurts JW, Haumann J, Kleef M van. Multidisciplinaire behandeling van aangezichtspijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2016;123:547-551.
56. Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis.* 2011;17(1):23-41.
57. Svensson P. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. *Curr Opin Neurol.* 2007;20:320-325.
58. Michiels S, Van de Heyning P, Truijen S, Hallemans A, De Hertogh W. Prognostic indicators for decrease in tinnitus severity after cervical physical therapy in patients with cervicogenic somatic tinnitus. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017;29:33-37.
59. Ramirez LM, Ballesteros LE, Sandoval GP. Topical review: Temporomandibular disorders in an integral otic symptom model. *Int J Audiol.* 2008;47(4):215-227.
60. Niezen ET, Stuive I, Post WJ, Bos RR, Dijkstra PU. Recovery of mouth-opening after closed treatment of a fracture of the mandibular condyle: a longitudinal study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53(2):170-175.
61. Feng Z, Chen R, Zhang Y, Yang M, Lin Y, Tian W, Liu L. Outcome of postsurgical sequential functional exercise of jaw fracture. *J Craniofac Surg.* 2009;20(1):46-48.
62. Helminski JO, Zee DS, Janssen I, Hain TC. Effectiveness of particle repositioning maneuvers in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review. *Phys Ther.* 2010 ;90(5):663-678.
63. Bressi F, Vella P, Casale M, Moffa A, Sabatino L, Lopez MA, Carinci F, Papalia R, Salvinelli F, Sterzi S. Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction? *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2017 ;30(2):113-122.
64. Beurskens CHG, Heymans PG. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: A randomised controlled trial. *Austr J Phys Ther.* 2006;52:177-183.
65. <https://www.folia.nl/wetenschap/42068/dystonie-onderzoek-ontvangt-ton-subsidie>
66. KNGF Richtlijn Nekpijn, 2016.
67. Olivo SA, Fuentes J, Major PW, Warren S, Thie NM, Magee DJ. The association between neck disability and jaw disability. *J Oral Rehabil.* 2010;37(9):670-699.
68. Armijo-Olivo S, Magee D. Cervical musculoskeletal impairments and temporomandibular disorders. *J Oral Maxillofac Res.* 2013 ;3(4):e4.
69. Packer AC, Dibai-Filho AV, de Souza Costa AC, dos Santos Berni KC, Rodrigues-Bigaton D. Relationship between neck disability and mandibular range of motion. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2014;27(4):493-498.

70. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ et al. *Psychosom Med* 2014 Jan;76 (1): 2-11.
71. Passos GS, Poyares DL, Santana MG, Tufik S, Mello MT. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia? *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(6):653-660.
72. Passos GS, Poyares D, Santana MG, Teixeira AA, Lira FS, Youngstedt SD, dos Santos RV, Tufik S, de Mello MT. Exercise improves immune function, antidepressive response, and sleep quality in patients with chronic primary insomnia. *Biomed Res Int*. 2014;2014:498961.
73. Chennaoui M, Arnal PJ, Sauvet F, Léger D. Sleep and exercise: a reciprocal issue? *Sleep Med Rev*. 2015;20:59-72.
74. Camacho M, Certal V, Abdullatif J, Zaghi S, Ruoff CM, Capasso R, Kushida CA. Myofunctional Therapy to Treat Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2015;38(5):669-675.
75. Castien RF, van der Windt DA, Grooten A, Dekker J. Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: a pragmatic, randomised, clinical trial. *Cephalalgia*. 2011 ;31(2):133-143.
76. Mesa-Jiménez JA, Lozano-López C, Angulo-Díaz-Parreño S, Rodríguez-Fernández ÁL, De-la-Hoz-Aizpurua JL, Fernández-de-Las-Peñas C. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia*. 2015;35(14):1323-1332.
77. Cumplido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. *Neurologia*. 2018. pii: S0213-4853(18)30013-6.
78. Steenks MH, Jacobs JWG. Tandheelkundige aspecten van het Ehlers-Danlos syndroom. In Jacobs JWG, Cornelissens LJM, Veenhuizen MC, Geenen R. (red.). Boom, Amsterdam, 2005.
79. Mitakides J, Tinkle BT. Oral and mandibular manifestations in the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2017;175(1):220-225.
80. De Coster PJ, Martens LC, De Paepe A. Oral health in prevalent types of Ehlers-Danlos syndromes. *J Oral Pathol Med*. 2005;34(5):298-307.
81. ZonMw – Nationaal Plan Zeldzame Ziekten (NPZZ). Oktober 2013.
82. Van der Bruggen W. Mandibular function in patients with neuromuscular disorders. Thesis 2015.
83. Steenks MH, Bruggen van HW, Sparreboom-Kalaykova SI. Betrokkenheid kaakgewricht bij jeugdreeuma. *Fysiopraxis* 2013;9:50-51.
84. Steenks MH, Giancane G, de Leeuw RR, Bronkhorst EM, van Es RJ, Koole R, van Bruggen HW, Wulffraat NM. Temporomandibular joint involvement in Juvenile Idiopathic Arthritis: reliability and validity of a screening protocol for the rheumatologist. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2015;13:15.
85. Stoustrup P, Twilt M, Spiegel L, Kristensen KD, Koos B, Pedersen TK, Küseler A, Cron RQ, Abramowicz S, Verna C, Peltomäki T, Alstergren P, Petty R, Ringold S, Nørholt SE, Saurenmann RK, Herlin T; euroTMjoint Research Network. Clinical Orofacial Examination in Juvenile Idiopathic Arthritis: International Consensus-based Recommendations for Monitoring Patients in Clinical Practice and Research Studies. *J Rheumatol*. 2017;44(3):326-333.

86. Niibo P, Pruunsild C, Voog-Oras Ü, Nikopensius T, Jagomägi T, Saag M. Contemporary management of TMJ involvement in JIA patients and its orofacial consequences. EPMA J. 2016;7:12.
87. Het biopsychosociale model in de tandheelkundige praktijk. Een bewerking van het artikel "Het biopsychosociale model" door K.P.M. van Spaendonck uit "Communicatie in de medische praktijk" reader van de afdeling Medische Psychologie, UMC St Radboud, Nijmegen 2004. Bewerkt door A. Sillen en L. de Jong.
88. Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. Br J Anaesth. 2013;111(1):95-104.
89. Beurskens CHG. Mime therapy: rehabilitation of facial expression. Thesis 2008. Universiteit van Nijmegen.
90. Kaski D, Bronstein AM, Edwards MJ, Stone J. Cranial functional (psychogenic) movement disorders. Lancet Neurol. 2015;14:1196-1205.
91. Richtlijn Infectiepreventie in mondzorgpraktijken. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), 2016.
92. Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD, Knott C, Dubner R, Bair E, Baraian C, Slade GD, Maixner W. Potential psychosocial risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA case-control study. J Pain. 2011;12(11 Suppl):T46-60.
93. Selms MKA, Visscher CM, Naeije M, Lobbezoo F. Bruxism and associated factors among Dutch adolescents. Community Dent Oral Epidemiol 2013;41(4):353-363.
94. Maísa Soares G, Rizzatti-Barbosa CM. Chronicity factors of temporomandibular disorders: a critical review of the literature. Braz Oral Res. 2015;29.
95. www.cobijt.nl
96. Weijenberg RAF, Scherder EJA, Lobbezoo F. Mastication for the mind - The relationship between mastication and cognition in ageing and dementia. Neurosci Biobehav Rev. 2011;35(3):483-497.
97. Kennis van waarde – Onderzoeksagenda Fysiotherapie. Wetenschappelijk College Fysiotherapie in opdracht van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2017
98. <https://vsop.nl/wat-doen-wij/projecten/projecten-nederland/>
99. Barten DJA, Koppes LJ. NIVEL Zorgregistraties – Zorg door de fysiotherapeut; jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011 – 2015. Utrecht, NIVEL 2016.
100. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Zorginstituut Nederland, november 2016
101. Nictiz, NIVEL, in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Tussenrapport eHealth-monitor 2015. Juni 2015.
102. Nederlands Kwalificatiekader (NLQF). 2013. Nationaal Coördinatiepunt. Beschikbaar via: <http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>. Geraadpleegd op 5 juli 2018.

Deel 2

Competentieprofiel orofaciaal fysiotherapeut

1	Orofaciaal fysiotherapeutisch handelen
De OFT biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundige hulp aan patiënten die problemen ondervinden in het orofaciale domein.	
1.1	De OFT biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundige hulp aan patiënten die problemen ondervinden in het orofaciale domein. Hij verleent op ethisch verantwoorde wijze up-to-date en doeltreffende zorg. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - respecteert de morele principes van zichzelf als persoon en als professional in de gezondheidszorg, alsmede die van de patiënt, zijn naasten, andere relevante betrokkenen en de mensen met wie hij samenwerkt; - maakt afgewogen en bewuste keuzes om wel of niet te handelen / interveniëren; - is zich bewust van ethische en morele dilemma's en handelt zodat het duidelijk is voor iedereen; - levert verantwoorde zorg volgens de meest recente inzichten; - stemt zijn verrichtingen af met de patiënt en diens omgeving ten behoeve van de specifieke zorg- of hulpvraag en komt in samenspraak met de patiënt en zonodig met diens omgeving tot een gedragen besluitvorming waarbij de patiënt centraal staat. - is zich bewust van zijn meerwaarde en specifieke kennis en kunde als OFT;
1.2	De OFT heeft bijzonder gespecialiseerde en geavanceerde kennis van de diagnostiek en behandel mogelijkheden binnen het orofaciale domein. Zijn klinische besluitvorming is op basis van expertise en wetenschappelijk onderzoek en houdt rekening met de omstandigheden, beschikbare middelen en de voorkeuren van de patiënt. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - past gespecialiseerde kennis en kunde toe uit het domein orofaciale fysiotherapie om vast te stellen in hoeverre het gezondheidsprobleem met of tijdens specifiek bewegen gerelateerd is aan stoornissen en/of activiteiten binnen het musculoskeletaal bewegingssysteem of stoornissen gerelateerd aan omliggende structuren (zoals keel, neus en oor en de aangezichts zenuwen) in het orofaciale domein; - inventariseert en analyseert op methodische wijze mogelijke contra-indicaties of risicofactoren voor het toepassen van orofaciaal fysiotherapeutische interventies; - past besluitvorming toe op basis van klinische expertise en meest recent wetenschappelijk onderzoek; - is zich bewust van de invloed van de omgeving van de patiënt op zijn of haar specifieke functioneren; - is zich bewust van de invloed van de cognities, emoties en gedragingen van de patiënt op zijn of haar specifieke functioneren; - past specifieke behandelconcepten en middelen toe gericht op het verbeteren van de belastbaarheid van de patiënt; - meet, evalueert, analyseert en registreert de verrichtingen en het beloop van het specifieke gezondheidsprobleem en handelt procesmatig; - evalueert en adviseert de patiënt ten behoeve van zelfstandigheid in het voorkomen van recidieven.
1.3	Als specialist kan de OFT het zorgveld overzien en heeft een duidelijke visie op de grenzen van zijn eigen kennis en kunde. Hij herkent daarbij de grenzen van zijn competenties en handelt

	<p>overeenkomstig. Bij complexe problemen met elementen op het raakvlak met andere beroepen zoekt en organiseert een OFT een gerichte samenwerking in het belang van de patiënt.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - weet wat de kracht en meerwaarde is van zijn rol als OFT binnen het (inter- en multidisciplinaire) zorgtraject; - weet wat de positieve én negatieve effecten kunnen zijn van orofaciaal fysiotherapeutische interventies; - weet wat de positieve én negatieve effecten kunnen zijn van interventies van de aan orofaciaal fysiotherapeutische zorg gerelateerde domeinen en handelt hiernaar; - kent zijn eigen (persoonlijke) beperkingen en handelt dienovereenkomstig; - zoekt en organiseert samenwerking met of verwijst door naar overige (zorg)professionals; monitort en evalueert de voortgang samen met de patiënt, diens naasten en andere relevante betrokkenen de SMART geformuleerde orofaciaal fysiotherapeutische behandeling.
1.4	<p>In zijn rol als specialist kan de OFT een leidende rol vervullen in het zorgtraject van een patiënt. In het organiseren en afstemmen van zorg op maat voor de patiënt benut de OFT zijn competenties in de overige gebieden waarbij communicatie, samenwerking, professionaliteit en organisatie van goede en efficiënte zorg noodzakelijk is.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - toont initiatief, organiseert en neemt de leiding namens de patiënt (en/of zijn direct betrokkenen) binnen een orofaciaal fysiotherapeutisch zorgtraject; - ziet hiaten in de noodzakelijke zorg van zijn patiënt en organiseert stemt af met overige (zorg)professionals om een adequaat (OFT-gericht) zorgplan te ontwikkelen.

2	Communiceren
<p>Orofaciaal fysiotherapeutische zorg kenmerkt zich door zorgvuldig gebouwde relaties tussen de therapeut en zijn patiënt, gebaseerd op professioneel ingezette communicatie van hoge kwaliteit.</p>	
2.1	<p>Orofaciaal fysiotherapeutische zorg kenmerkt zich door professioneel ingezette communicatie van hoge kwaliteit. Deze duidelijke, transparante en doelmatige communicatie richt zich ook op de belevingswereld, de verwachtingen en de gedachten die een patiënt met specifieke hulp- of zorgvraag heeft rondom zijn aandoening binnen de orofaciale context.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - handelt respectvol, empathisch, ontvankelijk, vertrouwelijk en veilig; - informeert, stimuleert, corrigeert en stelt duidelijke grenzen; - neemt culturele diversiteit in acht, zonder dat dit afbreuk doet aan de professionele relatie tussen de therapeut en de patiënt; - stimuleert de verantwoordelijkheid van de patiënt ten behoeve van zelfredzaamheid en zelfmanagement.
2.2	<p>Complexe problemen in de orofaciale zorg zijn vaak multidimensioneel en wisselend van context.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - herkent, erkent en benoemt het multidimensionele karakter van het specifieke probleem; - past zijn communicatie aan continue wisselende contexten aan;

	<ul style="list-style-type: none"> - kiest en legitimeert schriftelijke of verbale communicatietechnieken; - zet duidelijke en transparante communicatie binnen het zorgtraject in ten behoeve van de specifieke hulp- of zorgvraag van de patiënt.
2.3	<p>Een OFT is in staat om effectieve communicatie toe te passen ongeacht de leeftijd of de cultuur/achtergrond van een patiënt en in allerlei lastige situaties binnen zijn specifieke beroepspraktijk. Hij gaat daarbij om met de basis principes van zorg (weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid en autonomie van ieder individu).</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - zet zijn communicatie in passend bij de leeftijd/cultuur/achtergrond/religie/geaardheid van de patiënt; - past zijn communicatie aan, aan het opleidings- en communicatieniveau (inclusief taal) van de patiënt; - neemt in zijn communicatie de basisprincipes van goede zorg in acht.

3	Samenwerken
	De OFT participeert in een (inter)nationaal netwerk van zorggerelateerde samenwerkingsrelaties. Hij maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises in zijn samenwerking met patiënten, hun begeleiders en/of familie.
3.1	<p>De OFT participeert in een (inter)nationaal netwerk van zorggerelateerde samenwerkingsrelaties. Hij maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises in zijn samenwerking met patiënten, hun begeleiders en/of familie.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - ziet zorggerichte samenwerking als een interactief proces wat doelgericht en planmatig is opgesteld; - toont leiderschap in ketenzorg; - weet wanneer interventies van andere zorgprofessionals meer effect hebben of juist geïndiceerd zijn; - kent zijn eigen beperkingen en handelt dienovereenkomstig; - werkt efficiënt samen met diverse andere (zorg)professionals, begeleiders en/of familieleden binnen het zorgtraject; - is zich bewust van de gevolgen van zijn eigen handelen voor betrokken (zorg)professionals en familieleden; - vervult de casemanagerfunctie; - verwijst in belang van patiënt efficiënt naar overige (zorg)professionals indien nodig; - betreft de expertise en redenties van andere (zorg)professionals bij zijn afwegingen en neemt op efficiënte beslissingen; - corrigeert zichzelf en anderen op geëigende wijze binnen de geldende wet- en regelgeving; - draagt actief bij aan het vergroten van de bekendheid van het orofaciale domein binnen de volledige gezondheidszorg.
3.2	<p>Het continu veranderende zorgdomein vraagt dat een OFT samenwerkt met (lokale) overheidsinstanties, patiëntenorganisaties en onderzoeksinstituten binnen hogescholen en universiteiten die samen de zorg onderzoeken en verbeteren.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - werkt efficiënt en doelgericht samen bij de specifieke hulp- of zorgvraag ten behoeve van de gemeenschap; - is zich bewust van mogelijke belangenverstrengeling van verschillende partijen; - weegt belangen van de betrokken partijen af en handelt daarnaar; - behartigt de belangen van de patiënt én betrokken partijen binnen elke vorm van samenwerking ten behoeve van de specifieke hulp- of zorgvraag en onderhoudt deze relaties; - gaat samenwerking aan met partners in en buiten de zorg; - zoekt mogelijkheden om nieuwe zorggerelateerde interventies op het gebied van beter functioneren en bewegen te vinden.
3.3	<p>Door zijn gespecialiseerde vaardigheden op het gebied van probleemanalyse en –oplossing, kan een OFT als teamlid en als teamleider onderdeel zijn van een effectief samenwerkingsverband dat gericht is op allerlei vormen van medische zorg, scholing en wetenschap.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - streeft naar efficiënte samenwerkingsverbanden in specifieke zorg; - spreekt zich uit en gaat staan voor zijn visie ten behoeve van zijn leidende rol of als teamlid in het zorgtraject; - coacht collega's en luistert naar hen; - is in staat om ideeën te ontwikkelen vanuit verschillende perspectieven en dit over te brengen op anderen; - staat open voor nieuwe en innovatieve ideeën van anderen; - creëert draagvlak voor kleine en grote veranderingen; - reflecteert op zijn persoonlijke rol en op het groepsproces van de samenwerking; - biedt veiligheid aan en weegt belangen van collega's die intervisie vragen. - geeft advies aan collega's ten aanzien van contra-indicaties negatieve signalen en criteria voor consultatie.

4	Kennis delen en wetenschap beoefenen
	Een OFT neemt in zijn dagelijks handelen beslissingen op basis van up-to-date kennis en kunde. Hiervoor initieert en participeert hij in onderzoek.
4.1	<p>Een OFT verzamelt en analyseert op een verantwoorde en kritische wijze brede, verdiepende en gedetailleerde wetenschappelijke informatie over zijn eigen handelen en over het domein waarin hij werkzaam is.</p> <p>Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - levert in de beroepspraktijk en in het kennisdomein een bijdrage aan de (wetenschappelijke) analyse en oplossing van complexe problemen door gegevens te identificeren en te gebruiken; - signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein; - brengt hiaten in het orofaciaal fysiotherapeutische domein onder de aandacht van de wetenschap door hier onderzoek naar te doen, over te publiceren of op congressen over te spreken; - levert kritisch commentaar op het handelen en het geschreven werk van collega's binnen het orofaciaal fysiotherapeutische domein;

	<ul style="list-style-type: none"> - formuleert onderzoeksvragen en participeert in het schrijven van gedegen onderzoeksvorstellen; - levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek; - verzamelt op systematische wijze relevante klinische resultaten uit zijn eigen beroepspraktijk; - verzamelt data voor wetenschappelijk onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- regelgeving in het kader van onderzoeksprojecten; - levert data voor wetenschappelijk onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- regelgeving; - bepaalt de waarde van resultaten en conclusies uit onderzoek voor de eigen klinisch relevantie; - vertaalt resultaten en conclusies naar de eigen klinische setting.
4.2	De OFT levert een creatieve en strategische bijdrage aan de (wetenschappelijke) oplossing van complexe problemen in het orofaciale kennisdomein. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - is nieuwsgierig, onderzoekt en staat open voor innovatie en nieuwe ideeën in zijn vakinhoudelijk handelen binnen het orofaciale domein; - denkt kritisch na over bestaande overtuigingen en paradigma's binnen het orofaciale domein en probeert continu naar een wetenschappelijke onderbouwing en fundering binnen het orofaciaal fysiotherapeutische domein te zoeken; - levert direct en indirect bewijs voor gehanteerde modellen en constructen.
4.3	De OFT deelt kennis. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - verzorgt kennisoverdracht over specialistische orofaciaal fysiotherapeutische onderwerpen; - publiceert in (wetenschappelijke) vaktijdschriften of vakgerelateerde websites; - geeft collega's, studenten en overige betrokkenen binnen het orofaciale domein feedback op hun handelen en hun professionele gedrag; - verzamelt, selecteert en ontwerpt voorlichtings- en instructiemateriaal voor patiënten, vakgenoten en/of anderen; - levert bijdragen aan (inter)nationale vakinhoudelijke congressen, lezingen en cursussen.

5	Maatschappelijk handelen
	Vanuit zijn unieke orofaciaal fysiotherapeutische visie op orofaciale zorg oefent een OFT op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit.
5.1	De OFT oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - neemt deel en draagt waar mogelijk bij aan het maatschappelijk debat over gezondheid en gezondheidszorg en vertaald discussiepunten en ontwikkelingen naar zijn eigen orofaciaal fysiotherapeutische handelen; - streeft naar eigen regie en zelfredzaamheid van patiënten; - weegt individuele en maatschappelijke belangen; - streeft naar doelmatige en efficiënte orofaciaal fysiotherapeutische zorg; - draagt zorg voor een goede toegankelijkheid van de aan orofaciale problematiek gerelateerde zorg.

5.2	De OFT bevordert de algemene gezondheid van individuele patiënten, patiëntgroepen in de regio alsmede de algemene volksgezondheid. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - promoot, ook in samenwerking met andere partijen, een actieve, gezonde levensstijl van individuen; - bevordert de zelfredzaamheid van de samenleving als groep (samenredzaamheid) in het creëren van een gezonde samenleving.
5.3	De OFT handelt ethisch en binnen juridische kaders. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - handelt volgens de algemene beroepsethiek en gedragsregels zoals van toepassing op zijn rol binnen het domein van de fysiotherapie; - bevordert en bewaakt de kwaliteit van de gezondheidszorg zoals is vastgelegd in de wet BIG; - is alert, registreert en reageert adequaat op klachten van patiënten over het orofaciaal fysiotherapeutisch handelen van zichzelf of het handelen van collega's en is alert op misstanden in de gezondheidszorg; - neemt verantwoordelijkheid voor en kan verantwoording afleggen voor de zorg die geleverd wordt binnen het orofaciale domein; - streeft naar rechtmatige verdeling van orofaciale zorg binnen de samenleving; - werkt mee aan het de-medicaliseren van onze samenleving en probeert onnodige orofaciaal medische zorg voor ieder individu te voorkomen.
5.4	De OFT streeft naar doelmatige en efficiënte zorg. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - reflecteert op zijn eigen orofaciale fysiotherapeutisch handelen; - doet wetenschappelijk onderzoek naar meer effectieve behandelmogelijkheden en mogelijke substitutie van behandelmethoden in de gerichte zorg (op individueel patiënten niveau en op algemeen niveau van de orofaciale zorg als geheel); - werkt mee aan het stroomlijnen van zorgprocessen door effectieve (multidisciplinaire) samenwerking en inter- en transdisciplinaire communicatie in de orofaciale zorg te verbeteren; - streeft naar duurzame inzetbaarheid van zichzelf en zijn collega's; - streeft naar betaalbare orofaciale zorg waarbij de werkelijke kosten van goede zorg zijn afgestemd op marktwerking en bestaande financiële stromen; - stimuleert als zorgmanager om de orofaciale zorg, binnen de instelling waarin hij werkzaam is, efficiënter te organiseren.

6	Organiseren
Om als OFT doelmatig en doeltreffend te functioneren spant hij zich voor zichzelf en andere betrokkenen in voor een goede fysiotherapeutische organisatie om in te werken.	
6.1	De OFT plant en organiseert zijn eigen werkzaamheden, in overleg met de collega's binnen dezelfde organisatie. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - plant, organiseert en regisseert het hulpverleningsproces in de setting waarin hij werkzaam is;

	<ul style="list-style-type: none"> - zet middelen en medewerkers in binnen processen gericht op klinische, administratieve, onderzoekende en scholende werkzaamheden; - formuleert realistische verwachtingen voor zichzelf en zijn collega's om te komen tot duurzame inzetbaarheid en een evenwichtige levensstijl als werknemer in de zorg; - neemt initiatief tot de marketing van kwalitatief hoogwaardige orofaciale zorg; - is op de hoogte van geldstromen binnen de eigen praktijk, de regio waarin hij werkzaam is en in de landelijke gezondheidszorg.
6.2	De OFT werkt doeltreffend en doelmatig samen in interprofessionele netwerken. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - stelt zich flexibel op in de interprofessionele orofaciale zorg gerichte dienstverlening; - coacht collega's; - creëert draagvlak voor plannen die hij ontwikkelt; - erkent de expertise van collega's waarmee hij samenwerkt; - verdeelt werklast/taken en verantwoordelijkheid bij het werken in projecten.
6.3	De OFT stelt doelen en prioriteiten en maakt ontwikkelingsgericht beleid. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - draagt bij aan en/of ontwikkelt (mede) het kwaliteitsbeleid van de organisatie; - is actief betrokken bij het ontwikkelen van het inhoudelijke orofaciale zorg gerichte beleid en initieert innovaties hierin; - denkt buiten bestaande kaders; - denkt na over hoe de orofaciale zorg er in de toekomst uit zal zien.

7	Professioneel handelen
De OFT levert fysiotherapeutische zorg op een integrale, oprechte en betrokken wijze.	
7.1	De OFT handelt integer, oprecht en betrokken. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - toont zich integer, oprecht en betrokken naar zijn patiënt, zijn collega's en iedereen waarmee hij samenwerkt.
7.2	Een OFT bewaart de juiste balans tussen persoonlijke kernkwaliteiten en zijn professionele rollen. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - respecteert de waardigheid van de patiënten, betrokkenen en collega's; - treedt de hulpvragende medemens met innerlijke bewogenheid maar zonder emotionele betrokkenheid tegemoet; - streeft er naar dat een de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen welzijn en neemt deze niet over.
7.3	De OFT toont adequaat professioneel gedrag. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - toont morele gevoeligheid; - fundeert en legitimeert zijn morele afwegingen en herkent ethische dilemma's binnen de orofaciale gezondheidszorg; - vraagt anderen om kritische toetsing van zijn morele afwegingen;

	<ul style="list-style-type: none"> - stelt zich bij het gepresenteerde orofaciale gezondheidsprobleem de vraag wat hier 'goed doen' is en relateert zijn antwoord aan belangen van de patiënt, zijn eigen belangen, de belangen van bij de patiënt betrokken anderen en maatschappelijke belangen; - draagt en toont verantwoordelijkheid voor morele afwegingen; - reageert op onprofessioneel gedrag van collega's of andere betrokkenen in de gezondheidszorg.
7.4	De OFT handelt vanuit zijn voorbeeldfunctie en stelt zich zodanig toetsbaar op. Specifieke indicatoren voor de OFT zijn:
	<ul style="list-style-type: none"> - toetst zich aan de criteria binnen zowel zijn eigen orofaciale werksetting als binnen samenwerkingsverbanden daarbuiten; - stelt zich kwetsbaar en transparant op door patiënten en collega's te vragen feedback op zijn handelen te geven (interview en visitatie); - werkt vanuit een kwaliteitssysteem.

Addendum Fysiotherapeut-Gnatholoog

Een ontwikkeling in het orofaciale beroepsdomein kan binnen van het BP OFT niet onbenoemd blijven. In 2010 is binnen de opleiding Gnathologie op de Radboud Universiteit, naast tandartsen, voor het eerst een (orofaciaal) fysiotherapeut toegelaten. Het opleidingstraject bevestigt de meerwaarde van een directe samenwerking, dat wil zeggen een gezamenlijk spreekuur van fysiotherapeut en tandarts bij complexe problematiek (topklinische zorg). In 2015 is de eerste fysiotherapeut-gnatholoog afgestudeerd en in 2016 volgden twee collega's. In dit addendum vindt u een beschrijving van de opleiding en een typering van het werkdomein en competenties. Tevens worden de voorgenomen plannen, die volgen op deze huidige ontwikkeling, geschetst.

Opleidingsdoel en instroomniveau

De postinitiële opleiding gnathologie voor fysiotherapeuten heeft als doel het ontwikkelen van specifieke competenties behorend bij het domein gnathologie en orofaciale pijn. De fysiotherapeut-gnatholoog (FG) is een fysiotherapeut-specialist, consultant op het gebied van diagnostiek en behandeling van complexe pijn en functieproblematiek in het hoofd-hals gebied. Fysiotherapeuten die de opleiding volgen, hebben bij de start van het programma een aantoonbaar Master of Science (MSc) niveau met een musculoskeletale specialisatie orofaciale fysiotherapie en/of manuele therapie. Registratie in het BI register van het KNGF is eveneens een vereiste. De eindtermen van de opleiding gnathologie zijn voor tandartsen en fysiotherapeuten vooralsnog gelijk, rekening houdend met de beroep specifieke competenties en wettelijke/ juridische mogelijkheden.

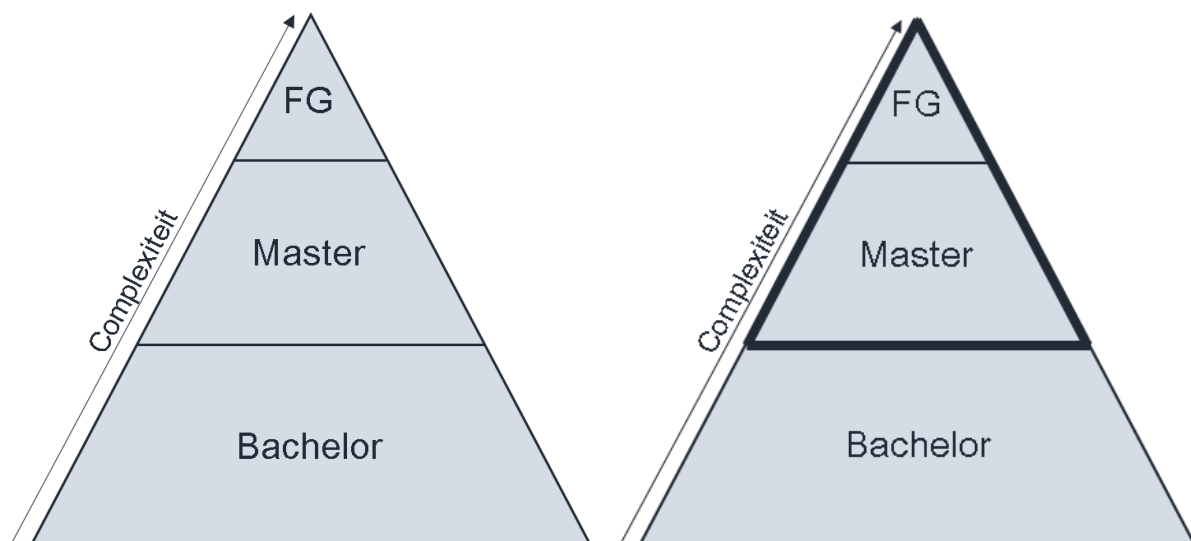
Programma

Het opleidingstraject bestaat uit een driejarige postinitiële klinische en wetenschappelijke training in de gnathologie en orofaciale pijn. De fysiotherapeut volgt het programma samen met de tandarts, waarbij beide disciplines worden gekoppeld in de spreekkamer van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het Radboudumc. Hiermee ontstaat een optimaal leerklimaat met uitwisseling van beroep specifieke kennis en vaardigheden. De combinatie van patiëntenzorg, literatuurbespreking, patiëntbespreking en het multidisciplinaire overleg (MDO) creëert de mogelijkheid om wetenschap en kliniek direct te integreren. De volgende thema's

komen aan de orde: orale functionele en pijntheorieën, gnathologie en orofaciale pijn, medische diagnostiek (algemene pathologie, zeldzame ziekten, orthopedie, reumatologie, traumatologie, dentale problematiek), gerelateerde afwijkingen m.b.t. KNO, MKA en neurologie, medische beeldvorming (röntgen, MRI, CBCT en echografie), psychologie, farmacie, tandheelkundig-gnathologische therapie en communicatie. Er wordt daarnaast een wetenschappelijk project uitgevoerd met als einddoel een wetenschappelijke publicatie. Nationale en internationale programma's en stages zijn verplicht, waarbij specifiek het netwerk met twee belangrijke zorg/onderzoeksgroepen (onder leiding van prof. dr. A. Michelotti, Napels, Italië, en prof. dr. T. List, Malmö, Zweden) wordt onderhouden middels jaarlijkse uitwisselingsprogramma's. De studiebelasting bestaat uit 2244 uur. In de huidige opzet is de cursist twee dagen aanwezig op de kliniek voor een traject van 3 jaar.

Werkdomein en competenties

De FG wordt ingezet als consultant voor huisartsen, tandartsen en collega fysiotherapeuten ter ondersteuning voor de diagnostiek en behandeling in het hoofd-halsgebied, alsmede advisering ten aanzien van mogelijke doorverwijzing naar een medisch specialist. De FG is bekwaam in het stellen van een indicatie voor aanvullende medische beeldvorming en kan medisch specialistisch vervolgonderzoek beargumenteren en een adequate verwijzing ondersteunen. De FG kan medische diagnostiek verrichten als taaksubstitutie van de huisarts, tandarts of medisch specialist zoals de kaakchirurg, KNO-arts of neuroloog. De FG is bekend met de indicatiestelling en mogelijkheden van beeldvormende diagnostiek (röntgen, MRI en CT) en met de uitgebreide intraorale inspectie op mogelijke dentale of verdachte tekenen. De FG kan in een team werken binnen een tandheelkundige setting en/of een afdeling bijzondere tandheelkunde en integreert orofaciale fysiotherapie en gnathologie m.b.t. diagnostiek en behandeling. De FG kan als casemanager fungeren indien bij een patiënt een multidisciplinair traject wordt ingezet. Hij/zij volgt het beloop en begeleidt patiënten gedurende het diagnostisch en/of therapeutisch traject. De FG werkt bij uitstek op een specialistisch centrum, in nauwe samenwerking met bijvoorbeeld de tandarts-gnatholoog, kaakchirurg, KNO-arts en/of pijnarts.



Piramide 'Diagnostiek en zorgverlening binnen het (orofaciaal) fysiotherapeutische domein'.

Het grootste deel van de patiënten met simpele (musculoskeletale) klachten kunnen gediagnosticeerd en behandeld worden door de bachelor (algemeen fysiotherapeut). Elke fysiotherapeut is in staat om basiszorg aan te bieden. De patiënten met meer complexe (orofaciale) problematiek worden gediagnosticeerd en behandeld door de master (orofaciaal) fysiotherapeut waarbij er naast basiszorg sprake kan zijn van meer complexe zorg. De afbakening is een glijdende schaal. Enkelvoudige problemen kunnen in de eerstelijns worden gestart en zoals eerder beschreven bij zwaar gecompliceerde patiënten lijkt er een centrumindicatie te bestaan.⁹⁵ Het betreft hier patiënten met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven aandoening van het tand-kaakmondstelsel, patiënten met zeer ernstige gebitsprothese problemen, patiënten met zeer ernstige TMD of orofaciale pijn, patiënten met extreme angst, patiënten met een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke handicap, patiënten met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening en patiënten met een afwijkend beloop na een start behandeling in de periferie. Onder het begrip 'centrumindicatie' wordt verstaan een zodanig ernstige aandoening, afwijking, handicap en/of moeilijkheidsgraad van de behandeling, dat in verband met de benodigde specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning deze redelijkerwijs niet kan geschieden in de huispraktijk, al dan niet na horizontale verwijzing.

Een selecte groep complexe patiënten met zeer complexe (orofaciale) klachten wordt gezien door de FG, waarbij de FG de diagnostiek uitvoert en het multidisciplinaire zorgpad uitzet. De FG is in staat unieke zorg te bieden. Dit betreft zeer gespecialiseerde en misschien deels experimentele zorg, bijvoorbeeld in samenspraak met een UMC of centrum voor bijzondere tandheelkunde. De FG dient zich hiervoor in een uitgebreid netwerk te bevinden, wat tevens inhoudt dat hij de 'taal van de medisch specialist' spreekt. De FG heeft tevens een consultant functie.

Taakvervulling

De FG is in staat de verbinding te vormen tussen de (orofaciaal) fysiotherapeut, de tandarts en de gnatholoog. De FG is in staat om patiënten met complexe orofaciale vragen te begeleiden. De FG kan taaksubstitutie van de tandarts-gnatholoog verrichten en kan zorgvragen van collega-fysiotherapeuten nader beoordelen.

Verdere ontwikkelingen

De huidige fysiotherapeut-gnathologen zijn verenigd in een samenwerkingsverband, het Wetenschappelijk Genootschap voor Fysiotherapeut-Gnathologen (WGFG). Vanuit dit samenwerkingsverband beogen zij een solide positie te ontwikkelen binnen de complexe orofaciale zorg. De FG dient voor elke zorgverlener goed benaderbaar te zijn. Om dit te bewerkstelligen is een landelijke dekking zonder overaanbod (maximaal 7-9 FG), zichtbaarheid, vindbaarheid en binding met de opleiding noodzakelijk. Voor de toekomst lijkt het wenselijk te komen tot meerdere opleidingsplaatsen, dit om accent verschillen in het opleidingstraject te benutten c.q. te evalueren.

Missie WGFG

De FG is na een voortgezette academische opleiding een kritisch wetenschappelijk ingestelde clinicus en draagt als wetenschapper zijn kennis over in individuele als publiekelijke zin. De FG staat als onmisbare partner middenin het werkveld dat betrokken is bij de diagnostiek en zorg rondom patiënten met complexe orofaciale pijn en/of dysfunctie. De FG kan door verschillende (para)medische disciplines geconsulteerd worden voor advies. De patiënt staat centraal, niet de gezondheidszorg met alle beperkingen. De FG heeft een meerwaarde doordat hij/zij

opgeleid is in het grensgebied tussen tandheelkunde, musculoskeletale revalidatie en zeldzame klachtenbeelden in het hoofd-, halsgebied. Bij complexe zorg in het hoofd-halsgebied kan zij het individuele zorgtraject van de patiënt coördineren. Hierbij vergroot de FG de communicatie tussen de verschillende vakgebieden (tandheelkunde, fysiotherapie, medisch-specialismen). Via de WGFG onderhoudt de opleiding(en) op frequente wijze zeer goede relaties met haar afgestudeerden. De leden van deze vereniging zijn tegelijk oud-student en stagedocent. Een aantal docenten van de opleiding zijn lid of erelid van de vereniging. De vereniging heeft een stimulerende functie op de opleiding, mede door het feit dat een aantal terugkomactiviteiten in samenwerking met de opleiding worden georganiseerd.

Visie WGFG

De FG heeft een vaste plek binnen de gezondheidszorg en het onderwijs binnen het orofaciale domein, symposia en congressen. De FG verricht wetenschappelijk onderzoek m.b.t beroep gerelateerde problematiek.