

Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie

Oktober 2023

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	1
2. Voorwoord	4
2.1 Aanleiding	4
2.2 Doel van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie	5
2.3 Reikwijdte van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie	5
2.4 Totstandkoming van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie.....	6
3. Fysiotherapie en oefentherapie in een veranderend landschap; een uitdagend perspectief	7
3.1 Fysiotherapie en oefentherapie in Nederland	7
3.1.1 De kern van fysiotherapie en oefentherapie	8
3.1.2 Doelgroep fysiotherapie en oefentherapie.....	9
3.1.3 Indicatie voor fysiotherapie en oefentherapie	12
3.1.4 Vormen van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg.....	15
3.1.5 De rollen van de fysiotherapeut	15
3.2 Ontwikkelingen in de samenleving en de zorg.....	16
3.2.1 Ontwikkelingen in de samenleving, regio en gemeente.....	16
3.2.2 Ontwikkelingen in de zorg	18
3.3 Aansluiting van fysiotherapie en oefentherapie bij de principes van passende zorg	19
3.3.1 Passende zorg is waardegedreven	20
3.3.2 Passende zorg komt samen met – en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand	27
3.3.3 Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek	30
3.3.4 Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte	34
4. Uitgangspunten voor kwaliteit van zorg.....	36
4.1 De patiënt ontvangt zorg die veilig is	36
4.2 De patiënt ontvangt zorg die effectief is.....	37
4.3 De patiënt ontvangt zorg die aansluit bij de hulpvraag	37
4.4 De patiënt ontvangt tijdig de zorg die nodig is	38
4.5 De patiënt ontvangt zorg die efficiënt is.....	38
4.6 De patiënt ontvangt zorg die gelijkwaardig is	39

5. Kwaliteitsbeleid fysiotherapie en oefentherapie	40
5.1 Wettelijke kaders	40
5.2 Normen van de beroepsgroepen	41
5.2.1 Professionele standaard	41
5.2.2 Standaarden voor beroeps-/praktijkuitoefening	44
5.3 Hoe de beroepsgroepen kwaliteit van zorg bevorderen en borgen.....	44
5.3.1 Kwaliteitsregisters.....	45
5.4 Hoe de beroepsgroepen werken aan vakinhoudelijke ontwikkeling en onderbouwing 52	
5.4.1 Professionele ontwikkeling	52
5.4.2 Wetenschapsbeleid	54
5.4.3 Richtlijnenbeleid	56
5.5 Kwaliteitsindicatoren voor fysiotherapie en oefentherapie	58
5.5.1 Definitie van kwaliteitsindicatoren	58
5.5.2 Ordening van kwaliteitsindicatoren.....	58
5.5.3 Stappen om te komen tot een indicator	60
5.6 Informatie voor de patiënt	65
5.6.1 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor de patiënt.....	65
5.6.2 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor continue leren en verbeteren	68
5.6.3 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor zorginkoop.....	68
5.7 Ambities van fysiotherapie en oefentherapie naar (meer) passende zorg	69
5.7.1 Ambitieniveau 1: Fysiotherapie en oefentherapie is waardegedreven	69
5.7.2 Ambitieniveau 2: Fysiotherapie en oefentherapie komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.....	70
5.7.3 Ambitieniveau 3: Fysiotherapie en oefentherapie vindt plaats op de juiste plek	71
5.7.4 Ambitieniveau 4: Fysiotherapie en oefentherapie gaat over gezondheid in plaats van ziekte..	72
6. Kwaliteitseisen	73
6.1 Kwaliteitseisen voor informatievoorziening	73
6.2 Kwaliteitseisen voor richtlijnen en andere evidence-based producten	74
6.3 Organisatie, samenwerking, coördinatie en uitvoering van zorgactiviteiten en behandelprogramma's.....	75
6.4 Draagvlak, uitvoering en implementatie	76
7. Ontwikkelagenda en implementatie.....	78
Referenties	90

BIJLAGEN.....	96
Bijlage 1: Langdurige fysiotherapie/oefentherapie is passende zorg bij chronische complexe, vaak progressieve aandoeningen	96
Bijlage 1.a: van het besluit zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid.	98
Bijlage 2: Onderbouwing van fysio/oefentherapeutische zorg in KNGF-richtlijnen	100
Bijlage 3: Overzicht (kosten)effectieve interventies voor substitutie van zorg	105
Bijlage 4: Indicatortool	106
Bijlage 5: Onderwerpen voor ontwikkeling indicatoren in de fysiotherapie en oefentherapie	112
Bijlage 6: Voorwaarden waar de patiëntinformatie aan moet voldoen	124
Bijlage 7: Kwaliteitsindicatoren	125

1. Samenvatting

Het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie beschrijft wat patiënten¹ mogen verwachten van goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg. En hoe de beroepsgroepen de kwaliteit van de zorg evalueren, verbeteren en borgen. Daarnaast beschrijft dit kader hoe de beroepsgroepen werken aan de inhoudelijke onderbouwing van het beroep en hoe de kwaliteit van de zorg inzichtelijk wordt gemaakt.

Het kwaliteitskader is gezamenlijk opgesteld door de beroepsorganisaties Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Vereniging van Oefentherapeuten, Cesar en Mensendieck, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Dit kader heeft betrekking op alle fysio- en oefentherapeutische zorg waarbij het accent ligt op de eerstelijnszorg.

Wat is fysiotherapie en oefentherapie?

De fysiotherapeut of oefentherapeut komt in beeld bij dreigende of bestaande beperkingen in het bewegend functioneren. Bewegend functioneren is een breed begrip en relateert aan alle domeinen van gezondheid en welzijn: lichamelijke functies, dagelijkse activiteiten, sociale rolvulling, maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven. Fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg biedt ondersteuning op maat bij het hervinden, behouden of optimaliseren van het bewegend functioneren en stimuleert daarin de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen. De doelgroep varieert van jong tot oud en van actieve sporters tot mensen met chronisch complexe, progressieve aandoeningen.

Passende zorg en de betekenis voor fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg

Om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te behouden, is het kader passende zorg opgesteld waarbij vier principes leidend zijn: passende zorg is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, is de juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Het Kader Passende zorg geeft richting en sturing vanuit de gedeelde missie om de zorg toekomstbestendig te maken. Het kader beschrijft concrete activiteiten die van partijen worden verwacht. Per principe wordt stilgestaan bij de impact en betekenis voor de fysiotherapie en oefentherapie.

¹ Wanneer wordt gesproken over 'de patiënt' wordt bedoeld de patiënt en wanneer van toepassing zijn ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger(s)/mantelzorger(s).

Wat patiënten mogen verwachten van goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg

Het kader beschrijft uitgangspunten voor kwaliteit van zorg aan de hand van de domeinen van het Institute of Medicine (IOM); Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie, gelijkwaardigheid. Per domein beschrijft het kader welke publieke normen van het kader Passende zorg van toepassing zijn.

Hoe de beroepsgroepen kwaliteit bevorderen, verantwoorden en borgen

De beroepsgroepen gebruiken verschillende kwaliteitssystemen voor de patiëntveiligheid, de deskundigheid van de zorgverleners en de kwaliteit van de zorg. Deels zijn normen voor kwaliteit wettelijk geregeld. Daarnaast hebben de beroepsgroepen professionele standaarden en beroepsstandaarden zoals een beroepsprofiel, een beroepscode en richtlijnen waarin goede zorg beschreven is. De borging van kwaliteit vindt plaats in kwaliteitsregisters op individueel niveau en op praktijkniveau. Voor registratie in een kwaliteitsregister worden in aanvulling op de wettelijke normen op het gebied van professionalisering en professioneel gedrag aanvullende voorwaarden gesteld. Om geregistreerd te blijven wordt periodiek getoetst of aan de voorwaarden wordt voldaan. De informatie uit de registers is publiek toegankelijk.

Kwaliteitsindicatoren voor fysiotherapie en oefentherapie

Kwaliteitsindicatoren zijn instrumenten die een leidraad vormen voor het bewaken, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van patiëntenzorg. Er zijn drie doelen voor het gebruik van indicatoren: 1) gebruik in de individuele patiëntenzorg voor samen beslissen, monitoring en evaluatie van de behandeling; 2) gebruik voor interne kwaliteitsverbetering, waarbij geaggregeerde uitkomsten op populatieniveau worden gebruikt voor leren en verbeteren; 3) gebruik voor externe transparantie waarbij geaggregeerde uitkomsten worden gebruikt als keuze-informatie voor patiënten of voor zorginkoop door zorgverzekeraars.

Hoe de beroepsgroepen werken aan de onderbouwing van het beroep

De beroepsverenigingen voeren een actief beleid op de wetenschappelijke onderbouwing van het beroep. Het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF) en Oefentherapie (WCO) stimuleert wetenschappelijk onderzoek en de implementatie van relevante resultaten in de praktijk. Daarnaast dragen de beroepsgroepen zorg voor de (door)ontwikkeling en implementatie van evidence-based producten zoals monodisciplinaire en multidisciplinaire richtlijnen.

Ambities van fysiotherapie en oefentherapie naar meer passende zorg

Om de beweging naar passende zorg verder door te zetten hebben de beroepsgroepen ambities geformuleerd voor alle vier de principes. Zij hebben ambities uitgesproken op het gebied van samenwerking, technologie, kwaliteitsbeleid waaronder beroepsstandaarden, professionele ontwikkeling (leren en verbeteren), wetenschappelijk beleid, richtlijnenbeleid en indicatorontwikkeling.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden voor kwaliteit zijn geformuleerd aan de hand van kwaliteitseisen voor (a) informatievoorziening, (b) richtlijnen, meetinstrumenten, protocollen en standaarden, en (c) organisatie, samenwerking, coördinatie en uitvoering van zorgactiviteiten en behandelprogramma's.

Ontwikkelagenda en implementatie

De beschreven ambities van de beroepsverenigingen zijn uitgewerkt in een ontwikkelagenda waarin per ambitie de resultaten en de doorlooptijden zijn beschreven. Sommige ambities en resultaten staan blijvend op de agenda. Andere hebben een maximale doorlooptijd van 3 jaar. Aan de ontwikkelagenda en implementatie zijn randvoorwaarden verbonden (zowel inhoudelijk als organisatorisch). Over 2 jaar worden de ambities geëvalueerd op behaalde resultaten en ingevulde randvoorwaarden. Aan de hand van de evaluatie zal bepaald worden of er vervolgstapen nodig zijn om het beoogde resultaat te behalen.

2. Voorwoord

2.1 Aanleiding

Op basis van de evaluatie van het Systeemadvies fysiotherapie en oefentherapie (2016) van Zorginstituut Nederland is het rapport 'Passende Zorg voor fysiotherapie en oefentherapie' opgesteld.¹ Een rapport met als ondertitel; Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg uit het basispakket. VWS gaf opdracht voor dit rapport om te komen tot operationalisering van het begrip 'passende zorg' voor fysiotherapie en oefentherapie.

Betrokken partijen werken samen aan de invulling van drie randvoorwaarden op basis waarvan Zorginstituut Nederland kan komen tot een advies aan het ministerie van VWS over passende aanspraak voor fysio- en oefentherapeutische zorg uit de basisverzekering.

Deze drie randvoorwaarden zijn:

1. Het opleveren van een tripartiete Kwaliteitskader voor fysiotherapie en oefentherapie.
2. Het inzichtelijk maken van de stand van wetenschap en praktijk van de fysiotherapie en oefentherapie.
3. Het opleveren van een advies over passende bekostiging door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Betrokken partijen hebben van het ministerie van VWS de opdracht gekregen om rekening te houden met de principes van Passende Zorg^{2,3} bij het opstellen het Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. Betrokken partijen zijn:

De beroepsorganisaties:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF);
- de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Zorgverzekeraars Nederland.

Passende zorg is gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Het uitgangspunt is dat zorg bijdraagt aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven. De vier principes van Passende zorg geven richting waaraan de geleverde zorg moet voldoen. Deze principes zijn dat de zorg:

1. Waardegedreven is.
2. Samen met en rondom de patiënt tot stand komt.
3. De juiste zorg is en op de juiste plek wordt geleverd.
4. Over gezondheid gaat in plaats van over ziekte.

2.2 Doel van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie

Het doel van het kwaliteitskader is driedelig:

1. Beschrijft wat patiënten mogen verwachten van kwalitatief goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg.
2. Bevat afspraken om de kwaliteit van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg te evalueren en te borgen.
3. Bevat afspraken hoe kwaliteit en inhoud van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg op populatieniveau transparant gemaakt wordt voor:
 - Keuze-informatie voor de patiënt
 - Leren en verbeteren door zorgprofessionals
 - Inkoop door de zorgverzekeraar
 - Extern toezicht

2.3 Reikwijdte van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie

Dit Kwaliteitskader beschrijft wat goede fysiotherapeutische of oefentherapeutische zorg is. Het startpunt van de beschrijving is de wettelijke positie zoals geborgd in artikel 3 en artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)⁴, de wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)⁵ en de principes voor Passende Zorg zoals beschreven in het Integraal Zorgakkoord.^{2,3} Daarbij staat het perspectief van de patiënt voorop. Het kader is zorgbreed van toepassing, onafhankelijk van context en setting, met voor dit kader primair de focus op fysiotherapie en oefentherapie in de eerstelijns. Het is een ambitie van de beroepsgroepen om ook voor de tweede- en de derdelijns setting een passend kwaliteitskader te ontwikkelen.

Het gaat in dit kwaliteitskader om het hele spectrum van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden¹ en om alle doelgroepen die in de fysiotherapiepraktijk en oefentherapiepraktijk gezien worden; van patiënten met een enkelvoudige hulpvraag tot patiënten met complexe, hulpvragen die veranderen in de tijd of langere tijd aanwezig kunnen blijven. De beschrijving van goede fysiotherapeutische of oefentherapeutische zorg neemt de hulpvraag van de patiënt als vertrekpunt. Daarbij wordt opgemerkt dat de beschrijving van goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg los staat van de eventuele bekostiging².

2.4 Totstandkoming van het kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie

Dit document is in twee fases tot stand gekomen. Met KPMG als onafhankelijk voorzitter en penvoerder is in fase 1 gestart met de ontwikkeling van een raamwerk. Beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland en Patiëntenfederatie Nederland leverden in verschillende werksessies een raamwerk op dat als basis diende voor de uitwerking in de tweede fase van het project. Het raamwerk is ter consultatie voorgelegd aan de kwaliteitsraad ZIN en ter accordering aan betrokken besturen.

In de tweede fase van het project hebben de betrokken partijen onder voorzitterschap van het zorginstituut en met Radboudumc IQ Healthcare als onafhankelijk penvoerder in een intensief traject invulling gegeven aan het raamwerk. Een schrijfgroep heeft wekelijks het document aangevuld met informatie uit bestaande documenten, de overige partijen konden hierop reageren en reacties werden waar mogelijk verwerkt of besproken in de werkgroep.

² Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is, noch dat deze voldoet aan stand van wetenschap en praktijk en dus voor vergoeding door Zorgverzekeraars of zorgkantoren in aanmerking komt.

3. Fysiotherapie en oefentherapie in een veranderend landschap; een uitdagend perspectief

Dit hoofdstuk beschrijft wat fysiotherapie en oefentherapie is, wanneer fysiotherapie en oefentherapie geïndiceerd is en wat de uitdagingen zijn voor fysiotherapie en oefentherapie met het oog op ontwikkelingen in de zorg en samenleving. Vier casussen ter illustratie.

3.1 Fysiotherapie en oefentherapie in Nederland

De fysiotherapeut of oefentherapeut komt in beeld als bewegen niet (meer) vanzelfsprekend is: bij dreigende of bestaande beperkingen in het bewegend functioneren.

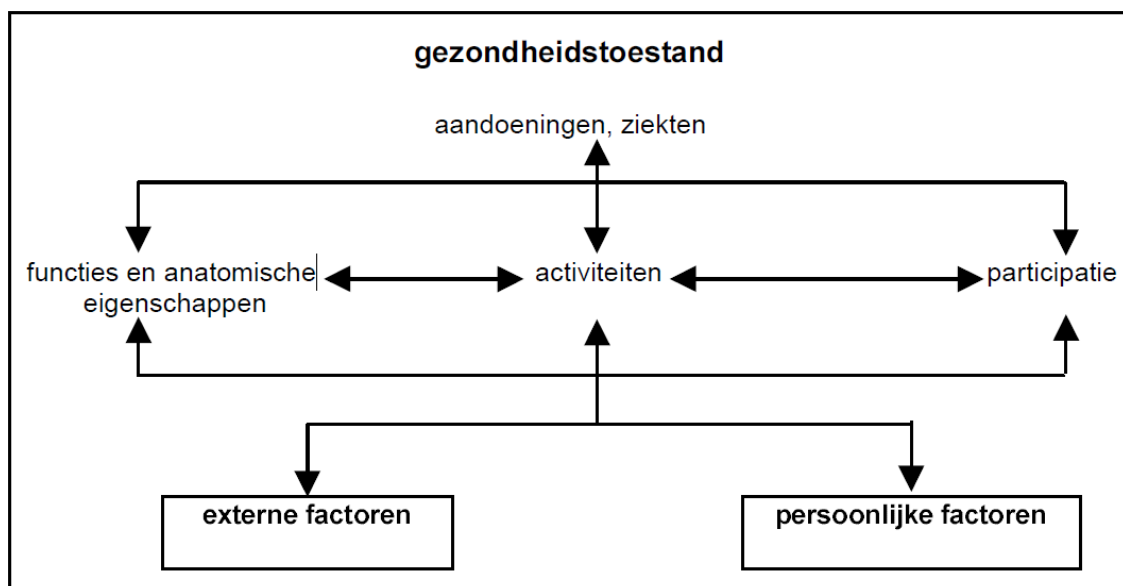
Bewegend functioneren wordt gedefinieerd als het in beweging komen en/of blijven op een manier die past bij de invulling van iemands persoonlijke leven en diens mogelijkheden.^{6,7} Bewegend functioneren is een breed begrip en relateert aan alle domeinen van gezondheid en welzijn: lichamelijke functies, dagelijkse activiteiten, sociale rolevulling, maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven.⁸ Beperkingen in het bewegend functioneren resulteren in - of zijn het resultaat van een breed spectrum aan klachten die zich op alle domeinen van gezondheid en welzijn kunnen manifesteren. Deze klachten variëren van acute, enkelvoudige klachten tot chronische, complexe en/of progressieve gezondheidsproblemen zoals bijvoorbeeld een dwarslaesie of een neuromusculaire ziekte.

De fysiotherapeut en oefentherapeut bieden patiënten ondersteuning op maat bij het hervinden, behouden of optimaliseren van betekenisvol bewegend functioneren en maatschappelijke participatie en stimuleren daarin de eigen regie en zelfredzaamheid. Ook draagt de fysiotherapeut en oefentherapeut bij aan het voorkomen of vertragen van achteruitgang (bijvoorbeeld bij chronisch progressieve aandoeningen), het voorkomen van complicaties en het voorkomen van recidieven. De fysiotherapeut of oefentherapeut is direct toegankelijk; een verwijzing van een huisarts of specialist is niet voorwaardelijk om toegang te krijgen tot de fysiotherapeutische of oefentherapeutische zorg.

3.1.1 De kern van fysiotherapie en oefentherapie

Een fysiotherapeut of oefentherapeut gaat uit van de gehele mens in zijn leefomgeving en handelt vanuit een biopsychosociaal gezondheidsmodel. Bij het samen in kaart brengen van het gezondheidsvraagstuk is er aandacht voor alle factoren die van invloed kunnen zijn op het bewegend functioneren en de kwaliteit van leven. De fysiotherapeut/oefentherapeut hanteert een lichaamsgerichte, bewegingsgerichte en persoonsgerichte benaderingswijze en maakt in samenspraak met de patiënt verantwoorde keuzes voor interventies binnen de domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁹ [zie figuur 1]. Deze domeinen interfereren met elkaar en staan daarom niet op zichzelf.^{6,7}

Figuur 1. Fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch handelen ontleend aan Nederlandse vertaling van de ICF.⁹



De fysiotherapeut/oefentherapeut handelt methodisch. De stappen binnen het methodisch handelen zijn screening en anamnese, lichamelijk onderzoek en klinimetrie, behandelplan, behandeling en evaluatie. Klinisch redeneren is het proces van verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens om beargumenteerde beslissingen te nemen in het proces van methodisch handelen. De fysiotherapeut/oefentherapeut redeneert volgens de principes van evidence-based practice.¹⁰ De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van expertise van de fysiotherapeut/oefentherapeut met de wensen en voorkeuren van de patiënt (en zijn omgeving) en het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is.^{6,9} Contextuele factoren die invloed hebben op de besluitvorming kunnen betrekking hebben op de patiënt (b.v. persoonlijke waarden, gezondheidsvaardigheden), de therapeut (b.v. professionele waarden, competenties) en de omgeving (b.v. woonsituatie).

De expertise van de fysiotherapeut en oefentherapeut kenmerkt zich door geavanceerde kennis en vaardigheden gerelateerd aan het bewegend functioneren van mensen en menselijk gedrag.^{7,11}

Beslissingen over de best passende zorg komen in samenspraak met de patiënt tot stand om te kijken wat nodig, wenselijk en mogelijk is en bijdraagt aan de gewenste kwaliteit van leven.^{6,7} Betekenisvolle anderen zoals partners, familie, vrienden, mantelzorgers kunnen betrokken worden bij de besluitvorming.

3.1.2 Doelgroep fysiotherapie en oefentherapie

De doelgroep is breed. Van jong tot oud, van actieve sporters tot sedentaire (kwetsbare) ouderen, van mensen met een acuut enkelvoudig probleem tot mensen met één of meerdere chronische, complexe aandoeningen (zie bijlage 1). Klachten in relatie tot het bewegend functioneren kunnen zich manifesteren op alle gebieden van de ICF. Vanuit de gezondheidstoestand wordt onderscheid gemaakt in klachten vanuit verschillende systemen, zoals: musculoskeletaal, neurologisch, cardiorespiratoir, cardiovasculair of een combinatie ervan. Problemen met het bewegend functioneren variëren in aard en ernst; van enkelvoudige, acute of subacute klachten tot complexe en met elkaar interfererende problemen.

Patiënten met chronisch complexe en vaak progressieve aandoeningen vormen een specifieke doelgroep. Zij ervaren langdurig problemen in het bewegend functioneren. En hun problemen kunnen verschillende domeinen van de ICF raken. Deze problemen kunnen op termijn veranderen. Hierdoor kan langdurige fysiotherapie of oefentherapie een passende oplossing zijn. Zie Bijlage 1 voor meer informatie.

Vier casussen

In dit hoofdstuk introduceren we vier casussen die de kwaliteit van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg in de 1^e lijn concreet maken.

Box 1

Casus 1: Lisette – Acute lage rugklachten

Lisette (40) heeft sinds een week acute lage rugklachten. Deze klachten zijn plotseling ontstaan tijdens het omdraaien bij de wastafel. De klachten waren in het begin hevig, maar zijn inmiddels afgenomen. De pijn zit in de lage rug en straalt uit naar beide billen. Hierdoor is Lisette beperkt in activiteiten zoals zitten en lopen waardoor ze niet goed kan (thuis)werken. Ze werkt door de klachten 50%.

Lisette is een vrouw zonder kinderen. Ze heeft een zittend beroep (40 uur per week). Ze wandelt elke dag met haar honden, voelt zich gezond en gebruikt geen medicatie.

Hulpvraag

Lisette heeft deze klachten nog niet eerder gehad en vraagt zich af wat er aan de hand is en wat ze zelf kan doen om zo snel mogelijk weer volledig aan het werk te gaan.

Box 2

Casus 2: Remco - Aanhoudende problemen met bewegend functioneren als gevolg van knieklachten

Remco (55) heeft sinds 8 weken klachten aan zijn rechterknie zonder duidelijk ontstaansmoment. De knie is dik en voelt stijf aan vooral bij bewegingen zoals buigen, hurken en hardlopen. Ook voelt hij zich minder stabiel als hij op zijn rechterbeen staat. De eerste twee weken had hij regelmatig het gevoel dat de knie 'op slot' ging, maar die klachten heeft hij nu niet meer. Ondanks dat hij de belasting heeft aangepast, zijn de overige klachten niet verminderd.

Remco loopt normaal gesproken 2 keer per week hard (10km) en loopt 3 keer per jaar een halve marathon. Hij is docent op een middelbare school en voelt zich los van deze klachten gezond. In het verleden heeft hij een kruisbandletsel aan dezelfde knie gehad dat met succes conservatief behandeld is door een sportfysiotherapeut. Gezien de voorgeschiedenis, het gevoel van op slot gaan en de beperkte vermindering van klachten, verwijst de huisarts Remco naar de orthopeed.

Hulpvraag

Remco wil graag weten waar de klachten vandaan komen en hoe hij zo snel mogelijk

Box 3

Casus 3: Harrie – Pijnklachten benen (Claudicatio Intermittens)

Harrie (69) is bekend met COPD (Profiel 3 volgens de KNGF-richtlijn COPD) en met claudicatio intermittens (etalagebenen). Harrie ervaart pijn (NPRS 8), vermoeidheid en kramp in de benen bij meer dan 250 meter lopen. De loopafstand neemt de laatste tijd af. Hierdoor kan Harrie zijn boodschappen niet meer zelf doen.

Harrie is alleenstaand en gepensioneerd vrachtwagenchauffeur. Hij heeft weinig contact met zijn kinderen. Sinds hij gestopt is met roken is zijn gewicht toegenomen (BMI 34). Harrie woont in een wijk waar de gezondheid aantoonbaar slechter is dan in de rest van de stad. Harrie merkt dat hij vereenzaamt doordat hij beperkt is in zijn ADL.

Hulpvraag

Harrie wil graag beter kunnen lopen om zodoende weer zelfstandig zijn boodschappen te kunnen doen.

Box 4

Casus 4: Rick – Ziekte van Duchenne (progressieve spierdystrofie)

Rick (20) is op driejarige leeftijd gediagnosticeerd met de ziekte van Duchenne, een vorm van een chronisch complexe en progressieve ziekte. Hij is lange tijd bij de kinderfysiotherapeut onder behandeling geweest en bekend bij het expertisecentrum Duchenne in het Radboudumc in Nijmegen. De focus van de behandeling lag op het zo lang mogelijk blijven lopen en oefenen van o.a. opstaan en traplopen. Op tienjarige leeftijd werd Rick rolstoelafhankelijk. Langzaam werden ook zijn armspieren zwakker en hij ontwikkelde een scoliose. Inmiddels zijn de problemen zo groot dat Rick bij zijn eerstelijns fysiotherapeut aanklopt. Hij heeft pijn bij zitten. Zijn armen en handen kan hij nog slechts beperkt gebruiken. Zelfstandig staan, een klein stukje lopen en zelf naar het toilet gaan nog net, maar hij raakt snel vermoeid.

Rick woont zelfstandig in een wooncomplex voor mensen met een beperking. Hij studeert informatica.

Hulpvragen

Rick wil graag zijn spierkracht zoveel mogelijk behouden en zijn conditie optimaliseren. Hij wil zo lang mogelijk zelfstandig naar het toilet kunnen en zijn handen gebruiken om op zijn computer te werken. Daarnaast wil hij pijnvrij kunnen zitten.

3.1.3 Indicatie voor fysiotherapie en oefentherapie

Behandelindicaties kunnen zowel op het curatieve, preventieve, als palliatieve vlak liggen. Bij de indicatiestelling voor fysiotherapie of oefentherapie is de hulpvraag van de patiënt het vertrekpunt. De fysiotherapeut of oefentherapeut verduidelijkt de hulpvraag en screent de patiënt door het stellen van gerichte vragen of er al dan niet sprake is van een herkenbaar patroon van tekenen en/of symptomen ('pluis' of 'niet-pluis') die vallen buiten het vakgebied van de fysiotherapie/oefentherapie. Daarnaast beoordeelt de fysiotherapeut of oefentherapeut of de hulpvraag past binnen de zorg die fysiotherapeuten of oefentherapeuten bieden en of de geconsulteerde fysiotherapeut of oefentherapeut voldoende competent is om de hulpvraag te beantwoorden. In sommige gevallen is aanvullende expertise nodig en moet worden samengewerkt met - of verwezen naar een fysiotherapeut of oefentherapeut met aantekening of verbijzondering of een andere zorgprofessional.¹²

Bij patiënten met chronische complexe en/of progressieve aandoeningen is fysiotherapie of oefentherapie vaak niet gericht op herstel of genezing, maar op het behoud van functionele vaardigheden, tegengaan of vertragen van achteruitgang, het voorkomen van complicaties zoals bijvoorbeeld decubitus en het behoud van kwaliteit van leven. De zorgvraag kan veranderen als gevolg van complicaties of progressie van de ziekte in de tijd. Dat vraagt steeds opnieuw om maatwerk en soms is een langdurige indicatie passend om duurdere zorg te voorkomen.

Als er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie volgt een aanvullend onderzoek om een fysiotherapeutische of oefentherapeutische diagnose te stellen. Op basis daarvan bepaalt de fysiotherapeut of oefentherapeut in samenspraak met de patiënt of er zorg nodig is, en zo ja welke zorg het meest passend is. Aan de hand hiervan worden passende doelen geformuleerd en interventies gekozen.

Niet iedere hulpvraag leidt tot een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie en niet iedere indicatie leidt tot zorg. In bepaalde gevallen kan een advies volstaan waarmee de patiënt zelfstandig of met hulp van een andere vorm van ondersteuning verder kan. Soms kan een andere zorgprofessional de hulpvraag beter beantwoorden of is zorg in het algemeen niet geïndiceerd. In deze gevallen zal er geen verdere fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg plaatsvinden. In andere gevallen kan er sprake zijn van multidisciplinaire zorg om de hulpvraag te beantwoorden. Besluitvorming over wel of niet (verder) behandelen komt in samenspraak met de patiënt tot stand.^{6,7}

Box 5

Casus 1. Lisette – Acute lage rugklachten

Screening

Er zijn geen rode vlaggen aanwezig. De klachten zijn houdings- of bewegingsafhankelijk, nemen af en kennen een natuurlijk beloop.

Aanvullend onderzoek

Vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek en klinimetrie worden de klachten van Lisette gekoppeld aan Profiel 1 volgens de KNGF-richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom: 'er zijn geen dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel'.⁷⁰

Kijkend naar de hulpvraag van de cliënt (ik wil weer aan het werk en weten wat ik zelf kan doen) is met Lisette afgesproken dat een advies volstaat zodat ze zelfstandig verder kan. Lisette krijgt informatie over het normale beloop van acute lage rugklachten, advies over het aanpassen van haar houdings- en bewegingsgedrag en leefregels voor de komende tijd. Er is een afspraak gemaakt voor een video-consult als follow-up.

Een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie is over het algemeen eindig. Het moment waarop de zorg wordt gestopt, hangt af van het bereiken van de doelen die zijn vastgelegd in het behandelplan. Dit moment wordt bepaald op basis van passende klinimetrie en in samenspraak met de patiënt. Gezondheidsvaardigheden zoals eigen regie en zelfredzaamheid spelen een belangrijke rol in de besluitvorming.

Het uitgangspunt is dat wanneer de patiënt in staat is om zelf of met hulp uit de omgeving de kwaliteit van het functioneren in het dagelijks leven in stand te houden of te verbeteren – zodat doelen zelfstandig behaald kunnen worden – fysio- en oefentherapeutische zorg niet langer geïndiceerd is en de behandeling beëindigd wordt. Ook wanneer blijkt dat fysiotherapie of oefentherapie onvoldoende bijdraagt, geen effect (meer) oplevert, en behandeldoelen niet (meer) te behalen zijn, wordt de behandeling beëindigd.^{6,7} Door regelmatig te evalueren kan samen met de patiënt worden vastgesteld in hoeverre de doelen zijn behaald. Om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel en zo goed mogelijk zelf verder kunnen, worden zij actief ondersteund in hun zelfredzaamheid en indien nodig worden hun naasten daarbij betrokken. In sommige gevallen, zoals bij chronisch, complexe en/of progressieve aandoeningen kan een langdurige indicatie passend zijn om kwaliteit van leven te behouden en om duurdere zorg te voorkomen.^{13,14}

Zie voor meer informatie Bijlage 1.

Box 6

Casus 4: Rick – Ziekte van Duchenne (progressieve spierdystrofie)

De fysiotherapeut/oefentherapeut die door Rick benaderd is, heeft nog niet eerder patiënten met de ziekte van Duchenne behandeld en in de regio zijn er geen collega's met expertise op dit gebied. De fysiotherapeut/oefentherapeut neemt contact op met de huisarts om inzicht te krijgen in de zorg die Rick momenteel ontvangt en met het Radboudumc waar Rick onder behandeling is voor instructie en 'coaching on the job'. De verwachting is dat Rick, door de progressiviteit en complexiteit van zijn ziekte, nieuwe complicaties en toenemende klachten zal ontwikkelen zoals ademhalingsproblemen, hartproblemen en verergering van contracturen waardoor hulpvragen zullen veranderen in de tijd.

Aanvullend onderzoek

Een lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd en aanvullende klinimetrie voor ademhaling, vermoeidheid, mobiliteit en pijn wordt afgenomen.

- Prom heupen: Fl/ex li 115-15-0; re 110-20-0
- Prom knie: Fl/ex li 110-15-0; re 110-20-0
- Prom enkel: Df so li 5-0-45; re 5-0-45 - DF gc li 0-0-45; re 0-5-45
- Ademfrequentie 16
- Peakflow 651
- FVC in zit 3.07
- FVC in lig 2.57
- Omniscore ervaren belasting bij inspanning 5
- NPRS 6

De Richtlijn Duchenne beveelt aan om een activiteitendagboek bij te houden voor een week om de hoeveelheid beweegmomenten en de duur bij te houden.⁷⁴ Hieruit blijkt dat Rick gemiddeld slechts 10 minuten per dag actief is.

3.1.4 Vormen van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg

Fysiotherapie en oefentherapie kunnen in verschillende vormen aangeboden worden, zoals individuele zorg of zorg in groepsverband. De zorg op kan op verschillende locaties worden verleend, bijvoorbeeld in een praktijk, een instelling of aan huis. In de meeste gevallen omvat de behandeling educatie en instructie, waarbij van patiënten wordt verwacht dat deze de adviezen en instructies opvolgen zowel tijdens als tussen de contactmomenten.

Blended care

Blended care is een aanpak die fysiotherapie en oefentherapie kunnen gebruiken om fysieke zorg op locatie te combineren met digitale zorg zoals video-consulten, digitale oefenprogramma's, sensortechnologie, wearables en virtual reality.¹⁵ Hoewel blended care veel voordelen kan bieden voor zowel patiënten als zorgprofessionals is in de meeste gevallen fysiek contact nodig voor inspectie, lichamelijk onderzoek en het stellen van een diagnose.^{16,17}

Voor patiënten kan blended care de toegankelijkheid van de zorg en therapietrouw vergroten, reistijd en kosten verminderen, en een flexibelere en gemakkelijkere benadering van zorg bieden. Zo kunnen patiënten ondersteuning en begeleiding krijgen via online platforms om therapietrouw te stimuleren, voortgang van de patiënt te monitoren en het oefenen thuis te ondersteunen. Bij het inzetten van digitale technologie kan niet vanzelfsprekend worden aangenomen dat de patiënt beschikt over de benodigde voorzieningen zoals goede internetverbinding, beschikbare apparatuur én digitale vaardigheden. Blended care wordt dan ook in overleg met de patiënt ingezet (onderdeel samen beslissen). Voor zorgprofessionals kan blended care de efficiëntie van de zorg verbeteren.

3.1.5 De rollen van de fysiotherapeut

De fysiotherapeut en oefentherapeut kennen bij de beroepsuitoefening zeven rollen (CANMEDS):

- 1) Zorgverlener
- 2) Gezondheidsbevorderaar
- 3) Samenwerkingspartner
- 4) Organisator
- 5) Reflectieve professional
- 6) Innovatieve professional
- 7) Communicator

De fysiotherapeut en oefentherapeut beheersen alle rollen (en bijbehorende competenties). Binnen deze rollen staat het werken als fysiotherapeut of oefentherapeut centraal. De ene praktijksituatie zal bijvoorbeeld om een prominentere rol als zorgverlener vragen en een andere meer als samenwerkingspartner. Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut en oefentherapeut beschrijft de verschillende rollen en competenties.^{6,7}

3.2 Ontwikkelingen in de samenleving en de zorg

De gezondheidszorg staat voor verschillende uitdagingen door ontwikkelingen in de samenleving die invloed hebben op de gezondheidszorg en dus ook op fysio- en oefentherapie. In deze paragraaf is beschreven wat de ontwikkelingen in samenleving en zorg zijn en welke ontwikkelingen in de zorg relevant zijn voor fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg, nu en in de toekomst.⁸

3.2.1 Ontwikkelingen in de samenleving, regio en gemeente

Ontwikkelingen in de samenleving

De komende jaren zet de vergrijzing verder door; het aantal ouderen (>65 jaar) zal toenemen ten opzichte van de rest van de bevolking én de gemiddelde leeftijd binnen de groep 65-plussers stijgt ook door de toename van het aantal 85-plussers.¹⁸ De gemiddelde levensverwachting is in 2020 gestegen naar ruim 85 jaar. Ook zorgt de vergrijzing voor een grotere uitstroom van zorgverleners waardoor krapte op de arbeidsmarkt ontstaat. Er komt niet alleen meer druk op de formele zorg, maar ook op de informele zorg zoals mantelzorg.^{6,7,18,19}

Ontwikkelingen in de regio

De schatting is dat de komende twintig jaar de bevolking in grote steden zal toenemen. Delen van Limburg, Groningen en Zeeland krijgen naar verwachting te maken met aanzienlijke bevolkingsdaling en grotere vergrijzing. Grote steden krijgen minder te maken met vergrijzing, maar wel met een andere samenstelling. Daarnaast is het opleidingsniveau in grote steden vaak lager.

Ontwikkelingen in de gemeenten

Kijkend naar de totale zorgkosten in Nederland (100 miljard), wordt 80% van de zorgkosten besteed aan 18% van de Nederlandse bevolking en 50% van het budget voor sociaal domein besteed aan 3% van de mensen in een wijk. Tevens is bekend dat mensen die in een achterstandswijk wonen, gemiddeld 7 jaar korter leven vergeleken met mensen in een goede wijk. Ook hebben deze mensen vaker een verworven chronische ziekte of aandoening. Dat heeft veelal te maken met een lagere sociaaleconomische status en beperkte gezondheidsvaardigheden.^{18,20,21}

Groeiend aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen

Het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt fors toe.²² Iemand met een chronische aandoening heeft langdurig last van dezelfde aandoening. Onder chronische aandoeningen worden ook complexe en progressieve aandoeningen verstaan (zie bijlage 1). De verwachting is dat in 2025 de helft van de Nederlanders één of meer chronische aandoeningen zal hebben. Wanneer er sprake is van meer aandoeningen spreken we van multimorbiditeit. In 2040 zal een derde van de Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen hebben, en één op de vijf zelfs drie of meer. Mede door het groeiend aantal ouderen zal het aantal mensen met meerdere aandoeningen toenemen en zorgvragen zullen gevarieerder en complexer worden.^{2,8} Daarbij zal het aantal mensen met chronische aandoeningen dat zelfstandig thuis woont (en dit langere tijd zal moeten blijven doen) toenemen. Voor een deel van deze mensen zal de fysiotherapeut of oefentherapeut een rol hebben in het behoud van de zelfredzaamheid en het voorkomen van achteruitgang en complicaties. Dat vraagt om versterking van samenwerking tussen professionals in zorg en welzijn in de wijk en de inzet van informele zorg. Informele zorg is de zorg die geboden wordt door de directe sociale omgeving van de zorgvrager.

Hogere verwachtingen van de zorgvrager

Patiënten worden steeds mondiger en willen optimaal geïnformeerd worden, meebeslissen over hun behandelmogelijkheden en hierin eigen keuzes maken. Bovendien stellen mensen hogere eisen aan de zorg; ze zoeken vaker zelf naar zorgmogelijkheden en behandelaars en verwachten dat het aanbod aansluit bij hun hulpvraag. Uit onderzoek blijkt dat verwachtingen vaak niet realistisch zijn, wat kan leiden tot onnodige diagnostiek en behandeling (medicalisering).^{18,23} Om tegemoet te komen aan de wensen van de mondige burger neemt de roep om transparantie en keuze-informatie toe.^{6,24} Dat vraagt om toegankelijke informatie over het zorgaanbod van fysiotherapie en oefentherapie en inzicht in de kwaliteit daarvan.

Beperkte gezondheidsvaardigheden

De keuzes die patiënten maken met betrekking tot hun gezondheid zijn o.a. afhankelijk van hun gezondheidsvaardigheden en hun mogelijkheden om zelf de regie te nemen. Op basis van cijfers uit 2021 is in Nederland 5,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder onvoldoende gezondheidsvaardig en 19,5% heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Het percentage mensen met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden is wel gedaald ten opzichte van de vorige meting: van 28,8% in 2019 naar 24,5% in 2021, maar is nog steeds substantieel.^{21,25} Goede, begrijpelijke informatie en communicatie over fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg zijn voorwaardelijk om mee te kunnen beslissen over de behandelmogelijkheden en patiënten te ondersteunen bij het maken van passende keuzes.

3.2.2 Ontwikkelingen in de zorg

Om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te houden wordt ingezet op 'Passende zorg'.² Passende zorg kent de volgende missie: In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.^{3,22} Alle betrokken partijen (waaronder patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, kennisinstituten en overheid) werken tegelijkertijd aan deze missie en hebben concrete taken en verantwoordelijkheden.

Voor de fysiotherapie en oefentherapie in de eerstelijns zijn de volgende ontwikkelingen van belang:

- *Substitutie van zorg*
Substitutie van zorg houdt in: het verplaatsen of vervangen van meer ingrijpende, meer risicovolle en duurdere zorg door zorg die vergelijkbare uitkomsten heeft en meer ingrijpende, meer risicovolle en duurdere zorg kan uitstellen of voorkomen.²⁶ Fysiotherapie en oefentherapie zijn per definitie interventies die niet invasief zijn en in verhouding met tweedelijnszorg goedkoop. Door zorg goed te organiseren en de kwaliteit van de fysiotherapeut en oefentherapeut in de eerste lijn goed te benutten kan voor bepaalde indicaties duurdere, ingrijpende en risicovolle zorg voorkomen worden.²⁶ Een goed voorbeeld hiervan is de conservatieve behandeling van mensen met perifeer arterieel vaatlijden.²⁷
- *Preventie van zorg*
Preventie is voorkomen dat gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren. Preventie is essentieel om de volksgezondheid te verbeteren, vermijdbare gezondheidsverschillen te verkleinen en de zorgkosten te beheersen. Het is een belangrijke ontwikkeling die de focus verlegt van reactieve zorg naar proactieve gezondheidsbevordering. Daarbij gaat het om het bevorderen van een gezonde leefstijl, gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid.²⁸ Preventie binnen de fysiotherapie en oefentherapie is primair gericht op mensen met beginnende klachten (geïndiceerde preventie) en mensen met een (chronische) ziekte of aandoening (zorggerelateerde preventie).^{6,7}

- *Regionalisering*
Zorg wordt toenemend op regionaal of subregionaal niveau georganiseerd en gecoördineerd. Dat houdt in dat gemeenten, zorgorganisaties en zorgprofessionals binnen een bepaalde regio samenwerken. In de regio's ontstaan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden waarbinnen krachten gebundeld worden om eenduidige afspraken te maken om de kwaliteit, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de zorg te verbeteren.^{20,29,30}
- *Wijkgerichte zorg*
Wijkgerichte zorg richt zich op het leveren van zorg die aansluit bij de zorgbehoeften van de bewoners in een bepaalde wijk, maar ook op het vroegtijdig signaleren van problemen om escalatie te voorkomen. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken steeds meer samen met andere disciplines in zorg- en welzijn in de wijk, maar ook met informele zorgverleners. Dat zijn mensen die vrijwillig hulp aanbieden zoals mantelzorgers en vrijwilligers. Wijkgerichte zorg maakt het mogelijk om de zorg efficiënter in te richten.^{30,31}

3.3 Aansluiting van fysiotherapie en oefentherapie bij de principes van passende zorg

Het Kader Passende zorg beschrijft de gezamenlijke beweging van passende zorg en wat de overheid daarbij van eenieder verwacht.³² Voor de benodigde transitie beschrijft het kader drie kenmerken:

1. Een congruente aanpak: alle partijen werken tegelijkertijd aan dezelfde missie.
2. Lerende beweging: passende zorg vergt een lerende beweging van samen doen, reflecteren en leren.
3. Ruimte voor de praktijk: in de dagelijkse zorgpraktijk gebeurt het; daar wordt in de concrete situatie bepaald wat passend is.

Deze paragraaf beschrijft wat passende zorg is volgens het Kader Passende zorg, wat dat betekent voor de verschillende partijen en specifiek voor fysiotherapie en oefentherapie.³

3.3.1 Passende zorg is waardegedreven

Waardegedreven betekent dat veilige zorg een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, nu en in de toekomst, tegen proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen. Wat voor mensen een relevante bijdrage aan hun gezondheid is, heeft veel te maken met wat zij verstaan onder een goed leven. De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut hanteert in zijn visie op kwaliteit drie elementen die voor velen daarbij belangrijk zijn: autonomie, in verbinding staan met anderen en betekenisvol bijdragen.³³ Zorg is alleen passend als deze effectief bijdraagt aan gezondheid van mensen.

Wat betekent dit voor de verschillende partijen?

Patiënten

Patiënten en cliënten gaan ervan uit dat zij tijdig toegang hebben tot zorg die effectief is. Daarbij vinden zij het belangrijk dat er ruimte is voor hun persoonlijke situatie en afwegingen. Alleen dan voegt zorg waarde toe aan hun leven.³

Zorgverleners

Zorgverleners vinden effectiviteit een belangrijke professionele waarde. Zij zien het als hun rol om in de praktijk van alledag te beoordelen of effectieve zorg op groepsniveau daadwerkelijk bijdraagt aan de gezondheid van die ene unieke patiënt of cliënt waarvoor zij zorgen. Zij willen van elkaar leren hoe je zorg het beste vorm geeft.

Zorgorganisaties

Zorgorganisaties stellen hun medewerkers in staat om effectieve zorg te verlenen. Het bieden van een aantrekkelijk werkklimaat vinden zij daarbij belangrijk. Tevens hebben zij oog voor de doelmatige inzet van geld en mensen met het oog op de continuïteit van hun organisatie. Zij zijn bereid nieuwe manieren van werken die passender zijn, te omarmen en verouderde werkwijzen te beëindigen, ook als dat tot minder omzet leidt.³

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en zorgkantoren kopen voor hun verzekerden zorg in die effectief en doelmatig is. Zij kijken daarbij vooral of zorg van waarde is voor de specifieke diagnose en patiëntgroep of cliëntgroep. Of de zorg daadwerkelijk van waarde is voor de unieke patiënt of cliënt vergt gerechtvaardigd vertrouwen in zorgverleners, patiënten en hun naasten. Zorgverzekeraars en zorgkantoren geven hun contracten zodanig vorm dat juist zorgverleners en zorgorganisaties die het meest bijdragen aan nieuwe vormen van passende zorg betere contracten krijgen.

Wat betekent dit principe voor de fysiotherapie en oefentherapie?

Om te kunnen spreken over waardegedreven fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg is inzicht nodig in de effectiviteit van deze zorg en de gezondheidswinst voor patiënten. Inzicht in de effectiviteit begint op groepsniveau met de beoordeling van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor nieuwe en bestaande zorg moet aannemelijk zijn dat zorg effectief is en doelmatig bijdraagt aan het leven van mensen.

Gezondheidswinst voor patiënten wordt in verhouding gezien met de kosten van een behandeling, de inzet van professionals, de belasting voor de patiënt en andere betrokkenen en de belasting van het milieu. Het voorkomen van onnodige zorg bespaart kosten, tijd en inzet van mensen en is beter voor het milieu.³⁴ Uitgangspunt is dat de patiënt niet minder zorg krijgt dan nodig en niet meer dan noodzakelijk om de doelen te realiseren. Waar mogelijk worden patiënten doorverwezen naar de nulde-lijn.

Zorg die behoort tot het fysiotherapeutische en oefentherapeutische aanbod

De fysiotherapeut en oefentherapeut hanteren de professionele standaard vanuit de beroepsgroep als uitgangspunt voor goede zorg voor de patiënt. Het aanbod van zorg dat door fysiotherapeuten en oefentherapeuten kan worden geleverd is in algemene zin beschreven in de beroepsprofielen van fysiotherapeuten (al dan niet met een verbijzondering of aantekening) en oefentherapeuten, met een overzicht van vormen van zorg die tot het aanbod behoren. De fysiotherapeut en oefentherapeut werken methodisch en past in het klinisch redeneren en de besluitvorming de principes van evidence-based practice toe.^{6,7}

Om de wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording van het beroep te bevorderen, stimuleren beroepsverenigingen de ontwikkeling en implementatie van beroepsnormen. Meer specifiek ontwikkelen de beroepsgroepen richtlijnen en andere *evidence-based* producten waarin de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg beschreven is voor specifieke doelgroepen. Ook in richtlijnen van andere beroepsgroepen is de rol van de fysiotherapeut of oefentherapeut en de waarde van de zorg zoals fysiotherapeuten of oefentherapeuten bieden beschreven. Deze producten beschrijven de wetenschappelijke onderbouwing van specifieke interventies bij de betreffende doelgroep met aanbevelingen om interventies wel of juist niet toe te passen. Voor een deel van de doelgroepen zijn geen *evidence-based* producten voorhanden. Daarnaast is voor zeldzame aandoeningen en complexe chronische aandoeningen vaak beperkt onderzoek beschikbaar.

Er kan in dergelijke gevallen gebruik gemaakt worden van indirect bewijs. Waarbij de meerwaarde van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg bij vergelijkbare aandoeningen wel is aangetoond, en er plausibele werkingsmechanismen ten grondslag liggen voor de verwachte meerwaarde van de zorg voor de betreffende doelgroep.

Om inzicht te geven in de meerwaarde van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg bij specifieke aandoeningen geeft bijlage 2 een overzicht van doelgroepen waarvan de zorg beschreven is in KNGF-richtlijnen en externe richtlijnen zoals die van medisch specialisten waarin aanbevelingen zijn opgenomen voor fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch handelen. De richtlijnen bevatten wetenschappelijke onderbouwing van de zorg, met aanbevelingen voor toepassing van specifieke interventies en voorwaarden waaronder bepaalde interventies worden toegepast.

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten maken gebruik van een breed arsenaal aan interventies.^{6,7} Omdat het ondoenlijk is om een uitputtende lijst met aandoeningen-interventie combinaties te maken, is gekozen om een overzicht te maken voor drie groepen aandoeningen die veelvuldig voorkomen in de dagelijkse praktijk: musculoskeletale aandoeningen, centraal neurologische aandoeningen, respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen [tabel 1]. Uit dit overzicht blijkt dat bepaalde interventies altijd onderdeel uitmaken van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg: anamnese, onderzoek, indicatiestelling, voorlichting en advies. Oefentherapie vormt de basis van fysiotherapeutische en oefentherapeutische interventies.^{6,7} Vervolgens zijn er interventies die alleen onder bepaalde voorwaarden⁴ worden aanbevolen of juist expliciet worden afgeraden in de KNGF-richtlijnen.

Tabel 1 Overzicht van interventies voor fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg binnen de drie aandoeningsgebieden: musculoskeletaal, centraal neurologisch, respiratoir en cardiovasculair.

Aandoeningsgebied	Kern interventies fysiotherapie en oefentherapie	Voorwaardelijke interventies fysiotherapie ³	Niet-aanbevolen interventies fysiotherapie
Musculoskeletaal	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, onderzoek, indicatiestelling - Voorlichting en advies - Oefentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitieve gedragstherapie/ graded activity - Gewrichtsmobilisatie - (Kinesio)tape - Massage - Manueel-therapeutische interventies - Tractie - Warmte- en koudetherapie - TENS - Shockwave 	<ul style="list-style-type: none"> - Elektromagnetisch veld - Low level lasertherapie - Ultrageluid
Centraal neurologisch	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, onderzoek, indicatiestelling - Voorlichting en advies - Oefentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Triggerpointmassage 	
Respiratoir & cardiovasculair	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, onderzoek, indicatiestelling - Voorlichting en advies - Oefentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Elektrostimulatie - Hydrotherapie - Ontspanningstechniek en 	

Zorg die NIET behoort tot het fysiotherapeutische en oefentherapeutische aanbod

Als het beroepsprofiel van de fysiotherapeut of oefentherapeut geen uitkomst biedt, is het nodig om expliciet te beschrijven welke zorg niet behoort tot het fysiotherapeutische en oefentherapeutische aanbod, omdat daar bijvoorbeeld onduidelijkheid over bestaat binnen de beroepsgroep, bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar. Het betreft de toepassing van specifieke interventies die buiten het vakgebied van de fysiotherapeut of oefentherapeut vallen. Om in deze situaties duidelijkheid te verschaffen bestaan de procedures 'standpunten vakgebied', waarmee de beroepsgroepen standpunten ontwikkelen of een bepaalde interventies wel of niet tot het fysiotherapeutische en oefentherapeutische vakgebied behoren.

³ Voorwaardelijke interventies vallen onder zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden, maar worden als voorwaardelijk beschouwd omdat aanvullende eisen worden gesteld met betrekking tot expertise en de beschikbaarheid van passende middelen zoals apparatuur.

De procedure 'beoordeling interventievraagstukken' wordt ingezet als er vragen zijn over de effectiviteit of veiligheid van een interventie. Inzicht in de effectiviteit en/of veiligheid is essentieel voor het doelmatig inzetten van de interventie. Veiligheidsrisico's die niet met maatregelen beheerst kunnen worden of het ontbreken van effectiviteit kunnen leiden tot een standpunt dat een interventie geassocieerd wordt als 'beter laten interventie'.

Tabel 2 geeft een overzicht van therapieën en interventies die niet tot het vakgebied van de fysiotherapeut behoren. Tabel 3 geeft een overzicht van interventies die niet tot de oefentherapeutische zorg behoren. De beroepsgroepen zullen het beleid voor het ontwikkelen van standpunten verstevigen en versnellen. Daarnaast zijn er de implementatieactiviteiten nodig om te borgen dat fysiotherapeuten en oefentherapeuten zorg die buiten het criterium 'plegen te bieden' valt niet leveren.

Tabel 2: Interventies die niet tot de fysiotherapeutische zorg behoren (bron: KNGF, 2014)

Acupunctuur (02-11-2011)
B-E-St apparatuur (3-4-2013)
Bowentherapie (29-06-2011)
Chiropractie (02-05-2012)
Cranio sacraal therapie (30-11- 2011)
Dierfysiotherapie (24-11-2010)
eMRS (24-11-2010)
Haptotherapie (02-05-2012)
Osteopathie (30 -11- 2011)
Physio Acoustic Sound therapie (3-4-2013)

Tabel 3 Interventies die niet tot de oefentherapeutische zorg behoren (bron: VvOCM, 2022)⁴

Therapie-vorm
Acupunctuur
Chiropractie
Cranio Sacraal therapie
Cupping
Dry Needling
Haptotherapie
Haptonomie
Lymfetherapie
Manuele Therapie
Medical Taping
Mindfulness
Osteopathie
Sportmassage
Tai Chi
TENS
Triggerpoint Therapie

Zorg waarvan het nog niet duidelijk is of die tot het aanbod behoort

Binnen het zorglandschap passen fysiotherapeuten en oefentherapeuten interventies toe waarvan het onduidelijk is of deze behoren tot het vakgebied. Dat is logisch gezien de continue ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, waarbij nieuwe inzichten leiden tot innovatieve interventies of het toepassen van bestaande interventies bij andere ziektebeelden. Daarom is het van belang om vast te stellen of deze interventies behoren tot het vakgebied van de fysiotherapeut en oefentherapeut. Indien de interventie behoort tot het vakgebied maar er is twijfel is over de meerwaarde, dient dit nader onderzocht te worden.

⁴ Bepaalde elementen kunnen wellicht binnen het domein van de oefentherapie vallen, mits ze zijn ingebed in het theoretisch kader zoals vastgelegd in het beroepsprofiel van de OT en het daarbij horende beroep specifieke handelen. De therapie/ behandelvormen op zich zijn geen oefentherapie.

Box 7

Casus 2: Remco - Aanhoudende problemen met bewegend functioneren als gevolg van knieklachten

De orthopeed constateert dat er sprake is van een degeneratieve meniscusscheur en biedt Remco twee opties aan: opereren of conservatieve behandeling met fysiotherapie en oefentherapie en legt de voor- en nadelen uit en de beschikbare evidentie op dat gebied (conservatieve behandeling heeft even goede resultaten). Remco kiest voor fysiotherapie en oefentherapie. De orthopeed verwijst hem naar de sportfysiotherapeut waarmee hij vaak samenwerkt en ze bespreken het behandelprotocol.

Anamnese, onderzoek en behandeling

De fysiotherapeut doet op basis van de verwijzing een aanvullend anamnese en lichamelijk onderzoek en klinimetrie:

- NPRS (pijn score) in ADL 2 na sport 4
- PSK 100 voor 10 km hardlopen 2x pw/ PSK voor opstaan na zitten 30
- Lysholm vragenlijst 90
- Tegner scorelijst 4
- Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) 50

Op basis van de huidige klachten en de hulpvraag wordt samen met Remco een behandelplan opgesteld. Hierbij wordt aangestuurd op het juist uitvoeren van oefeningen. Met juist wordt hier bedoeld: juiste uitvoering, juiste intensiteit, juiste frequentie en juiste "reactie" van de knie. Afhankelijk van de wens, klachten en benodigde aansturing wordt het behandelplan bijgesteld. De klinimetrie wordt gebruikt om het herstelproces te monitoren en de resultaten te evalueren. Na 16 weken kan Remco zonder pijn of beperkingen zijn dagelijkse activiteiten uitvoeren en

3.3.2 Passende zorg komt samen met – en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand

Zorg die samen met patiënten/cliënten tot stand komt, betekent zorg die past bij de persoonlijke situatie, behoefte en wensen van de patiënt en zijn naaste(n). Zorg is alleen passend als deze bijdraagt aan het goede leven van de patiënt/cliënt.³

Wat betekent dit principe voor de verschillende partijen?

Patiënten

Patiënten/cliënten zijn gebaat bij persoonsgerichte zorg en het meebepalen welke zorg passend is in hun specifieke situatie. Zij willen op de hoogte zijn van de verschillende opties en bijbehorende voor- en nadelen.

Zorgverleners

Zorgverleners zien passende besluitvorming als een belangrijke professionele taak die hun werk betekenisvol maakt. Nieuwsgierigheid, bescheidenheid en goed kunnen luisteren zijn daarbij belangrijk. Net als het goed overdragen van kennis over de verschillende opties. Waar nodig worden verschillende disciplines betrokken.

Zorgorganisaties

Zorgorganisaties stellen hun medewerkers in staat om persoonsgerichte zorg te bieden. Zij organiseren en ondersteunen dit en bieden hiervoor tijd en ruimte. Tevens hebben zij oog voor de doelmatige inzet van beschikbare middelen en mensen.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en zorgkantoren willen dat hun verzekerden alleen die zorg krijgen die past bij hun persoonlijke situatie. Bij de zorgcontractering vinden zij het gezamenlijk tot stand komen van passende antwoorden op gezondheidsvragen belangrijk.

Wat betekent dit principe voor de fysiotherapie en oefentherapie

Samen beslissen in de zorg is een benadering waarbij zorgverleners en patiënten actief samenwerken om gezamenlijke beslissingen te nemen over de best mogelijke zorg in iedere fase van het zorgproces. Het gaat om een gelijkwaardige uitwisseling van informatie, waarbij de expertise van de zorgverlener wordt gecombineerd met de ervaringskennis, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. Samen beslissen bevordert autonomie en betrokkenheid, verbetert de tevredenheid met de zorg en kan leiden tot betere behandelresultaten.

Het stimuleert gedeelde verantwoordelijkheid en versterkt de therapeutische relatie tussen zorgverlener en patiënt. Door samen beslissen wordt de zorg meer gepersonaliseerd en afgestemd op de individuele behoeften en voorkeuren van de patiënt.²² Samen beslissen bestaat uit vier stappen. Zie box 8.

Box 8

1. Keuze:

De zorgverlener informeert de patiënt dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de patiënt belangrijk is in het bepalen van de beste passende optie voor deze patiënt;

2. Opties:

De zorgverlener legt de opties en de voor- en nadelen uit van elke optie;

3. Voorkeur:

De zorgverlener en de patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt en de zorgverlener ondersteunt de patiënt in het wikken en wegen (waarin aandacht is voor elementen zoals: wensen, voorkeuren, doelen, waarden en verwachtingen mee te nemen);

4. Beslissing:

De zorgverlener en de patiënt nemen een besluit waarin de voorkeuren en de voor- en nadelen van de opties geïntegreerd worden, of stellen het expliciet uit en regelen eventuele follow-up.

Bron: Uitkomstgerichte zorg.nl: Stappenmodellen proces Samen beslissen. Gebaseerd op Stiggelbout et al., 2015 en Elwyn et al., 2017.

Samen beslissen is een belangrijk element van het fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch zorgproces vanaf de indicatiestelling tot het moment waarop de patiënt zichzelf voldoende zelfredzaam acht om de eigen regie (weer) te voeren over het leven en zelfstandig (verder) aan de slag te gaan. De patiënt en fysiotherapeut of oefentherapeut maken samen keuzes over behandeldoelen, behandelmogelijkheden en interventies. Waar nodig worden ook andere professionals in dit proces betrokken. Het signaleren van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden is belangrijk om de communicatie in het proces van samen beslissen af te stemmen. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen gebruik maken van checklists om te bepalen of er sprake is van laaggeletterdheid en/of beperkte gezondheidsvaardigheden en van bewezen effectieve keuzehulpen die het goede gesprek ondersteunen.^{21,25,35}

Voor patiënten met progressieve aandoeningen is het moeilijk om in de toekomst te kijken en te beslissen over wat nu nodig is, zeker als er spraken is van afnemende autonomie. Het afstemmen van verwachtingen en opnieuw formuleren van de hulpvraag kan dan nodig zijn waarbij het betrekken van mantelzorgers en andere professionals belangrijk is.

Box 9

Casus 3: Harrie – Pijnklachten benen (Claudicatio Intermittens)

Behandeling

Omdat Harrie moeite heeft met het begrijpen van de visualisatie van de Kompas+ Tool voor samen beslissen (een grafiek),⁷¹ bespreekt en vereenvoudigt de fysiotherapeut of oefentherapeut de informatie. Op basis daarvan kan Harrie zelf bepalen welke doelen haalbaar zijn.⁷²

Ze besluiten samen dat Harrie in het begin 2x per week komt oefenen op de praktijk en thuis dagelijks. Tevens krijgt hij leefstijladviezen. Om Harrie te ondersteunen bij het halen van zijn doelen (ik wil graag zelfstandig boodschappen doen), wordt besproken wie van zijn familie of vrienden betrokken kan worden bij de revalidatie en hoe hij in de context van zijn eigen omgeving kan trainen. De teach-back methode wordt gebruikt om te achterhalen of Harrie de informatie begrepen heeft en of de afspraken helder zijn. Dat betekent dat Harrie steeds in eigen woorden terug vertelt wat hij gehoord heeft.³⁵

De volgende afspraak is bij Harrie thuis om het plan in praktijk te brengen. Samen met de buurvrouw – de keuze van Harrie – wordt het eerste doel op weg naar de supermarkt bepaald. Harrie leert om op zijn activiteitenmeter (smartwatch) af te lezen hoeveel stappen hij gemaakt heeft en te vergelijken met het doel dat gesteld is. De fysiotherapeut of oefentherapeut kan de voortgang op afstand volgen en zo nodig feedback geven.

Tegelijkertijd wordt gekeken wat de mogelijkheden voor Harrie zijn om op termijn in groepsverband zelfstandig te blijven trainen.

3.3.3 Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek

Passende zorg op de juiste plek betekent zorg *verplaatsen* naar dichterbij als het kan en verder weg als het moet, zorg *vervangen* door nieuwe vormen van zorg zoals e-Health en domotica, en zorg *voorkomen* die niet passend is. Bij dit principe speelt de weloverwogen inzet van geld, mensen en materialen een belangrijke rol. Daarbij wordt ook gekeken wat de patiënt of cliënt zelf kan doen en wat informele zorg kan bijdragen.³⁶

Wat betekent dit principe voor de verschillende partijen?

Patiënten

Patiënten en cliënten willen passende zorg op de plek die past bij hun persoonlijke situatie. Zij verwachten dat zorgverleners daarbij goed samenwerken, benodigde informatie delen en innovatief zijn om ondanks personeelskrapte toch zorg te kunnen blijven bieden.

Zorgverleners

Zorgverleners bieden hun patiënten en cliënten zorg op de juiste plek en doen graag die dingen waar zij goed in zijn. Zij zien dat innovaties nodig zijn om toegankelijkheid te waarborgen. Zorgverleners hechten aan samenwerken met collega's, ook uit andere domeinen of disciplines. Het kennen van eigen kracht en beperkingen is daarbij belangrijk.

Zorgorganisaties

Zorgorganisaties stellen hun medewerkers in staat tot samenwerking om passende zorg vorm te geven. Dit vraagt van hen dat zij werken aan (regionale) netwerkvorming, waarbij deelbelangen van de organisatie op zich legitiem zijn, maar altijd in het licht gezien moeten worden van het grotere gedeelde belang van passende zorg. Zij omarmen innovatieve manieren van werken en investeren daarin, ook als dat herschikken en soms inschikken vergt.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en zorgkantoren kopen voor hun verzekerden doelmatige zorg in op de juiste plek. Innovatieve vormen van zorg en nieuwe vormen van samenwerking horen daarbij, zowel binnen als buiten het zorgdomein (bijvoorbeeld met gemeenten of woningcorporaties).

Wat betekent dit voor de fysiotherapie en oefentherapie

Niet iedere hulpvraag leidt tot een indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie en niet iedere indicatie leidt tot zorg. In bepaalde gevallen kan een advies volstaan of krijgt de patiënt informatie aangereikt, waarmee de patiënt zelfstandig of met een andere vorm van ondersteuning verder kan. Soms kan de hulpvraag beter beantwoord worden door een andere zorgprofessional of is zorg in het algemeen niet geïndiceerd (niet iedere hulpvraag is een zorgvraag).

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken veelal in de directe omgeving van mensen of komen indien nodig bij mensen aan huis. In sommige gevallen vindt zorg verder weg plaats, bijvoorbeeld vanwege kwaliteitseisen, doelmatige inzet van dure infrastructuur of wanneer de noodzakelijke expertise lokaal niet beschikbaar is. Dit vraagt kritische reflectie op eigen expertise en kennis van het expertisegebied van andere (zorg)professionals. Een goede interprofessionele samenwerking en een goede organisatie van zorg in de 1^e lijn is van groot belang om patiënten zo snel mogelijk op de juiste plek te ondersteunen. ^{15,24,29}

Technologie

Technologie biedt de kans om zorg doelmatiger, efficiënter en/of dichterbij de patiënt plaats te laten vinden. Technologie kan zowel additioneel aan de behandeling toegevoegd worden, of kan fysieke behandelingen deels vervangen (blended care). Middels technologie kan zorg op afstand aangeboden worden en deze kan synchroon (bijvoorbeeld middels beeldbellen) of asynchroon (bijvoorbeeld middels een online oefenprogramma) plaatsvinden. Hoewel technologie veel potentie heeft, is het van belang om alert te blijven op of bepaalde technologische toepassingen voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of met hoog risico op incidenten juist geen drempel voor het ontvangen van goede zorg oplevert. Aanbevelingen over de toepassing van digitale zorg staan beschreven in de KNGF-richtlijn Zorg op afstand (momenteel in ontwikkeling).

Box 10

Casus 4: Rick – Ziekte van Duchenne (progressieve spierdystrofie)*Behandeling*

Nadat de fysiotherapeut of oefentherapeut de literatuur heeft bestudeerd (o.a. richtlijn Duchenne) en gesproken heeft met andere betrokken zorgverleners worden de behandeldoelen geconcretiseerd. Kijkend naar zijn hulpvraag (ik wil graag mijn conditie optimaliseren, pijn verminderen bij het zitten en arm-handfunctie behouden) zullen Rick en zijn fysiotherapeut kritisch moeten kijken wat wel kan en wat niet kan en keuzes moeten maken.

Samen besluiten ze om:

1. de contracturen te bestrijden door spieren van de onderste en bovenste extremiteit 2 -3 keer per week manueel te rekken en daarnaast actieve oefeningen voor thuis.
2. de conditie te optimaliseren. Er wordt een trainingsschema opgesteld waarbij 2 tot 3 maal per week aerobe fietstraining (met ondersteuning) met een lage intensiteit wordt (Omni schaal score 5 tot 7) geoefend, zowel thuis als in de fysiotherapiepraktijk.
3. functionele oefeningen te doen om de arm- en handfunctie te behouden en problematische handelingen te oefenen (zoals het brengen van de hand naar de mond) of handelingsalternatieven te zoeken zodat Rick zolang mogelijk zelfstandig kan blijven.
4. maatregelen te nemen om de pijn bij het zitten te verminderen, en daarmee ook om de in toenemende scoliose te remmen/ondersteunen, door een goede zithouding te bewerkstelligen. Dit gaat in samenspraak met het Duchenne expertisecentrum dat eventueel een in spierziekten gespecialiseerde instelling dichterbij huis inschakelt.

Samen met de verzorgers van Rick worden preventieve maatregelen voor decubitus genomen en de ergotherapeut van de in spierziekte gespecialiseerd revalidatie-instelling zorgt voor aanpassing in zijn rolstoel als gevolg van zijn scoliose. Met het Duchenne- expertisecentrum in het Radboudumc wordt regelmatig via de Siilo-app gecommuniceerd en worden met goedkeuring van Rick foto's en video-opnames gedeeld om vragen te illustreren. Op die manier kan steeds een advies op maat gegeven worden. Rick is tevreden met deze oplossing. Hij hoeft niet onnodig te reizen en is gerustgesteld dat het proces wordt gemonitord vanuit het expertisecentrum.

Substitutie

Fysiotherapie en oefentherapie in de eerste lijn kunnen bij verschillende aandoeningen bijdragen aan het beperken van verwijzingen naar de tweede- of derdelijn.²² Zo heeft Ecorys in 2020 een overzicht gemaakt met wetenschappelijke onderbouwing van mogelijke substitutie-effecten door fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg (bijlage 3). Andere beroepsgroepen zien ook mogelijkheden voor substitutie blijkend uit verschillende richtlijnen⁵ en standpunten.³⁷

Samenwerking in de wijk

Het is belangrijk dat de fysiotherapeut en oefentherapeut goed op de hoogte zijn van het aanbod van zorg- en welzijnsprofessionals, burgerinitiatieven en bijvoorbeeld het lokale aanbod van sport- en beweegactiviteiten. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten in de wijk moeten makkelijk kunnen schakelen tussen het gezondheidsdomein, het sociale domein en het publieke domein om bij te dragen aan passende zorg.

Samenwerking in de regio

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken steeds vaker samen met professionals in het gezondheidsdomein, sociale domein en publieke domein op regionaal niveau ten behoeve van de kwaliteit, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de zorg in de regio.^{20,29,30} Deze samenwerking draagt bij aan:

- a. het verbeteren van de overgang van zorg binnen de zorgketen door goede informatieoverdracht tussen zorgaanbieders (zachte landing).
- b. een geïntegreerde aanpak van zorg door een goede afstemming van zorg (het vermijden van overlap) rondom de patiënt.
- c. het delen van kennis en best-practices met betrekking tot regionale vraagstukken zoals gezondheidsachterstanden.
- d. de ontwikkeling en implementatie van gestandaardiseerde zorgpaden en protocollen.
- e. deskundigheidsbevordering door bijvoorbeeld het organiseren van scholing op basis van een gezamenlijke behoefte.

⁵ De rol van Fysiotherapie is beschreven in 170 richtlijnen van andere beroepsgroepen

3.3.4 Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte

Het centraal stellen van gezondheid in plaats van ziekte betekent een breder perspectief op de gezondheidszorg. Dit vraagt om aandacht voor andere levensterreinen. Bijvoorbeeld de invloed van de fysieke en sociale leefomgeving op gezondheid. Niet elke gezondheidsvraag behoeft daarbij een (individueel) zorgantwoord, soms zijn andere antwoorden passender. Preventie en het versterken van veerkracht zijn tevens onderdeel van dit principe. Hierbij is met name aandacht nodig voor mensen met gezondheidsachterstanden. Voorkomen van (verergering van) ziekte en niet-passende zorg draagt bij aan de gezondheid van mensen. Hier ligt een belangrijke rol voor (de verbinding met) de publieke gezondheidszorg. Naast het biomedische aspect moeten ook andere levensterreinen in ogenschouw worden genomen.

Wat betekent dit principe voor de verschillende partijen?

Patiënten

Patiënten/cliënten willen gezond blijven en meedoen in de samenleving, voor zover dat nog mogelijk is. Soms is zorg nodig, soms zijn andere antwoorden uit de samenleving beter.

Zorgverleners

Van zorgverleners vraagt dit principe een bredere blik met oog voor andere levensterreinen. Zorgverleners zijn bescheiden over wat een zorgantwoord vermag en werken ook samen met mensen van buiten het zorgdomein.

Zorgorganisaties

Zorgorganisaties die bijdragen aan gezondheid ontwikkelen zich meer tot een kennisorganisatie op het gebied van gezondheid. Als werkgever stimuleren zij gezond werken voor hun medewerkers. Samenwerkingsvormen beperken zich niet tot zorgorganisaties.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars en zorgkantoren maken werk van het voorkomen van ziekte bij hun verzekerden. Dit vraagt om samenwerking met andere partijen in de samenleving. Vaak zijn immers collectieve interventies nodig buiten het zorgdomein, zeker als het gaat om voorkomen van ziekte bij mensen met hardnekkige gezondheidsachterstanden.

Wat betekent dit principe voor de fysiotherapie en oefentherapie?

De fysiotherapeut en oefentherapeut gaan uit van wat iemand nog wel kan in plaats van wat iemand niet meer kan, waarbij het behoud van eigen regie en zelfredzaamheid voorop staat. Niet de ziekte of aandoening staat centraal, maar het functioneren, het welzijn en het welbevinden van mensen. Dit betekent dat er vanuit een breder perspectief naar gezondheid wordt gekeken.^{6,7,38}

Daarnaast dragen de fysiotherapeut en oefentherapeut bij aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en het reduceren van gezondheidsverschillen. De fysiotherapeut en oefentherapeut spelen een rol in het voorkomen dat klachten zich ontwikkelen tot een aandoening of het voorkomen van complicaties of onnodige achteruitgang bij mensen die een ziekte of aandoeningen hebben (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie).³⁹

Casus 3: Harrie – Pijnklachten benen (Claudicatio Intermittens)

In de stad waar Harrie woont, voert de gemeente een actief beleid om gezondheidsverschillen tussen mensen te reduceren en gezond bewegen te bevorderen. De gemeente biedt het beweegprogramma *Actief in de Stad* aan waar deelnemers gedurende een jaar intensieve begeleiding ontvangen op weg naar duurzaam bewegen. Mensen kunnen daar terecht op eigen initiatief of via een verwijzing van een arts of fysiotherapeut. Bij het programma zijn artsen, fysiotherapeuten en bewegecoaches betrokken die op hun beurt goede relaties onderhouden met ziekenhuizen en fysiotherapiepraktijken in de regio. Alle mensen die zich aanmelden krijgen een intake. Op basis van de persoonlijke situatie en fysieke mogelijkheden van de deelnemer wordt bepaald welke beweegactiviteiten het beste passen. Sommige mensen kunnen direct aansluiten bij een bewegegroep, anderen komen in een voorbereidend programma terecht waarin ze individueel gecoacht worden.

De fysiotherapeut van Harrie bespreekt de mogelijkheid om na beëindiging van de behandeling aan te sluiten bij het programma *Actief in de Stad* om onder begeleiding verder te trainen en terugval te voorkomen. Harrie gaat daarmee akkoord. De overdracht naar het programma komt in overleg met de huisarts en de medisch specialist tot stand. Na een half jaar sluit Harrie het individuele traject af en sluit aan bij een reguliere bewegegroep.

4. Uitgangspunten voor kwaliteit van zorg

Het uitgangspunt is de patiënt en de fysiotherapeut/oefentherapeutische zorg krijgt die nodig is om te kunnen (blijven) participeren en die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt. De kwaliteit van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg wordt beschreven, geëvalueerd en geborgd aan de zes domeinen van kwaliteit van zorg: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid van behandeling.⁵ Dit hoofdstuk koppelt de domeinen van kwaliteit van zorg aan de uitgangspunten en normen voor fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg en Passende zorg.

4.1 De patiënt ontvangt zorg die veilig is

Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat zij bij een fysiotherapeut en oefentherapeut in veilige handen zijn. De fysiotherapeut en oefentherapeut zijn verantwoordelijk voor de veiligheid binnen de context waarin de zorg wordt geleverd en houdt zich hierbij aan de wetgeving en de professionele standaarden.

Voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten die werkzaam zijn in loondienst is de praktijk of organisatie verantwoordelijk voor de wijze waarop de veiligheid in de werkomgeving wordt geborgd, de veiligheid van de patiënt in het primaire zorgproces blijft altijd de verantwoordelijkheid van de individuele zorgprofessional.

Veiligheid in de zorg betekent dat de patiënt geen onnodige risico's loopt bij het bezoeken van een praktijk, instelling of behandelcentrum en tijdens een behandeling. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten worden vanuit de wetgeving en professionele standaard ondersteund en verplicht om regels na te leven om risico's te beperken. Patiëntveiligheid gaat iedereen aan die betrokken is bij de zorg. Wanneer in wetgeving of professionele standaard veiligheid niet specifiek genoeg beschreven is, bijvoorbeeld bij zeer zeldzame aandoeningen, is overleg met hierin gespecialiseerde behandelaars zoals een academisch expertisecentrum nodig. De patiënt zelf kan ook een belangrijke rol spelen in het voorkomen van ongevallen en vergissingen tijdens het zorgproces.⁴⁰

4.2 De patiënt ontvangt zorg die effectief is

De patiënt moet er niet alleen op kunnen vertrouwen dat de behandeling van de fysiotherapeut of oefentherapeut gebaseerd is op vigerende standaarden en wetenschappelijke inzichten (evidence based), maar ook dat deze bijdraagt aan het bereiken van de gestelde doelen. In de dagelijkse praktijk worden de behandeldoelen in gezamenlijkheid opgesteld, waarbij het uitgangspunt is het bereiken of behouden van een voor de patiënt zo optimaal mogelijk niveau van functioneren. De fysiotherapeut en oefentherapeut moet de intentie hebben om te voldoen aan de verwachtingen van de patiënt. Als die verwachtingen niet realistisch zijn, dan zullen die in samenspraak met de patiënt moeten worden bijgesteld. In vergelijking met een aantal andere zorgvormen, vraagt een fysiotherapeutische en oefentherapeutische behandeling een actieve inbreng van patiënten zelf. Niet alleen ten behoeve van het te behalen behandelresultaat, maar om eigen regie en zelfredzaamheid te stimuleren en gezondheidsvaardigheden te vergroten.

Bijbehorende normen voor Passende zorg:

- Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.
- Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat die op groepsniveau effectief en doelmatig is.
- Passende zorg geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden

4.3 De patiënt ontvangt zorg die aansluit bij de hulpvraag

Patiënten moeten ervaren dat zij als individu gezien, gehoord en begrepen worden. De bejegening van patiënten kenmerkt zich door een empathische grondhouding, een respectvolle bejegening en het voorzien in de informatiebehoefte.⁴¹

Doelen en interventies worden in samenspraak met de patiënt (en zijn naasten) bepaald, rekening houdend met diens wensen, mogelijkheden en persoonlijke situatie. Wederzijdse verwachtingen worden afgestemd door te bespreken wat wenselijk en nodig is, wat de fysiotherapeut of oefentherapeut daarin kan betekenen, wat de patiënt zelf kan doen, en hoe informele zorgverleners daarbij kunnen ondersteunen. De focus ligt op het functioneren, welzijn en welbevinden van de patiënt en op eigen regie en zelfredzaamheid, niet primair op de ziekte of aandoening.

Bijbehorende normen voor Passende zorg:

- Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen.
- Passende zorg komt tot stand in een gezamenlijk besluitvormingsproces met en rondom de patiënt en cliënt.
- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden.
- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden en beperkte gezondheidsvaardigheden

4.4 De patiënt ontvangt tijdig de zorg die nodig is

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat er tijdig een intake en onderzoek plaatsvindt om vast te stellen of behandeling door de fysiotherapeut of oefentherapeut geïndiceerd is. Afhankelijk van hulpvraag (en de mogelijkheden van zelfmanagement) en urgentie wordt de patiënt met een maximale wachttijd van één week ingepland. Indien geïndiceerd wordt de patiënt aan huis gezien.

Bijbehorende normen voor Passende zorg:

- In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende kan bijdragen, sluit formele zorg aan.

4.5 De patiënt ontvangt zorg die efficiënt is

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de interventies van de fysiotherapeut en oefentherapeut gericht zijn op het (de) vooraf in gezamenlijkheid vastgestelde behandeldoel(en) en er geen overbodige (be)handelingen worden gedaan. In algemene zin wordt er bij aanvang van een behandeltraject een indicatie gegeven over de duur en intensiteit van de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling, waarbij ook wordt benoemd wat er gedurende de behandeling van de patiënt wordt gevraagd (opvolgen adviezen, uitvoeren van opdrachten/huiswerk oefeningen enz.). Onderdeel van doelmatige zorg is ook de afweging om patiënten door te verwijzen naar andere zorgverleners, binnen en buiten het fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch vakgebied of informele zorg.

Uitgangspunt is dat de patiënt niet minder zorg krijgt dan nodig en niet meer dan noodzakelijk. De fysiotherapeut en oefentherapeut voelt ook een verantwoordelijkheid ten aanzien van duurzaamheid (energie, materialen, schoonmaakmiddelen, transport).

Bijbehorende normen voor Passende zorg:

- Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als deze onvoldoende resultaat heeft, sluit formele zorg aan.
- Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
- Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet om bij te dragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.

4.6 De patiënt ontvangt zorg die gelijkwaardig is

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de kwaliteit en toegankelijkheid van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg voor iedereen, ongeacht ras, afkomst of overtuiging beschikbaar en gelijk is. Daarnaast moet de patiënt erop kunnen vertrouwen dat de fysiotherapeut en oefentherapeut rekening houdt met de specifieke context van de patiënt en verschillen in geletterdheid en gezondheidsvaardigheden. Een one-size fits all benadering is in veel gevallen niet passend.

Bijbehorende normen voor Passende zorg:

- Passende zorg geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden en beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij worden ondersteund in het proces van gezamenlijke besluitvorming.
- Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

5. Kwaliteitsbeleid fysiotherapie en oefentherapie

Binnen de fysiotherapie en oefentherapie zijn verschillende kwaliteitssystemen voor de patiëntveiligheid, de professionaliteit van de zorgverleners en de kwaliteit van de zorg. Deels is dit wettelijk geregeld en deels hanteert de fysiotherapeut en oefentherapeut beroepsnormen als uitgangspunt voor goede zorg. Op het gebied van wettelijke eisen en beroepsnormen zijn er verschillen tussen de fysiotherapie en de oefentherapie. De borging van kwaliteit vindt plaats in de betreffende registers. De informatie uit de registers is publiek toegankelijk.

5.1 Wettelijke kaders

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

Om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners, is de Wet BIG vastgesteld. Deze wet moet ook de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De Wet BIG verdeelt beroepen die onder deze wet vallen in 3 groepen volgens hun wettelijke artikelnummer: artikel 3-, 34- en artikel 36a-beroepen.⁴²

- *Fysiotherapeuten in de Wet BIG*
Fysiotherapeuten vallen onder artikel 3 van de Wet BIG. Dit betekent dat er wettelijke titelbescherming is en wettelijk tuchtrecht. Het BIG-register is openbaar beschikbaar. Om als fysiotherapeut in het BIG-register te kunnen worden ingeschreven, is bezit van een getuigschrift vereist waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding voor fysiotherapie die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs en die voldoet aan het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut'. Om geregistreerd te blijven moet de fysiotherapeut zich elke vijf jaar herregistreren o.b.v. herregistratie-eisen in het Beoordelingskader fysiotherapeuten.
- *Oefentherapeuten in de Wet BIG*
Oefentherapeuten vallen onder artikel 34 van de Wet BIG en hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel. Het recht tot het voeren van de titel van oefentherapeut is voorbehouden aan degene die met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding tot oefentherapeut, die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz regelt de onderwerpen kwaliteit en klachtrecht en verplicht zorgaanbieders om 'goede zorg' te bieden: zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en op de reële behoefte van de patiënt is afgestemd. De meeste verplichtingen uit de Wkkgz worden opgelegd aan zorgaanbieders.⁴² Hiertoe behoren instellingen en solistisch werkende zorgverleners. In de Wet Wkkgz staat beschreven wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg. Het doel van de Wkkgz is het geven van openheid over klachten en ongewenste gebeurtenissen om daarvan te leren en zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De wet verplicht zorgaanbieders deel te nemen aan een laagdrempelige klachtenregeling voor patiënten, regelt dat zorgmedewerkers veilig incidenten kunnen melden en het recht van patiënten op informatie als er iets niet goed is gegaan en verplicht zorgaanbieders alle vormen van geweld te melden aan de Inspectie Gezondheid en Jeugd.

Wet Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)

Volgens artikel 454 BW van de WGBO⁴² wordt de fysiotherapeut en oefentherapeut geacht een dossier in te richten dat gegevens bevat over de gezondheid van de patiënt, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Voor een optimale zorgverlening en gegevensoverdracht is het van belang dat deze gegevens systematisch worden vastgelegd. De richtlijn 'Fysiotherapeutische dossiervoering 2019' beschrijft de systematische vastlegging van genoemde gegevens en geeft daarmee uitvoer aan de WGBO.⁴³

5.2 Normen van de beroepsgroepen

De beroepsnormen zijn onderverdeeld in de professionele standaard en standaarden voor beroeps- en praktijkuitoefening.

5.2.1 Professionele standaard

De professionele standaard is het geheel van professionele waarden en normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed hulpverlenerschap' is. De professionele standaard geeft invulling aan het professioneel handelen van zorgverleners of zorgaanbieders. De professionele standaard komt tot uitdrukking in de voor de fysiotherapeut en oefentherapeut geldende wetten, beroepsnormen zoals vastgelegd in richtlijnen, protocollen, kwaliteitsstandaarden, handreikingen, (tucht)rechterlijke uitspraken en de beroepsstandaarden. Het ontwikkelen, aanpassen en implementeren van professionele standaarden is één van de kerntaken van de beroepsvereniging (Wet WKKGZ, art. 1)

5.2.1.1 Beroepsstandaarden

De Beroepsstandaarden zijn onderdeel van de professionele standaard en beschrijven het geheel van normen en regels van het vakgebied fysiotherapie en oefentherapie. Ze beschrijven wat de patiënt of samenwerkingspartner van een fysiotherapeut en oefentherapeut kan verwachten, waar een fysiotherapeut en oefentherapeut aan moet voldoen en welke verbijzonderingen door de beroepsverenigingen worden erkend. Deze beroepsstandaarden zijn het fundament van het beroep.^{6,7,44,45} Daarnaast zijn er, waar nodig, documenten die aanvullende informatie geven, zoals de Brochure zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen.

5.2.1.1 Beroepsstandaarden Fysiotherapie

Het beroepsprofiel en de beroepscode zijn de belangrijkste beroepsstandaarden voor het beschrijven van het vakgebied en het beroep.

Het beroepsprofiel

Het beroepsprofiel beschrijft het beroep van fysiotherapeut, de verschillende beroepsrollen, en de competenties om het beroep uit te kunnen voeren.⁶

De beroepscode

De beroepscode beschrijft het professionele gedrag van de fysiotherapeut en oefentherapeut en geeft invulling aan de begrippen 'goed hulpverlenerschap' en 'goede zorg'. Bij het formuleren van de beroepscode is rekening gehouden met wet- en regelgeving op het gebied van de (gezondheids)zorg. Alle fysiotherapeuten en ook stagiaires die de opleiding Fysiotherapie volgen, zijn gebonden aan de bepalingen uit de beroepscode en dienen daarnaar te handelen. De beroepscode wordt mede als belangrijk toets document gebruikt bij de uitvoering van de klachten en geschillenregeling.⁴⁵

De beroepskolom

De beroepskolom beschrijft het beroep fysiotherapeut met de geformaliseerde beroepsuitoefeningen binnen de fysiotherapie.^{12,46} Elke geformaliseerde beroepsuitoefening heeft een eigen beroepsprofiel.

- **De fysiotherapeut met aantekening**
Een fysiotherapeut met aantekening is een fysiotherapeut die beschikt over specifieke competenties die nodig zijn om te kunnen werken met patiënten met een specifieke aandoening, uit een specifieke doelgroep of in een specifieke context.

- *De fysiotherapeut met verbijzondering*
Een fysiotherapeut met verbijzondering heeft een speciale, genormeerde, herkenbare en overdraagbare bekwaamheid en benaderingsmethode. Deze is doelgericht ontwikkeld ten behoeve van specifieke patiënten- en cliëntencategorieën, gekenmerkt door medische en/of maatschappelijke indicaties. De fysiotherapeut met verbijzondering beschikt dan ook over specifieke competenties die nodig zijn om te kunnen werken met patiënten met een specifieke aandoening, uit een specifieke doelgroep of in een specifieke context.

Aanvullende documenten

Daar waar het beroepsprofiel en de beroepscode onvoldoende helderheid geeft, zijn aanvullende documenten opgesteld.

Voor het beroepsprofiel zijn dit de volgende documenten:

- KNGF-standpunten ten aanzien van therapieën, met daarbij horend: Domein interventievraagstukken, Beloftevolle interventies.
- Brochure zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen
- Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen versie Fysiotherapie (CPVB)
- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Voor de beroepscode is dit het volgende document:

- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerken in de zorg.⁴⁷

Richtlijnen en andere evidence-based producten

Het KNGF ontwikkelt richtlijnen en andere evidence-based producten voor de beroepsgroep fysiotherapie. Daarnaast participeert de beroepsgroep in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen van andere beroepsgroepen zoals medisch specialisten en huisartsen, wanneer er sprake is van betrokkenheid van fysiotherapeuten of concrete inzet van fysiotherapeutische zorg. Als de beroepsvereniging een richtlijn of een ander evidence-based product autoriseert, geldt deze ook als onderdeel van de professionele standaard. Op dit moment wordt er binnen de beroepsgroep Fysiotherapie gewerkt met 17 vakinhoudelijke richtlijnen. Daarnaast ontwikkelt het KNGF richtlijnen voor het bewaken van de kwaliteit en continuïteit van het zorgproces, zoals de richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering.⁴³

5.2.1.2 Beroepsstandaarden Oefentherapie

Ook voor de oefentherapeuten zijn het beroepsprofiel en de beroepscode de belangrijkste beroepsstandaarden voor het beschrijven van het vakgebied en het beroep.^{7,45}

Aanvullende documenten

- Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Daarnaast kunnen oefentherapeuten specifieke deskundigheidsgebieden hebben naar werksetting, aard van het gezondheidsprobleem en/of doelgroep.⁴⁶

Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden

De VvOCM ontwikkelt sinds 2001 richtlijnen voor oefentherapeuten, voor een reeks van verschillende patiëntgroepen. Sinds 2017 werkt de VvOCM hiervoor intensief samen met het KNGF. Hiernaast is VvOCM ook betrokken bij kwaliteitsstandaarden en richtlijnen van andere beroepsgroepen zoals medisch specialisten en huisartsen.

5.2.2 Standaarden voor beroeps-/praktijkuitoefening

De standaarden gericht op praktijkvoering borgen veiligheid door invulling te geven aan praktijkinrichting, privacy en ARBO-aspecten. Vanuit de beroepsvereniging zijn er standaarden beschikbaar, zoals de inrichtings- en service-eisen en de richtlijnen met betrekking tot dossiervoering om praktijken te ondersteunen in het borgen van de veiligheid en het voldoen aan de gestelde wettelijke eisen.⁴³ Daarnaast worden praktijken gestimuleerd om een Risico-inventarisatie en evaluatie af te nemen ten behoeve van de veiligheid en gezondheid op de werkvloer en te voldoen aan de Arbowet.

5.3 Hoe de beroepsgroepen kwaliteit van zorg bevorderen en borgen

BIG-register voor fysiotherapeuten

Patiënten kunnen in het BIG-register⁴ nakijken of fysiotherapeuten voldoen aan de wettelijke normen. Zorgverleners met een BIG-registratie moeten zich iedere 5 jaar registreren. Om te kunnen herregistreren in het BIG-register moet aan de urennorm voor werkervaring zijn voldaan. Deze werkervaringsuren moeten aan bepaalde eisen voldoen. Wanneer de urennorm niet gehaald wordt, kan een herregistratie ook gebeuren op basis van specifieke scholingseisen.

Klachten en geschillen Fysiotherapie

- *Wettelijk tuchtrecht fysiotherapie*
Patiënten kunnen bij klachten over fysiotherapeuten naar de tuchtrechter, die toetst het handelen aan de professionele normen. Uitspraken hebben een lerende werking voor de hele beroepsgroep. Dit wordt o.a. bereikt doordat de uitspraken openbaar gepubliceerd worden en er per uitspraak een toelichting is opgenomen. Daarnaast publiceert het verenigingstijdschrift artikelen over de uitspraken en de duiding.
- *Verenigingstuchtrecht fysiotherapie*
Iedere belanghebbende kan een klacht indienen bij de Commissie van Toezicht (CvT) als men vindt dat een lid van het KNGF of een fysiotherapeut die geregistreerd is in het kwaliteitsregister van het KNGF nalatig is, het vertrouwen in de fysiotherapie ondermijnt, handelt in strijd met de waardigheid of de belangen van de fysiotherapie of oncollegiaal is. De CvT toetst het handelen van de fysiotherapeut aan de Beroepscode, waarna een gemotiveerde uitspraak wordt gedaan. De CvT kan maatregelen opleggen maar het werk van de CvT is primair bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening fysiotherapie te bewaken en te bevorderen. Uit de uitspraken kan een les getrokken worden voor de hele beroepsgroep.

Klachten en geschillen Oefentherapie

Beroepen in artikel 34 van Wet BIG hebben een klachten- en geschillenregeling ondergebracht bij het klachtenloket paramedici als onderdeel van het kwaliteitsregister voor paramedici.⁴⁸ Geschillen moeten leiden tot aanpassing van werkwijze, implementaties door beroepsverenigingen of ontwikkelingen op individueel niveau.

5.3.1 Kwaliteitsregisters

Patiënten kunnen kijken in de (private) kwaliteitsregisters om te zien of fysiotherapeuten en oefentherapeuten ook aan aanvullende eisen van de beroepsgroep voldoen. Het beroepsprofiel vormt de basis voor de kwaliteitsregisters. Er zijn registers voor de erkende beroepsuitoefeningen fysiotherapie (conform beroepskolom) en oefentherapie. Voor deze registers gelden toegangseisen en een periodieke herregistratie op basis van herregistratie-eisen. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten opgenomen in deze kwaliteitsregisters zijn zichtbaar op websites.⁴⁹⁻⁵¹ De herregistratie-eisen zijn vastgelegd in een reglement en registerdocumenten (uitvoeringsregelingen).

5.3.1.1 Kwaliteitsregisters Fysiotherapie

In aanvulling op registratie in het BIG-register werkt de beroepsgroep fysiotherapie met private registers op zowel individueel zorgverlenersniveau als op het niveau van de praktijk.

Individuele registratie BIG-geregistreerde fysiotherapeut

Om in aanmerking te komen voor registratie in het Individueel register Fysiotherapie gelden in aanvulling op de BIG-registratie extra eisen die worden vastgelegd en geborgd in het individueel register fysiotherapie⁶. Het gaat hierbij om de volgende eisen:

- De fysiotherapeut handelt overeenkomstig de vigerende wet- en regelgeving.
- De fysiotherapeut neemt deel aan een klachtenregeling die voldoet aan de vigerende wettelijke regelgeving met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- De fysiotherapeut handelt conform de vigerende standaarden van de beroepsgroep,
- De fysiotherapeut verplicht zich om gedurende de registratieperiode te voldoen aan de deskundigheidsbevorderingseisen, zoals opgenomen in de uitvoeringsregeling registratiebeleid.

Registratie in een individueel register Fysiotherapie wordt in het licht van het Kwaliteitskader als veldnorm gesteld. Met een registratie in het Register erkent de fysiotherapeut het belang van continue (samen) leren en ontwikkelen binnen het vakgebied Fysiotherapie, zoals beschreven in het beroepsprofiel Fysiotherapeut.⁶ De fysiotherapeut dient te voldoen aan de gestelde voorwaarden voor registratie en houdt zich aan het principe "Bekwaam is Bevoegd en Onbekwaam is Onbevoegd".

Aantekeningen en deelregisters

Fysiotherapeuten hebben de mogelijkheid zich op diverse terreinen binnen het fysiotherapeutisch vakgebied verder te bekwamen. De beroepsgroep kent verschillende erkende aantekeningen en deelregisters, waarin aanvullende deskundigheidseisen worden vastgelegd en geborgd.

Voor toegang tot een aantekeningenregister is het volgen van een aanvullende erkende post-HBO-opleiding noodzakelijk. Voor toegang tot een deelregister geldt het afronden van een specifieke post-HBO-opleiding die leidt tot het behalen van de titel Master of Science als kwalificatie-eis.

⁶ Reglement individueel register fysiotherapie

Om in het register te blijven is aanvullende scholing voor het betreffende deelgebied binnen de fysiotherapie een voorwaarde.

Registers voor fysiotherapeuten met aantekeningen:

- OedeemFysiotherapeut
- ArbeidsFysiotherapeut
- HartFysiotherapeut
- VaatFysiotherapeut
- LongFysiotherapeut

Deelregisters voor Fysiotherapeuten met een verbijzondering:

- GeriatrieFysiotherapeut
- KinderFysiotherapeut
- SportFysiotherapeut
- Manueeltherapeut
- BekkenFysiotherapeut
- Psychosomatisch Fysiotherapeut
- Orofaciaal Fysiotherapeut
- OncologieFysiotherapeut
- Hart-, Vaat- en LongFysiotherapeut

Herregistratie

Herregistratie in de registers vindt 5-jaarlijks plaats op de eisen zoals vastgesteld voor de betreffende registratieperiode (zie registratie-eisen)⁷. Ten aanzien van toetsing op de werkervaringseis wordt gehandeld conform de herregistratie-eisen van het BIG-register.

Deskundigheidsbevordering

Een eis voor herregistratie in het individuele register is het bewijzen van deskundigheids-bevordering. Binnen deze vereiste wordt onderscheid gemaakt tussen:

1. vakinhoudelijke deskundigheidsbevordering en
2. beroepsgelateerde deskundigheidsbevordering.

Vakinhoudelijke (scholings)activiteiten zijn activiteiten die direct bijdragen aan de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen, in de rechtstreekse behandelrelatie met de patiënt en diens bewegend functioneren. Deze vallen binnen het vakgebied van de fysiotherapeut zoals beschreven in het Beroepsprofiel Fysiotherapeut 2021.

⁷ Reglement individueel register fysiotherapie

Om vakinhoudelijke punten te behalen, zal de fysiotherapeut vakinhoudelijk geaccrediteerde⁸ (scholings)activiteiten moeten volgen.

Beroepsgerelateerde (scholings)activiteiten zijn activiteiten die buiten het vakgebied van de fysiotherapeut vallen zoals beschreven in het Beroepsprofiel Fysiotherapeut 2021, maar binnen de reguliere gezondheidszorg of de fysiotherapeutische praktijkvoering. De scholingsactiviteiten hebben een expliciete relatie met de fysiotherapeutische beroepsuitoefening waardoor zij indirect kunnen bijdragen aan de beroepsrollen.

Individuele registratie Keurmerk fysiotherapeut

Specifiek voor fysiotherapeuten die werkzaam zijn in een praktijk aangesloten bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie gelden andere eisen, te weten een jaarlijkse punteneis (deskundigheidsbevordering), deelname aan een peer review en het opstellen van een persoonlijk ontwikkelplan (POP). Op deze eisen vindt jaarlijkse toetsing plaats.

Peer review

De kern van het leerproces in het Keurmerk is de peer review. Peer review wordt ook intercollegiale toetsing genoemd. Fysiotherapeuten kijken kritisch naar de kwaliteit van hun eigen handelen en dat van hun collega's (peers). Deelnemers aan peer review kunnen kiezen uit 5 thema's:

- Data; meetinformatie gebruiken om te leren en te verbeteren.
- Zelfredzaamheid; het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid.
- Bevorderen van gezondheid van kwetsbare mensen in de wijk.
- Innoveren; doen waar we al zolang op wachten.
- Kennisvraag; wetenschappelijke literatuur omzetten in de praktijk

Praktijkregistratie

De beroepsgroep fysiotherapie kent de volgende mogelijkheden voor praktijken om zich te registreren: registratie in het basispraktijkregister en registratie in het Keurmerk praktijkregister. Het basispraktijkregister maakt onderdeel uit van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie.

Het praktijkregister stelt eisen waar een individueel werkzame fysiotherapeut (tenzij hij of zij solist is), geen directe verantwoordelijkheid voor kan nemen of dragen. Het bevat primair afspraken op praktijkniveau.

⁸ De accreditatiecommissie toets mede op basis van de beroepsstandaard

Hierbij valt niet alleen te denken aan zaken als praktijkinrichting, deelname aan dataverzameling, geboden diensten, maar ook aan inhoudelijke activiteiten zoals peer review en intervisie met en binnen de praktijk. Het praktijkregister van SKF kent een langere historie en is primair gericht op praktijken die actief willen werken en bijdragen aan kwaliteitsontwikkeling en daar transparant over willen zijn. Deze praktijken worden gezien als koploperpraktijken.

Toegang tot het basis Praktijkregister van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie

De volgende criteria voor inschrijving in het basisregister zijn geformuleerd in het reglement van het Praktijkregister⁹:

- Alle binnen de praktijk werkzame fysiotherapeuten zijn geregistreerd in het individueel register.
- Binnen de praktijk wordt gewerkt conform de vigerende wet- en regelgeving en standaarden van de beroepsgroep.
- De praktijk committeert zich aan het structureel, periodiek aanleveren van data aan de database van de beroepsgroep.¹⁰
- De in de praktijk werkzame fysiotherapeuten onderschrijven de principes van reflecterend leren.
- De praktijk committeert zich aan periodieke (tweejaarlijkse) formatieve (peer)visitatie gebaseerd op de principes van reflecterend leren.

De praktijk bepaalt zelf of en op welk moment er ruimte is voor aanvullende activiteiten. Dit kan een ontwikkelpad zijn, maar het kan ook een entreetoets zijn voor het Keurmerk praktijkregister.

Een ontwikkelpad biedt verschillende tools en activiteiten, passend bij het niveau van de praktijk. De tools en activiteiten zijn gericht op de individuele fysiotherapeut, de praktijk als geheel of de praktijk binnen een regionale samenwerking. Zo kan de praktijk zich continu, op eigen tempo en op basis van eigen doelstellingen blijven ontwikkelen.

Registratie in het basis Praktijkregister van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie is op dit moment vrijwillig, maar niet vrijblijvend (het niet voldoen aan registratie-eisen leidt tot uitschrijving uit het basis Praktijkregister). Op termijn (uiterlijk 1 januari 2030) zal registratie in het basis Praktijkregister van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie, mits wordt voldaan aan de hiervoor gestelde randvoorwaarden, als veldnorm worden geïntroduceerd (zie 5.7 Ambities en hoofdstuk 7 Ontwikkelagenda en implementatie). In de periode tot 2030 worden praktijken, o.a. door invulling van de hiervoor gestelde randvoorwaarden, gefaciliteerd zich te registreren in het basis Praktijkregister.

⁹ Artikel 9 [reglement-praktijkregister-fysiotherapie.pdf \(kwaliteitshuisfysiotherapie.nl\)](#)

¹⁰ Op de uitvoering hiervan wordt getoetst en gehandhaafd conform het reglement.

Toegang tot het Praktijkregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie

Inschrijving in het Keurmerk register geschiedt op praktijkniveau. Om ingeschreven te staan, voldoen de praktijken aan de volgende eisen:

- Praktijk entree visitatie.
- Alle werkzame fysiotherapeuten zijn deelnemer en nemen deel aan het individueel register Keurmerk.
- Deelname aan visitatie.
- Deelname aan dataverzameling t.b.v. landelijke database kwaliteit (LDK).

Keurmerk Visitatie

- De kwaliteitscyclus van het Keurmerk bestaat uit diverse facetten die met elkaar de kwaliteit borgen.
- Visitatie gebeurt door collega Keurmerk praktijken.
- In deze visitatie neemt men een 'kijkje in de keuken' van de ander.
- Visitatie kan verbeterpunten opleveren die geïmplementeerd worden in de praktijk.
- Hierdoor blijft leren en verbeteren centraal staan.

5.3.1.2 Kwaliteitsregister Oefentherapeuten

Kwaliteitsregistratie individuele oefentherapeut

Iedere oefentherapeut die het bewijs van bevoegdheid heeft ontvangen en zich wil aansluiten bij de Vereniging van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, moet zich registreren in het 'Kwaliteitsregister Paramedici' (KP). Het kwaliteitsregister bewaakt de deskundigheid van de aangesloten paramedici, zoals de oefentherapeuten. Het domein oefentherapie kent verschillende bepalingen en toetsingscriteria zoals beschreven in het kwaliteitsregister.⁴⁹

De kwaliteit van de individuele oefentherapeut is een proces van continue verbetering. De invloed van stand van de wetenschap, voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen zijn geborgd door de herformulering en eventueel aanscherping van kwaliteitseisen door de beroepsvereniging.

Een goede oefentherapeut is een vakinhoudelijk bekwame oefentherapeut. Op dit moment worden de scholing, intercollegiaal overleg en werkervaring vastgelegd in het persoonlijke digitale dossier (portfolio) van het kwaliteitsregister paramedici. Om deze deskundigheid te bewaken zijn kwaliteitscriteria vastgesteld en moet de geregistreerde paramedicus in ieder geval eens in de vijf jaar aantonen dat hij/zij aan de criteria die zijn gesteld heeft voldaan.^{7,48}

Registratie in het kwaliteitsregister paramedici wordt in het licht van het Kwaliteitskader als veldnorm gesteld. Met een registratie in het Register erkent de oefentherapeut het belang van continue (samen) leren en ontwikkelen binnen het vakgebied, zoals beschreven in het beroepsprofiel Oefentherapeut.

Specialistentregisters

Oefentherapeuten hebben de mogelijkheid zich op diverse terreinen binnen de oefentherapie verder te bekwamen. Een oefentherapeut die voldoet aan de bepaalde deskundigheidseisen kan zich in het betreffende specialistenregister laten registreren.

Om toegang te krijgen tot het specialistenregister is het noodzakelijk hiervoor een door VvOCM en kwaliteitsregister erkende opleidingsroute te volgen. Dat kan zowel op post Hbo als op masterniveau.

Om in het register te blijven moet de gespecialiseerde oefentherapeut aanvullende deskundigheidsbevordering doen specifiek voor een specifiek specialisme binnen de oefentherapie.

VvOCM kent de volgende vier specialisaties:

- Kinderoefentherapie,
- Psychosomatische oefentherapie,
- Bekkenoefentherapie en
- Geriatrie-oefentherapie.

Herregistratie

Herregistratie in de registers vindt elke vijf jaar plaats. Er worden eisen gesteld aan de deskundigheidsbevordering en werkervaring.

Intercollegiaal overleg

Ter verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en/of het eigen paramedisch handelen, kent de oefentherapie het Intercollegiale Overleg (IO). Het IO biedt een structuur voor oefentherapeuten om in een veilige omgeving methodologisch ervaringen met elkaar te kunnen uitwisselen en te reflecteren op hun eigen handelen. Een IO wordt samengesteld uit oefentherapeuten die werkzaam zijn in meer praktijken in bij voorkeur eenzelfde geografisch gebied. Daarnaast kan een IO bestaan uit oefentherapeuten met dezelfde specialisatie of oefentherapeuten die werkzaam zijn binnen een intramurale setting. Het is ook mogelijk om deel te nemen aan een multidisciplinair IO. Het doel is gezamenlijk en individueel werken aan verbetering van de oefentherapeutische zorg.

Praktijkregister VvOCM

De zogenoemde pluspraktijken, die geregistreerd staan in dit register, bieden VvOCM ruimte om beleidsinnovaties op praktijkniveau te toetsen. Zij onderzoeken de wenselijke ontwikkelrichting voor de beroepsgroep, doorlopen een continu verbeterproces en maken uitkomst van behandeling inzichtelijk. Vervolgens is het mogelijk dit beleid over de gehele beroepsgroep uit te rollen.

Inschrijving in het Praktijkregister gebeurt op praktijkniveau. Om ingeschreven te staan voldoen de praktijken aan de volgende eisen:

- Praktijk entree visitatie.
- Alle werkzame oefentherapeuten staan geregistreerd in het kwaliteitsregister paramedici.
- Deelname aan visitatie.
- Deelname aan dataverzameling landelijke database oefentherapie.

De kwaliteitscyclus van het Praktijkregister bestaat uit diverse onderdelen die tezamen de kwaliteit borgen. De Visitatie gebeurt door collega Praktijkregister praktijken. Dit kan leiden tot verbeterpunten die geïmplementeerd worden in de praktijk. Door deze methodiek blijft leren en verbeteren centraal staan.

VvOCM kent momenteel geen (basis)praktijkregister en heeft de ambitie dit register te gaan ontwikkelen. Op termijn (uiterlijk 1 januari 2030) zal registratie in dat register, mits wordt voldaan aan de hiervoor gestelde randvoorwaarden, als veldnorm worden geïntroduceerd (zie 5.7 Ambities en hoofdstuk 7 Ontwikkelagenda en implementatie).

5.4 Hoe de beroepsgroepen werken aan vakinhoudelijke ontwikkeling en onderbouwing

5.4.1 Professionele ontwikkeling

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten ontwikkelen zich na hun initiële opleiding op hun eigen manier. Op basis van passie, persoonlijke interesse, expertise, ervaring en ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg kiezen zij een eigen weg in hun professionele ontwikkeling. Iedere fysiotherapeut ontwikkelt gedurende de professionele loopbaan dan ook competenties binnen de verschillende rollen. Een groot deel van de ontwikkeling van professionals gebeurt door doen en ervaren. Het opdoen van (werk)ervaring, evalueren van behandelingen en het reflecteren op het eigen handelen is een belangrijk onderdeel van de ontwikkeling.⁴³ Andere instrumenten voor professionele ontwikkeling zijn zeer divers.

Zo kunnen fysiotherapeuten kiezen voor het volgen van opleidingen, cursussen, workshops, lezingen, blended en e-learnings (georganiseerde leeractiviteiten). Ook kunnen zij zich verder ontwikkelen tijdens het werk zelf of door te leren van anderen, bijvoorbeeld via reflectie, (intervisie)gesprekken, (collegiaal) overleg, coaching en feedback.

Samen leren en verbeteren

Samen leren en verbeteren vormt de rode draad in de professionele ontwikkeling van de fysiotherapeut en oefentherapeut. Het samen leren en verbeteren vindt plaats op verschillende manieren en verschillende niveaus: het niveau van de individuele professional, het niveau van de praktijk, en het niveau van de beroepsgroep.

De individuele fysiotherapeut en oefentherapeut die is ingeschreven in een kwaliteitsregister is aantoonbaar bezig met continue leren en verbeteren. Continue leren en verbeteren kan aan de hand van bij- en na scholing vanuit resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, maar ook met resultaten uit de praktijken van elkaar. Bij peer-learning, IOF en intervisie reflecteren deelnemers kritisch op de kwaliteit van het eigen handelen en dat van collega's aan de hand van concrete voorbeelden uit de praktijk, veelal onder begeleiding van een coach.⁵² Dat kunnen beroepsinhoudelijke vraagstukken zijn of ethische handelingsdilemma's.

Voor reflectie en feedback kunnen data en normen voor kwaliteit gebruikt worden zoals indicatoren en richtlijnen. Dashboards zoals die van de Landelijke Database Fysiotherapie, Landelijke Database Kwaliteit en de Landelijke Database Oefentherapie ondersteunen het gebruik van data en bieden inzicht in resultaten op individueel niveau, praktijkniveau, regioniveau en op het niveau van de beroepsgroep waardoor benchmarking mogelijk wordt.

Verschillen in proces-, structuur- of uitkomstdata vormen input voor analyse binnen de professionele leergroep om te zoeken naar verklaringen. Voorwaarde om te leren in professionele leergroepen is een veilige leeromgeving waarin mensen durven laten zien wat ze doen en laten horen wat ze denken.

Praktijken die ingeschreven zijn in het praktijkregister leren van de ontvangen feedback over de praktijkvoering bij periodieke visitaties. Bij deze visitaties wordt gebruik gemaakt van normen voor kwaliteit en informatie vanuit dataverzameling.

Lerende netwerken

Het delen van kennis en best-practices is een belangrijk kenmerk van een lerend netwerk. Fysio- en oefentherapeuten kunnen kennis delen en van elkaar leren door deelname aan verschillende netwerken die multi- of monodisciplinair georganiseerd zijn. Binnen deze definitie vallen activiteiten van beroepsverenigingen, beroepsinhoudelijke verenigingen, zorginhoudelijke netwerken, lokale en regionale bijeenkomsten.

Leer- en verbetercyclus

Professionaliseringsactiviteiten op individueel- en praktijkniveau zijn ingebed in een korte of lange leer- en verbetercyclus en worden vormgegeven door relevante doelen en een actieplan. Fysio- en oefentherapeuten kunnen gebruik maken van verschillende instrumenten en werkwijzen om hun eigen leer- en verbetercyclus vorm te geven. Denk hierbij aan keuzehulpen, waardendialogen, lerende netwerken en leer- en verbeterbijeenkomsten. Deze instrumenten en werkwijzen bieden zorgverleners de mogelijkheid om kennis en ervaringen te delen, best practices te identificeren en gezamenlijk te werken aan het verbeteren van de zorg.

Het door beroepsgroepen ingerichte kwaliteitssysteem, waar alle hierboven beschreven elementen onderdeel van zijn, leent zich voor externe certificering.

5.4.2 Wetenschapsbeleid

Met het wetenschapsbeleid werken de beroepsgroepen aan het bevorderen van de wetenschappelijke onderbouwing en uitoefening van het vak fysiotherapie en oefentherapie. Het wetenschapsbeleid heeft als doel om fysiotherapeuten en oefentherapeuten te helpen een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de volksgezondheid en de gezondheidszorg, in goede samenwerking met andere (para)medische disciplines.

Dit doen de beroepsgroepen onder andere door het stimuleren en ondersteunen van leerstoelen en lectoraten waarbij fysiotherapie en oefentherapie een substantieel deel van het onderzoek betreft en waarbij de hoogleraar een achtergrond heeft in de fysiotherapie en oefentherapie. De steun richt zich op de volledige breedte van het vakgebied fysiotherapie en oefentherapie en in het bijzonder op onderzoek naar actuele thema's in de maatschappij en de gezondheidszorg. Momenteel zijn er in het vakgebied fysiotherapie 21 hoogleraren, 20 lectoren en meer dan 600 gepromoveerde onderzoekers. Nederland heeft één lector oefentherapie en meerdere lectoraten richten zich ook op de beroepsgroep van oefentherapeuten. Hiernaast zijn er veel lectoraten en onderzoeksgroepen die zich bezighouden met onderzoek naar gedragsverandering en zelfmanagement, een belangrijk speerpunt in de oefentherapie. Een voorbeeld van een overkoepelend netwerk hierin is het Landelijk Lectoratenplatform Zelfmanagement.

De beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie hebben twee wetenschappelijk college's: Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF) en Wetenschappelijk College Oefentherapie (WCO). De wetenschappelijke colleges:

- Stimuleren en initiëren wetenschappelijk onderzoek.
- Bevorderen samenwerking binnen wetenschappelijk onderzoek.
- Bevorderen aansluiting tussen wetenschap en praktijk.
- Adviseren bij de ontwikkeling en herziening van evidence-based richtlijnen.
- Bevorderen aansluiting tussen wetenschap en initiële/post initiële scholing.
- Bijdragen aan de disseminatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

Het WCF maakt onderdeel uit van een breder onderzoekersnetwerk van meer dan 500 fysiotherapeuten werkzaam in onderzoek, onderwijs, of beroepspraktijk. De beroepsvereniging fysiotherapie is betrokken bij meer dan 50 subsidieaanvragen voor onderzoek per jaar en participeert op dit moment actief in meer dan 40 onderzoeksprojecten. VvOCM participeert momenteel in 18 onderzoeksprojecten.

De beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie hebben een eigen Kennisagenda. Het doel van de kennisagenda's is om de meest urgente, onbeantwoorde vragen binnen het vakgebied te agenderen en door middel van wetenschappelijk onderzoek in te vullen. De kennisagenda's dienen als leidraad voor het uitzetten van subsidies en als inspiratie voor organisaties en onderzoekers om wetenschappelijk onderzoek op het terrein van het bewegend functioneren op te zetten en uit te voeren. Actuele en goed gepositioneerde kennisagenda's dragen zodoende bij aan verdere onderbouwing van de vakgebieden fysiotherapie en oefentherapie en het verhogen van de kwaliteit van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg.

Interne en externe relevante stakeholders, onder meer fysiotherapeuten en oefentherapeuten, onderzoekers, huisartsen, medisch specialisten en patiëntvertegenwoordigers, zijn actief betrokken bij de totstandkoming van de kennisagenda's. Zo bevorderen de kennisagenda's de kansen voor samenwerking binnen het fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch onderzoek, maar ook voor fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch onderzoek in samenwerking met andere disciplines. De gezamenlijke totstandkoming, alsmede het thematiseren van onderzoeksvragen op respectievelijk 'waardegedreven zorg', 'innovatie', 'samenwerking' en 'preventie' voor de Kennisagenda Fysiotherapie en 'gedragsverandering en zelfmanagement', 'effectiviteit en doelmatigheid' en 'innovatie door technologie' voor de Kennisagenda Oefentherapie dragen bij aan de beweging naar passende zorg binnen de fysiotherapie en oefentherapie.

De beroepsgroep fysiotherapie onderhoudt een digitaal kennisplatform waar evidence-based producten in verschillende vormen voor de praktijk beschikbaar zijn.

5.4.3 Richtlijnenbeleid

In het kader van kwaliteitsontwikkeling richten de beroepsgroepen zich onder andere op het ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen. Voor richtlijnen volgen de beroepsgroepen de definitie van de AQUA-leidraad Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021: een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg.⁵³ De aanbevelingen zijn gebaseerd op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

Bij uitzondering kan er een beargumenteerde keuze gemaakt worden om geen richtlijn maar een ander evidence-based product te maken of aan de ontwikkeling van het product mee te werken, zoals de fysiotherapiebrochures voor spierziekten.⁵⁴⁻⁵⁶

Naast de ontwikkeling van eigen richtlijnen participeren de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie in de ontwikkeling van richtlijnen door andere (para)medische beroepsgroepen. Ook werken de beroepsverenigingen aan innovaties op het gebied van richtlijnontwikkeling om zo ook over de beroepsgroepen heen bij te dragen aan de kennisontwikkeling van richtlijnontwikkeling.

Doelstelling van KNGF-richtlijnen

Richtlijnen zijn een hulpmiddel voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten of andere zorgprofessionals en (potentiële) zorggebruikers bij het maken van gezamenlijke keuzes rond zorg en samen beslissen. Ze bieden fysiotherapeuten en oefentherapeuten concrete handvatten voor het leveren van goede zorg. Daarmee verminderen richtlijnen ongewenste praktijkvariatie, terwijl ze de gewenste praktijkvariatie juist behouden (patiëntgerichte zorg). Richtlijnen bieden transparantie aan de buitenwereld over hoe goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg eruitziet.

VvOCM was betrokken bij de ontwikkeling van de KNGF-Richtlijnenmethodiek en er zijn sindsdien meerdere gezamenlijke richtlijnen ontwikkeld die zowel gelden voor fysiotherapeuten als voor oefentherapeuten.

De fysiotherapeut en oefentherapeut handelen conform richtlijnen, waar deze voorhanden en van toepassing zijn. Daarnaast kunnen fysiotherapeuten en oefentherapeuten de richtlijn gebruiken voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden en voor het opstellen van (multidisciplinaire) samenwerkingsafspraken.

Richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaarden en vallen daardoor ook onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften. Zorgprofessionals waaronder fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen, en in sommige gevallen moeten, afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn, mits dit wordt gemotiveerd in het zorgdossier (Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012).

De beroepsverenigingen fysiotherapie en oefentherapie streven naar een dekkend en actueel richtlijnenhuis. De KNGF-richtlijnmethodiek beschrijft de criteria om een richtlijnmodule of een volledige richtlijn te herzien, of voor het ontwikkelen van een KNGF-richtlijn over een nieuw onderwerp. Hiervoor wordt de KNGF-richtlijnagenda ontwikkeld en actueel gehouden. Deze agenda geeft inzicht in de actualiteit en validiteit van bestaande KNGF-richtlijnen en de behoeften van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en stakeholders ten aanzien van nieuwe richtlijnen. In het KNGF-meerjarenbeleidsplan is budget gereserveerd voor de ontwikkeling of herziening van een of meerdere richtlijn(modules). Jaarlijks beslist het bestuur waaraan dit budget zal worden besteed. Op basis van de richtlijnagenda en het KNGF-meerjarenbeleidsplan adviseren de richtlijnadviseurs het bestuur over de onderwerpkeuze. De richtlijnagenda dient als onderbouwing voor het KNGF-jaarplan en het aanvragen van onder meer cofinanciering en externe subsidies.

Externe richtlijnen

Naast de ontwikkeling van fysiotherapeutische en oefentherapeutische richtlijnen participeren de beroepsgroepen in de ontwikkeling van externe richtlijnen. Een externe richtlijn is een richtlijn die en/of evidence-based product dat op initiatief van een andere partij, zoals een andere beroepsvereniging of patiëntenvereniging, wordt ontwikkeld of herzien. Hierbij worden de beroepsverenigingen uitgenodigd deel te nemen aan de ontwikkeling van de richtlijn of de herziening daarvan. In deze richtlijnen en/of evidence-based producten, staat de rol en positie beschreven van de fysio- en oefentherapie.⁵⁴⁻⁵⁶ Wanneer deze relevant zijn voor de fysiotherapie en oefentherapie en aansluiten bij de beroepsnormen wordt er geautoriseerd.

Tot aan het moment van schrijven is het KNGF betrokken bij 230 trajecten van externe richtlijn en/of evidence-based producten.⁵⁷ Een overzicht van de KNGF-richtlijnen, externe richtlijnen en andere evidence-based producten is beschikbaar via kngf.nl/kennisplatform.

5.5 Kwaliteitsindicatoren voor fysiotherapie en oefentherapie

5.5.1 Definitie van kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening waarvoor bewijs aanwezig is of waarover consensus bestaat dat ze een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteitsindicatoren zijn instrumenten die worden gebruikt als leidraad voor het bewaken, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van patiëntenzorg.

In paragraaf 5.5.2 wordt de ordening geschetst voor de kwaliteitsindicatoren, bestaande uit de typen kwaliteitsindicatoren en generieke versus specifieke kwaliteitsindicatoren. In paragraaf 5.5.3 worden de stappen beschreven om te komen tot een indicator, op basis van de 'Indicatorstool: ondersteuning bij (door)ontwikkeling indicatoren en/of indicatorsets' (Bijlage 4).⁵⁸ Per stap wordt beschreven welke stappen er al zijn genomen binnen de fysiotherapie en oefentherapie en wat de ambities zijn. Paragraaf 5.4 geeft een overzicht van geselecteerde onderwerpen voor generieke indicatoren.

5.5.2 Ordening van kwaliteitsindicatoren

Deze paragraaf beschrijft de ordening voor de indicatoren. In deze paragraaf worden drie onderdelen uitgewerkt: (1) een beschrijving van de verschillende typen indicatoren die worden opgenomen in het kwaliteitskader, (2) generieke versus specifieke indicatoren, (3) doelen voor het gebruik van indicatoren.

5.5.2.1 Beschrijving van de verschillende typen indicatoren

Deze paragraaf beschrijft de verschillende typen kwaliteitsindicatoren en de definitie (zie onderstaande tabel).

Type indicator en toelichting

<i>Indicator</i>	Een indicator is een meetbaar begrip dat een signalerende functie heeft en een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Het geeft een ja/nee antwoord of een percentage. Er bestaan verschillende typen indicatoren:
<i>Structuurindicator</i>	Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een fysiotherapeut met verbijzondering.
<i>Procesindicator</i>	Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Bijvoorbeeld het percentage patiënten met COPD dat jaarlijks door een fysiotherapeut met aantekening wordt behandeld.
<i>Uitkomstindicator</i>	Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Bijvoorbeeld het percentage patiënten met lage rugklachten dat na 5 consulten pijnvrij is.

5.5.2.2 Generieke versus specifieke indicatoren

Deze paragraaf beschrijft wat onder generieke en specifieke kwaliteitsindicatoren wordt verstaan en hoe specifieke kwaliteitsindicatoren opgedeeld kunnen worden in trunci.

Generieke indicatoren zijn onafhankelijk van de aandoening en van toepassing op alle patiënten binnen de fysiotherapeutisch en oefentherapeutische zorgverlening. Dit zijn bijvoorbeeld structuurindicatoren gericht op veiligheid van zorg of uitkomstindicatoren gericht op algemene gezondheidsuitkomsten zoals pijn, fysiek functioneren, kwaliteit van leven en ervaren gezondheid, die gemeten kunnen worden met patient reported outcome measures (PROMs). Generieke indicatoren kunnen zich ook richten op ervaren kwaliteit van zorg met behulp van patient-reported experience measures (PREMs).

Wanneer dit relevant is, kunnen ook indicatoren op een specifiek niveau ontwikkeld worden. Specifieke kwaliteitsindicatoren zijn gericht op categorieën van aandoeningen, de trunci, die hieronder in het kader uitgewerkt zijn. Ze kunnen echter ook gericht zijn op specifieke aandoeningen.

Trunci

De kwaliteitsindicatoren kunnen ook voor specifieke doelgroepen gelden op truncus-niveau. Hierbij kan de indeling van Stichting Keurmerk Fysiotherapie worden aangehouden (Microsoft Word - Dataverzameling SKF 2022v2.3.docx (keurmerkfysotherapie.nl))

De indeling van SKF bestaat uit de volgende trunci:

- (1) musculoskeetaal
- (2) centraal neurologisch en
- (3) respiratoir en cardiovasculair

5.5.2.3 Doelen voor het gebruik van indicatoren

Voor het gebruik van indicatoren worden drie doelen onderscheiden die waar mogelijk ook gecombineerd kunnen worden: (a) gebruik in de individuele patiëntenzorg voor samen beslissen, monitoring en evaluatie van de behandeling; (b) gebruik voor interne kwaliteitsverbetering, waarbij geaggregeerde uitkomsten op populatieniveau worden gebruikt voor leren en verbeteren; (c) gebruik voor externe transparantie waarbij geaggregeerde uitkomsten worden gebruikt als keuze-informatie voor patiënten of zorginkoop door zorgverzekeraars.⁵⁹

5.5.3 Stappen om te komen tot een indicator

Deze paragraaf beschrijft 13 stappen om te komen tot een indicator op basis van de 'Indicatorstool: ondersteuning bij (door)ontwikkeling indicatoren en/of indicatorsets'.⁵⁸ Details van de indicatorstool zijn beschreven in bijlage 4. Deze paragraaf beschrijft per stap welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen en wat de ambities zijn. Bijlage 5 geeft een overzicht van onderwerpen waarvoor generieke en specifieke indicatoren ontwikkeld kunnen worden op basis van toepassing van de indicatorstool.

5.5.3.1 Doelbepaling

Stap 1. Doel

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Binnen de fysiotherapie en oefentherapie worden meetinstrumenten primair ingezet in de individuele patiëntenzorg om op basis van de resultaten met de patiënt keuzes te maken binnen het proces van methodisch handelen. Dit kunnen beslissingen zijn om een bepaalde interventie wel of niet te starten, door te verwijzen naar een andere zorgverlener of de behandeling te stoppen. Voor het doel leren & verbeteren worden dashboards met feedback van gegevens uit de LDF, LDK en LDO gebruikt binnen modules voor intervisie en peer review. Ten aanzien van keuze-informatie wordt gebruik gemaakt van generieke structuurindicatoren zoals inschrijving in het BIG-register en private registers. De uitkomst van deze indicatoren (wel/niet ingeschreven) wordt gebruikt als keuze-informatie voor patiënten om te bepalen naar welke fysiotherapeut ze kunnen gaan. Ook wordt de inschrijving in registers gebruikt voor zorginkoop. Er zijn nog geen procesindicatoren en uitkomstindicatoren beschikbaar voor keuze-informatie en zorginkoop.^{4,60}

Stap 2. Doelgroep

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Er is een traject ingezet om een generieke indicator te ontwikkelen die mogelijk ingezet zou kunnen worden voor leren & verbeteren en zorginkoop. Dit project, Resultaatindex fysiotherapie/oefentherapie is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van volksgezondheid (VWS). De Resultaatindex is om pragmatische redenen ontwikkeld bij musculoskeletale klachten, maar is mogelijk ook te vertalen naar andere aandoeningen.

Voor verschillende doelgroepen worden meetinstrumenten ingezet als indicator in de individuele patiëntenzorg en voor leren en verbeteren zoals hierboven beschreven in stap 1. De inzet van dergelijke instrumenten is gekoppeld aan de doelgroep waarvoor dit instrument gevalideerd is. Met betrekking tot keuze-informatie zijn registers beschikbaar, zowel voor de generieke populatie (BIG, individueel en praktijkregister) als specifieke populaties (deel- en aantekeningenregisters). Op basis van bestaande richtlijnen en ontwikkeling van minimale datasets zijn indicatorensets ontwikkeld voor verschillende doelgroepen:

- Artrose heup-knie
- Reumatoïde artritis
- COPD
- Lage rugpijn

Stap 3. Zorgpad

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Het zorgpad, binnen dit Kwaliteitskader de patiëntreis genoemd, staat generiek beschreven in het Beroepsprofiel. Voor specifieke doelgroepen staan de patiëntreizen veelal beschreven in (fysiotherapeutisch/oefentherapeutische en/of externe) richtlijnen. Ook de relevante fases staan in deze kwaliteitsproducten (Beroepsprofiel en richtlijnen) vermeld.

Op generiek niveau is besloten een indicator te ontwikkelen op basis van de Resultaatindex. Zoals beschreven in stap 2 zijn voor enkele specifieke doelgroepen (artrose heup-knie, reumatoïde artritis, COPD en lage rugpijn) indicatorensets ontwikkeld.

Stap 4. Inventariseren en selecteren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen?

Op generiek niveau is bij de ontwikkeling van de Resultaatindex gezocht naar meetinstrumenten die reeds routinematig verzameld worden.

Voor enkele specifieke onderwerpen (artrose heup-knie, reumatoïde artritis, COPD en lage rugpijn) is geïnventariseerd of er reeds indicatoren beschikbaar zijn of ontwikkeld kunnen worden. Ook is voor deze onderwerpen een lijst met optionele indicatoren opgesteld, doorgenomen met eindgebruikers en getest aan de hand van data die in de individuele patiëntenzorg verzameld worden. Dat heeft geresulteerd in kernsets met indicatoren die door middel van een tripartiete consensusprocedure zijn ontwikkeld.

5.5.3.2 Vaststellen

Stap 5. Beschrijving indicatoren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Op generiek niveau is voor de Resultaatindex beschreven wat de indicator inhoudt en wat de relevantie is om deze toe te passen voor leren en verbeteren en externe transparantie.

Voor enkele specifieke doelgroepen (artrose heup-knie, reumatoïde artritis, COPD en lage rugpijn) is dit beschreven.

Stap 6. Definiëring indicatoren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Op generiek niveau is de Resultaatindex gedefinieerd op basis van type, afbakening, datatype, rekenregel en meetperiode & frequentie.

Voor enkele specifieke doelgroepen (artrose heup-knie, reumatoïde artritis, COPD en lage rugpijn) is dit ook gedaan.

Stap 7 Verkrijgen van goede gegevens

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Op generiek niveau is voor de Resultaatindex beschreven hoe data dient te worden geregistreerd, verwerkt en aangeleverd. Voorbeelden hiervan zijn registratie middels de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), Keurmerk Database (LDK) en landelijke database oefentherapie (LDO), dossieranalyse tijdens een visitatie of beoordeling door peers tijdens intervisie/peer learning. Hierbij wordt gebruik gemaakt van data die reeds routinematig wordt verkregen. Voor enkele specifieke doelgroepen (artrose heup-knie, reumatoïde artritis, COPD en lage rugpijn) is dit ook beschreven.

Stap 8 Testen van indicatoren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Voor de Resultaatindex heeft men retrospectief gekeken naar routinematig verzamelde data om zicht te krijgen op de klinimetrische eigenschappen.

Voor twee specifieke onderwerpen (COPD en lage rugpijn) is in het kader van het project Minimale Dataset (MDS) de indicatorenset getest in de praktijk om zicht te krijgen op validiteit, betrouwbaarheid en implementeerbaarheid.

Stap 9. Beoordelen van indicatoren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Met de validering van de Resultaatindex is een eerste stap gezet door deze testen bij een groep fysiotherapeuten.

Voor twee specifieke onderwerpen (COPD en lage rugpijn) is in het kader van het project Minimale Dataset (MDS) de indicatorenset beoordeeld op inhoudsvaliditeit, vertekening en betrouwbaarheid.

Stap 10 Vaststellen indicatoren

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Op generiek niveau is de Resultaatindex vastgesteld met als onderliggend doel leren & verbeteren, maar niet voor het doel keuze-informatie.

Voor twee specifieke onderwerpen (COPD en lage rugpijn) is in het kader van het project Minimale Dataset (MDS) de indicatorenset vastgesteld met als onderliggend doel leren & verbeteren, maar niet voor het doel keuze-informatie.

Met betrekking tot het doel keuze-informatie is tot op heden nog geen indicatorenset geschikt gebleken. Wel zijn met betrekking tot het doel keuze-informatie registers (BIG en privaat) vastgesteld die als indicator dienen voor patiënten en zorginkoop.

5.5.3.3 Gebruiken

Stap 11. Aanbieden aan het Register

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Momenteel zijn er nog geen indicatoren aangeboden aan het Register.

Stap 12. Implementeren in de praktijk

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Ten aanzien van samen beslissen worden meetinstrumenten gebruikt om samen met de patiënt zorggerelateerde keuzes te maken (zie stap 1). Voor het doel samen leren & verbeteren zijn momenteel nog niet structureel indicatoren geïmplementeerd. Ten aanzien van keuze-informatie wordt gebruik gemaakt van indicatoren middels inschrijving in het BIG-register en private registers (zie stap 1). Andere indicatoren(sets) zijn momenteel nog niet geïmplementeerd.

Stap 13. Onderhoud en implementatie

Welke stappen er binnen de fysiotherapie en oefentherapie al zijn genomen

Momenteel zijn er nog geen indicatorensets (anders dan de registers) geïmplementeerd in de praktijk.

5.6 Informatie voor de patiënt

Onder kwaliteitsinformatie wordt informatie verstaan die transparant gemaakt kan worden vanuit de in dit hoofdstuk genoemde systemen en die iets zegt over de verschillende domeinen van kwaliteit.

5.6.1 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor de patiënt

Voorafgaand, tijdens en na de behandeling van een fysiotherapeut of oefentherapeut zijn er momenten waarop een patiënt aanvullende informatie nodig heeft. Deze momenten staan hieronder nader toegelicht.

Welke informatie is van belang voor de patiënt om een keuze voor een aanbieder of behandeling te kunnen maken?

Patiënten hebben relevante informatie nodig om weloverwogen keuzes te maken voor een fysiotherapeut of oefentherapeut of een bepaalde vorm van zorg. Het beschikbaar stellen van relevante informatie voor patiënten door zorgverleners is één van de onderdelen van de bestuurlijke afspraken paramedische zorg en verplicht vanuit de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028).⁶¹ De beroepsverenigingen en de Patiëntenfederatie Nederland ontwikkelen materialen voor fysio- en oefentherapeuten om patiënten van relevante en betrouwbare informatie te voorzien.

De checklist 'etalage-informatie voor de patiënt' is ontwikkeld door de taakgroep 'informatie voor patiënten' van de bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022. De checklist adviseert zorgverleners welke relevante informatie ze op websites en praktijklocaties kunnen opnemen om patiënten goed te informeren. Deze checklist bevat items die patiënten belangrijk vinden om terug te vinden op de websites van paramedici. Het is aan de zorgaanbieders om te bepalen hoe ze deze informatie ontsluiten (zie bijlage 6) Aanvullend op de checklist etalage-informatie vinden patiënten het belangrijk om te weten wanneer ze terecht kunnen en of de praktijk een wachtlijst heeft. Het communiceren over de wachttijd is een verplichting vanuit de Regeling transparantie zorgaanbieders.

Aan welke voorwaarden moet de informatie voldoen zodat deze kan worden ingezet om een keuze voor een aanbieder of behandeling te maken?

Fysiotherapeutische of oefentherapeutische keuze-informatie voor patiënten moet relevant, volledig, betrouwbaar, begrijpelijk en toegankelijk zijn (zie bijlage 6b). De beroepscode voor de Fysiotherapeut en de Oefentherapeut biedt handvatten met betrekking tot informatievoorziening in de relatie fysiotherapeut of oefentherapeut en patiënten over profilering en publiciteit. Voorwaardelijk voor gebruik van indicatoren als keuze-informatie voor de patiënt is dat deze is ontwikkeld volgens de 'Indicatortool: ondersteuning bij (door)ontwikkeling indicatoren en/of indicatorsets' (zie H5.5).

Hoe wordt deze informatie toegankelijk gemaakt?

Het verstrekken van keuze-informatie is cruciaal om patiënten te ondersteunen bij het maken van geïnformeerde beslissingen. Fysiotherapeutische en oefentherapeutische keuze-informatie voor patiënten wordt op verschillende manieren en in verschillende vormen toegankelijk gemaakt:

a. *Websites van fysio-/ en oefentherapiepraktijken:*

Individuele fysiotherapie/oefentherapiepraktijken hebben vaak hun eigen websites waar ze informatie verstrekken over hun expertise, behandel mogelijkheden, tarieven en contactgegevens. Dit kan waardevolle informatie zijn wanneer een iemand gericht opzoek is naar en behandelaar of een bepaalde behandelvorm.

b. *www.defysiotherapeut.com en www.oefentherapie.nl:*

Deze consumentenwebsites bieden informatie over fysiotherapie en oefentherapie. Ze bevatten onder andere een zorgzoeker waarmee patiënten een fysiotherapeut of oefentherapeut kunnen vinden op basis van locatie en erkende aanvullende scholing. De zorgzoeker van de fysiotherapeut kan ook in de EPD's van andere zorgverleners worden geraadpleegd. Daarnaast geven de websites informatie over 'wat je zelf kunt doen', 'behandelmogelijkheden', 'vorm, duur en intensiteit van een behandeling', 'verwachte resultaten' en 'kosten en vergoedingen'. Er wordt intensief samengewerkt en verwezen naar platforms als thuisarts en informatie van de patiëntenverenigingen.

c. *www.zorgkaartnederland.nl*

Dit is de website van de Patiëntenfederatie Nederland waarop patiënten ervaringen met de zorg kunnen delen. De website biedt mensen informatie om te kunnen kiezen voor een zorgverlener die het beste bij hen past.

d. *Keurmerken en kwaliteitsregistraties:*

Deze registers bevatten informatie over fysiotherapeuten en oefentherapeuten die hun kwalificaties en expertise op een objectiveerbare manier kenbaar willen maken. Keurmerken en kwaliteitsregistraties kunnen patiënten helpen bij het identificeren van fysiotherapeuten en oefentherapeuten die voldoen aan gezamenlijk bepaalde kwaliteitsnormen. Patiënten kunnen hier zien of een therapeut is geregistreerd, welke erkende verbijzonderingen en aantekeningen zij hebben behaald en of een praktijk voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen en transparantie biedt over de geleverde zorg. Registers en Keurmerken bevatten generieke informatie. Patiënten vinden geen informatie over welke behandelaar aansluit bij hun specifieke situatie en voorkeuren.

Informatie tijdens de behandeling

De fysiotherapeut of oefentherapeut kan gebruikmaken van visuele hulpmiddelen, zoals diagrammen, modellen of illustraties, om de patiënt te helpen de informatie beter te begrijpen. Daarnaast kan verzamelde data inzicht geven in het verloop en de verwachtingen van een behandeling (patients like me). Deze visuele ondersteuningsmiddelen kunnen een veelheid aan informatie en complexe concepten eenvoudiger en overzichtelijker maken, zodat de patiënt beter in staat is om geïnformeerde keuzes te maken.

Informatie na een behandeling

Bij het afsluiten van een behandeltraject is er ook sprake van een informatie moment. Naast tips en adviezen om recidieven te voorkomen, kan het wenselijk zijn de patiënt te informeren over mogelijkheden om (onder begeleiding) te blijven bewegen in de nuldelijn. Hiervoor kan de fysiotherapeut of oefentherapeut gebruik maken van zijn of haar netwerk (zie hoofdstuk 3.2).

Kortom, doelmatige informatievoorziening speelt een cruciale rol in het ondersteunen van geïnformeerde, gezamenlijke besluitvorming en het bevorderen van efficiëntie in de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg. Het biedt patiënten de nodige kennis en inzichten om weloverwogen keuzes te maken, beslissingen te nemen en actie te ondernemen. Door te zorgen voor relevante, betrouwbare, begrijpelijke, volledige en toegankelijke informatie kunnen zorgverleners en organisaties de effectiviteit en efficiëntie van de zorg verbeteren, de patiënttevredenheid verhogen en de uitkomsten van zorg optimaliseren.

5.6.2 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor continue leren en verbeteren

Om te leren en te verbeteren is kritische reflectie op het handelen in de praktijk en constructieve feedback nodig. Daarvoor kunnen data en normen voor kwaliteit gebruikt worden zoals indicatoren en richtlijnen. Dashboards zoals de Landelijke Database Fysiotherapie, Landelijke Database Kwaliteit en de Landelijke Database Oefentherapie ondersteunen het zoeken naar van data en bieden inzicht in resultaten op individueel niveau, praktijkniveau en op het niveau van de beroepsgroep waardoor het benchmarking mogelijk wordt. Verschillen in proces- structuur- of uitkomstdata worden niet genormeerd, maar vormen input voor analyse binnen de professionele leer groep om te zoeken naar verklaringen. Voorwaarde om te leren in professionele leer groepen is een veilige leeromgeving waarin alle mensen durven delen wat ze doen en denken.

5.6.3 Visie op gebruik van kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

Voor zorgverzekeraars is het uitgangspunt dat mensen zich kunnen verzekeren voor toegankelijke, op systeemniveau betaalbare fysio- en oefentherapeutische zorg van goede kwaliteit. In de visie van Zorgverzekeraars Nederland wordt op de eerste plaats gekeken wat dit betekent voor de patiënt. Er wordt uitgegaan van het feit dat patiënten goede zorg krijgen, samen zorgkeuzes met hun zorgverlener maken en dat hun ervaringen medebepalend zijn voor de kwaliteit van zorg. De principes van passende zorg m.b.t. 'samen beslissen' en 'gezondheid i.p.v. ziekte' zien zorgverzekeraars in dat licht als cruciale uitgangspunten.

Zorgverzekeraars willen via duurzame (inkoop)-relaties met zorgaanbieders bijdragen aan kwaliteit van zorg. De ondergrens voor het inkopen van zorg is die zorg die voldoet aan de basiskwaliteit zoals die door de beroepsgroep is gedefinieerd. Via zorginkoop stimuleren zorgverzekeraars een ontwikkeling gericht op kwaliteitsverbetering en passende zorg. Dit kunnen zij doen op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Zorgverzekeraars toetsen of die richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en indicatoren bijdragen aan de lerende en gezamenlijke beweging naar passende zorg.

Zorgverzekeraars hebben op dit moment weinig zicht op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit maakt sturen op kwaliteit via inkoop moeilijk. Dit kwaliteitskader is daarom belangrijk. Zowel nieuwe als bestaande vormen van zorg dienen te voldoen aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. De zorg dient effectief en doelmatig bij te dragen aan de kwaliteit van leven.

Transparantie van kwaliteit van zorg is essentieel. Dit is van belang voor zorgaanbieders om te leren en verbeteren. Verder is het zowel voor de zorgverlener als voor de patiënt van belang voor het onderbouwen van zorgkeuzes. Voor het inkopen van passende zorg en het stimuleren van kwaliteit door zorginkoop is de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie noodzakelijk.

Ten aanzien van het passende zorg principe 'de juiste zorg op de juiste plaats' kijken zorgverzekeraars bij hun zorginkoop naar concentratie of spreiding van zorg op basis van kwaliteitseisen en competenties. Ook gaat het hierbij om waar zorg informeel of digitaal kan en waar formele zorg noodzakelijk is. Het principe is ook van belang om innovaties of ontwikkelingen te stimuleren die nodig zijn om de zorg op verschillende niveaus te behouden.

De beschreven opzet van het individuele register en het praktijkregister is belangrijk. Hierbij zijn continu leren en verbeteren met visitaties en het verzamelen van data de norm. Voor zorgverzekeraars is het noodzakelijk dat de kwaliteitsinformatie over kwalificaties van de zorgverleners transparant is, evenals de kwaliteit van de geleverde zorg. En dat informatie over de kwaliteit van de zorg op voldoende diepgaand niveau beschikbaar is. Met die informatie kunnen zorgverzekeraars hun rol in het stelsel vervullen, zorg inkopen voor hun verzekerden en een bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg.

5.7 Ambities van fysiotherapie en oefentherapie naar (meer) passende zorg

Op basis van de voorgaande hoofdstukken zijn ambities geformuleerd en onderverdeeld naar de 4 principes van passende zorg. In hoofdstuk 3.3.5. is, naast de principes van passende zorg, ook de transitie naar passende zorg beschreven. Omdat de ambities gericht zijn op de toekomst is er voor gekozen om transitie niet losstaand te beschrijven bij deze paragraaf.

5.7.1 Ambitieniveau 1: Fysiotherapie en oefentherapie is waardegedreven

Een heldere en toekomstbestendige beschrijving van de vakgebieden fysiotherapie en oefentherapie, waarin (samen) leren en verbeteren een centrale rol speelt, vormt de basis voor veilige en effectieve fysiotherapie en oefentherapie. Transparantie over wat wél en wat géén fysiotherapie of oefentherapie is, schept de noodzakelijke kaders voor de dagelijkse zorg in de praktijk, de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied en voor het opstellen van behandelrichtlijnen voor doelmatige

fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg voor patiëntgroepen. Dit leidt tot de volgende ambities met bijbehorende resultaten¹¹ voor de beroepsverenigingen:

1. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren passende zorg door het voeren van een consistent kwaliteitsbeleid.
2. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren veilige zorg conform vigerende wet- en regelgeving.¹²
3. De beroepsverenigingen fysiotherapie en oefentherapie dragen zorg voor het implementeren van aanbevolen fysiotherapeutische en oefentherapeutische interventies en het de-implementeren van niet-aanbevolen fysiotherapeutische en oefentherapeutische interventies.^{6,7}
4. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren in toenemende mate (kosten)effectieve en veilige zorg door structureel onderzoek naar – en onderbouwing van – fysio- en oefentherapeutische interventies.
5. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten reflecteren kritisch op het eigen handelen ten behoeve van de professionele ontwikkeling en kwaliteit van zorg voor de patiënt.
6. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten verzamelen, interpreteren en gebruiken data in de dagelijkse zorg voor de patiënt en voor praktijkvoering.
7. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten gebruiken generieke uitkomstindicatoren om te leren en te verbeteren en voor externe transparantie¹³.
8. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten ontwikkelen en gebruiken waar nodig specifieke kwaliteitsindicatoren voor trunci of enkele nader vast te stellen aandoeningen om te leren en te verbeteren.
9. Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners ontzorgt de patiënt en draagt bij aan de veiligheid van zorg.

5.7.2 Ambitieniveau 2: Fysiotherapie en oefentherapie komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.

Samen beslissen is geen vanzelfsprekendheid binnen de zorg. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat samen beslissen nog niet volledig is geïmplementeerd in het fysiotherapeutisch en oefentherapeutisch handelen ondanks de beschikbaarheid van verschillende tools om het proces te ondersteunen.⁶³ Fysiotherapeuten en oefentherapeuten denken de principes van samen beslissen

¹¹ De resultaten welke volgen uit de ambities worden beschreven en uitgewerkt in hoofdstuk 7: de ontwikkelagenda.

¹² VvOCM realiseert deze ambitie voor zover deze past binnen de kennisagenda en voor zover daar middelen voor zijn.

¹³ In aansluiting op uitkomst indicatorentool

goed toe te passen, maar dat wordt niet altijd zo ervaren door de patiënten. Er is meer aandacht nodig voor de implementatie van samen beslissen, specifiek gericht op kennis over samen beslissen en de bijbehorende vaardigheden. Hiervoor zijn 'tools' nodig om zowel de fysiotherapeut en oefentherapeut als de patiënt hierin te kunnen ondersteunen.

Dit leidt tot de volgende ambitie voor de beroepsverenigingen met bijbehorende resultaten¹⁴:

1. Samen beslissen is een integraal onderdeel van de zorg van fysiotherapeuten en oefentherapeuten.
2. Het ondersteunen van de patiënt in het (kunnen) samen beslissen door het faciliteren en stimuleren van het gebruik van keuze-informatie en beslisondersteuning, waar dit passend is.

5.7.3 Ambitieniveau 3: Fysiotherapie en oefentherapie vindt plaats op de juiste plek

Zorg wordt steeds meer georganiseerd rondom patiënten in hun eigen omgeving. Mensen worden gestimuleerd langer thuis te (blijven) wonen of na ziekenhuisopname weer zo snel mogelijk naar huis te gaan. Daarvoor is een goede samenwerking en informatie-uitwisseling met formele en informele zorgverleners nodig. Een bewezen kosteneffectieve interventie is de methode Coach-2-Move gericht op beperkingen in het bewegend functioneren van kwetsbare ouderen.^{64,65} Tegelijk is het belangrijk dat de zorg organiseerbaar en toegankelijk blijft voor mensen die fysiotherapie of oefentherapie nodig hebben. Digitale zorg zal hierin een meer prominente rol gaan spelen.

Dat leidt tot de volgende ambities voor de beroepsverenigingen met bijbehorende resultaten¹⁵:

1. Digitale zorg en efficiënte aanbiedingsvormen van therapie vormen een passend onderdeel van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg waarmee een doelmatige inzet van dure infrastructuur en schaars personeel wordt nagestreefd.
2. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken en organiseren de zorg domein- en sector overstijgend ten behoeve van de patiënt.

¹⁴ De resultaten welke volgen uit de ambities worden nader toegelicht en uitgewerkt in hoofdstuk 7 de ontwikkelagenda.

¹⁵ De resultaten welke volgen uit de ambities worden nader toegelicht en uitgewerkt in hoofdstuk 7 de ontwikkelagenda.

3. Verbeteren van de vindbaarheid van fysiotherapeuten en oefentherapeuten met specifieke expertise om intra- en interprofessionele samenwerking te ondersteunen.

5.7.4 Ambitieniveau 4: Fysiotherapie en oefentherapie gaat over gezondheid in plaats van ziekte

Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg zullen bepaalde rollen van de fysiotherapeut en oefentherapeut (zoals beschreven in 3.2.2) prominenter worden. Zoals de rol van 'samenwerker' en 'gezondheidsbevorderaar' met als doel de gezondheid van patiënten te verbeteren en gezondheidsverschillen te reduceren.¹⁸

Dit leidt tot de volgende ambities voor de beroepsverenigingen met bijbehorende resultaten¹⁶:

1. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken en organiseren de (preventieve) zorg lokaal en regionaal ter bevordering van veerkracht, welzijn en welbevinden van de individuele patiënt en de lokale/sociale gemeenschap.⁶⁶

¹⁶ De resultaten welke volgen uit de ambities worden nader toegelicht en uitgewerkt in hoofdstuk 7: de ontwikkelagenda.

6. Kwaliteitseisen

6.1 Kwaliteitseisen voor informatievoorziening¹⁷

Transparante kwaliteitsinformatie over fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg draagt bij aan verantwoording van de geleverde zorg, biedt keuzevrijheid aan patiënten, geeft vertrouwen aan de maatschappij en stimuleert voortdurende verbetering van de zorg.

Om de kwaliteit van fysiotherapie en oefentherapie te bewaken, evalueren en verder te ontwikkelen, is informatie op structuur-, proces- en uitkomstniveau essentieel. Tijdens het therapeutische proces worden behandelgegevens vastgelegd in een dossier, veelal een elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze behandelgegevens ondersteunen fysiotherapeuten en oefentherapeuten bij het bespreken, formuleren en evalueren van behandeldoelen en -resultaten, in samenspraak met de patiënt. Om uniformiteit van het vastleggen van deze gegevens te vergroten, zijn er richtlijnen ten aanzien van dossiervoering.

Vastgelegde behandelgegevens bieden veel informatie over patiënten, klachtenbeelden, de geleverde zorg en de uitkomsten. Deze informatie moet nauwkeurig, betrouwbaar en actueel zijn, afkomstig van betrouwbare bronnen en verzameld volgens transparante en gestandaardiseerde methoden. Voor fysiotherapie en oefentherapie worden deze gegevens verzameld in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), Landelijke Database Kwaliteit (LDK) en Landelijke Database Oefentherapie (LDO). Deze databases voldoen aan de wettelijke eisen op het gebied van beveiliging, privacy en gegevensuitwisseling en ethische richtlijnen. Dit zorgt voor de borging van de kwaliteit en integriteit van de verzamelde informatie (data) in deze databases.

De behandelgegevens, verzameld via de databases, kunnen worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënt, wetenschappelijk onderzoek en beleidsbepaling. Zo worden er bijvoorbeeld jaarlijks gegevens gepubliceerd over fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg (via factsheets en/of rapportages), die inzicht geven in de geleverde zorg.

¹⁷ Zie ook H5.7 ambities

6.2 Kwaliteitseisen voor richtlijnen en andere evidence-based producten

De ontwikkeling van KNGF-richtlijnen vindt plaats conform de AQUA-leidraad die binnen de context van de fysiotherapie verwerkt is in de KNGF-Richtlijnenmethodiek (versie 3, KNGF 2022). De KNGF-richtlijnenmethodiek beschrijft het beleid rond het ontwikkelen, het onderhouden en het implementeren van KNGF-richtlijnen. Deze methodiek is in 2019 internationaal geaccrediteerd door Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM) op basis van gevalideerde criteria volgens AGREE II.⁶⁷ Het KNGF is internationaal gezien koploper op het gebied van richtlijnen voor de fysiotherapie. Sinds 2018 worden de KNGF-richtlijnen ontwikkeld in samenwerking met de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).⁵⁷

Om een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk wordt het werkveld van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en aanverwante beroepsgroepen en patiëntenverenigingen intensief betrokken bij het ontwikkelen van een richtlijn. Tijdens het ontwikkelproces van de richtlijn wordt via diverse kanalen gecommuniceerd over nieuwe of herziene richtlijnen. In de laatste fase van de richtlijnontwikkeling wordt in samenwerking met de werkgroep van de richtlijn en de richtlijnadviseur gestart met het opstellen van een implementatieplan. Een KNGF-richtlijn of richtlijnmodule is klaar voor publicatie als deze is geautoriseerd door het KNGF-bestuur/ VvOCM-bestuur. De beroepsverenigingen brengen de richtlijn zowel nationaal als internationaal onder de aandacht. De implementatie is gericht op deskundigheidsbevordering van de fysiotherapeut en oefentherapeut en op positionering van de fysiotherapie en oefentherapie in het bredere zorglandschap. Aan de hand van een implementatieplan waarin implementatiedoelstellingen en -strategieën staan beschreven, worden implementatieproducten en -activiteiten ontwikkeld.

Voor de ontwikkeling van andere evidence based producten wordt het kader evidence based producten gebruikt, dat in 2024 aan de KNGF-Richtlijnenmethodiek wordt toegevoegd.

De wijze van ontwikkeling en herziening van kwaliteitsdocumenten is reeds beschreven in hoofdstuk 4. 'Beroepsstandaarden'. Het kwaliteitskader biedt een gemeenschappelijk referentiekader waarin de eisen en normen vanuit wet- en regelgeving, beroepsorganisaties en professionele richtlijnen worden samengebracht. Het legt vast hoe deze verschillende kaders elkaar aanvullen en versterken, zodat er een samenhangend geheel ontstaat voor de ontwikkeling en herziening van kwaliteitsdocumenten.

De beschreven ambities voor cyclisch verbeteren, borgen dat kwaliteitsdocumenten periodiek worden aangepast aan nieuwe wetenschappelijke inzichten, veranderende zorgbehoeften en maatschappelijke en technologische ontwikkelingen.

6.3 Organisatie, samenwerking, coördinatie en uitvoering van zorgactiviteiten en behandelprogramma's

Zie ook hoofdstuk 3.2.2. 'indicatie voor fysiotherapie en oefentherapie', 3.2.3. 'de rollen van de fysiotherapeut/oefentherapeut', en 3.2.4. 'vormen van fysiotherapeut/oefentherapeutische zorg',

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken samen met diverse zorgprofessionals, zoals huisartsen, medisch specialisten, psychologen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Als samenwerkingspartner initiëren fysiotherapeuten en oefentherapeuten intra- en interprofessionele samenwerking om de juiste zorg te organiseren en te bieden. Ze zijn op de hoogte van de expertise van andere zorgverleners en verwijzen patiënten naar hen indien nodig. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten informeren zowel patiënten als samenwerkingspartners over hun eigen vakgebied, zodat patiënten met bewegingsgerelateerde hulpvragen naar de fysiotherapeut of oefentherapeut worden verwezen.

Bij toenemende chronische aandoeningen en multimorbiditeit is interprofessionele samenwerking cruciaal om de zorg rondom de patiënt af te stemmen. Een fysiotherapeut/oefentherapeut kan zowel mono- als multidisciplinaire zorg leveren. In monodisciplinaire zorg werkt de fysiotherapeut en oefentherapeut zelfstandig en draagt hij/zij de volledige verantwoordelijkheid. In multidisciplinaire zorg maakt de fysiotherapeut en oefentherapeut deel uit van een team dat samenwerkt om de zorg te optimaliseren. Hierbij brengt de fysiotherapeut en oefentherapeut zijn expertise in, richt zich op meerdere aspecten van gezondheid en welzijn, en past de behandeling aan op de behoeften van de patiënt.

De meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking is een holistische benadering van de zorg, waarbij elk teamlid zijn specifieke expertise inbrengt voor gepersonaliseerde zorg. Dit leidt tot betere behandelresultaten, verbeterde kwaliteit van leven en hogere patiënttevredenheid. Het zorgpad, de rollen van de disciplines, start- en stopcriteria en behandelrichtlijnen worden beschreven in richtlijnen van beroepsverenigingen en externe instanties.

Lokale, regionale en landelijke samenwerkingsstructuren en academische expertisecentra kunnen de samenwerking ondersteunen.

Fysiotherapie en oefentherapie kunnen in verschillende vormen worden geleverd, zoals fysieke zorg op locatie, zorg op afstand via e-health of blended care.

6.4 Draagvlak, uitvoering en implementatie

Dit kwaliteitskader is onderdeel van een programma dat op verzoek van VWS wordt uitgevoerd en gericht is op het realiseren van passende fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg. Het rapport van het Zorginstituut 'Passende Zorg voor fysiotherapie en oefentherapie; Samen in beweging naar besluitvorming over een aanspraak op passende eerstelijns fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg uit het basispakket'¹ beschrijft de volledige programmalijn. De uitvoering van de ontwikkelprojecten die passend bij de in paragraaf 5.7 aangegeven ambities in hoofdstuk 7 zijn aangegeven, als ook de implementatie van dit kwaliteitskader in de eerstelijns fysiotherapie en oefentherapie, kan dan ook niet los worden gezien van de totale programmalijn en het uiteindelijke advies ten aanzien van de aanspraak op fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg die kan worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Bij het opstellen van dit kwaliteitskader is nadrukkelijk gebruik gemaakt van het kader passende zorg. Passende zorg is een gezamenlijke beweging waarin alle betrokken partijen (patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en zorgverzekeraars) een rol en verantwoordelijkheid hebben. Deze gezamenlijkheid staat ook centraal bij het faciliteren van de ontwikkelprojecten en het creëren van draagvlak voor implementatie van het kwaliteitskader.

Voor de uitvoering van de ontwikkelprojecten en voor de implementatie van het kwaliteitskader als geheel, inclusief de resultaten van de ontwikkelprojecten, zijn nog veel randvoorwaarden in te vullen. Deze hebben een inhoudelijke, organisatorische en financiële component. Voor de ontwikkelprojecten die in hoofdstuk 7 zijn beschreven wordt een plan van aanpak opgesteld, waarin ook de tijdsfasering, de betrokken partijen en de benodigde financiële middelen zijn uitgewerkt. Daarnaast wordt een implementatieplan uitgewerkt om het draagvlak in de gehele beroepsgroepen van fysiotherapie en oefentherapie te vergroten en de toepassing van het kwaliteitskader te bevorderen. Aangezien het kader van groot belang is voor alle eerstelijns fysiotherapeuten en oefentherapeuten en de praktijkorganisaties waarin zij werkzaam zijn, zal de implementatie veel tijd en financiële middelen vergen. Zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande structuren en methoden voor implementatie, waarbij duidelijk is dat de intensiteit daarvan sterk moet worden opgeschroefd. Een aantal implementatie-activiteiten moet binnen een praktijk worden uitgevoerd, waarvoor de nodige ruimte moet worden geboden. Ook voor het

participeren in projecten die gericht zijn op het bevorderen van de samenwerking, organisatie, innovatie en evaluatie van de eerstelijns zorg of in de ketenzorg voor patiënten met een bepaalde aandoening, zijn stimuleringsgelden noodzakelijk.

Het plan van aanpak voor de ontwikkelprojecten en het implementatieplan zijn onlosmakelijk verbonden aan het Kwaliteitskader en zullen tegelijk daarmee worden aangeboden aan het Register van het Zorginstituut.

7. Ontwikkelagenda en implementatie

In dit hoofdstuk zijn de gemeenschappelijke ambities van de beroepsverenigingen¹⁸ uit hoofdstuk 3, 4 en 5 uiteengezet. In tabel 6 zijn per ambitie de resultaten, het hoofdstuk dat daar betrekking op heeft, de doorloop, en de termijn weergegeven. De beschreven ambities en resultaten hebben een maximale doorlooptijd van 3 jaar. Over 2 jaar worden de ambities geëvalueerd op resultaat, voorwaarden en voortgang. Aan de hand van de evaluatie zal bepaald worden of er vervolgacties nodig zijn om het beoogde resultaat te behalen.

¹⁸ VvOCM participeert in voor de beroepsgroep oefentherapeuten relevante en haalbare onderdelen van deze ambities

Tabel 2. Ambities, beoogde resultaten, hoofdstuk, doorloop, termijn

Fysiotherapie en oefentherapie is waardegedreven						
#	Ambitie	#	Resultaat	Hoofdstuk	Doorloop	Termijn
1	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren passende zorg door een consistent kwaliteitsbeleid ten aanzien van het vakgebied.	1a	De Kwaliteitsraad Fysiotherapie/het beleidsteam VvOCM bepaalt wat tot het vakgebied fysio-/oefentherapie behoort, door jaarlijks ten minste drie standpunten ten aanzien van therapieën vast te stellen of te herzien (KNGF-Standpunten ten aanzien van therapieën/VvOCM standpunt domein)	3.3.1, 5.2.1.1 en 5.2.1.2	Jaarlijks	Vanaf 2024 en verder
		1b	De beroepsverenigingen implementeren en borgen nieuwe of herziene standpunten ten aanzien van therapieën in de dagelijks zorg door fysio-/oefentherapeuten middels gerichte communicatie en/of scholing en opname in de professionele standaard.	3.3.1, 5.2.1.1 en 5.2.1.2	Jaarlijks	Vanaf 2024 en verder
		1c	Minimale competenties voor het uitoefenen van het vak fysio- en oefentherapeut zijn nader gespecificeerd in het beroepsprofiel met een beschrijving van de benodigde kennis, vaardigheden en attitudes (BOKSA) op bachelor niveau.	5.2.1.1 en 5.2.1.2	12 tot 18 maanden	2024
		1d	De beroepsprofielen van fysio- en oefentherapeuten met aantekening of verbijzondering worden gelijktijdig herijkt met het beroepsprofiel Fysio-/oefentherapeut om aanvullende expertise te beschrijven.	5.2.1.1 en 5.2.1.2	18 maanden (lopend)	Fysiotherapie 2023, oefentherapie 2025
2	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren veilige zorg conform vigerende wet- en regelgeving	2a	De beroepsverenigingen zetten zich in voor het opnemen van deskundigheidsbevordering als verplichting voor herregistratie in het BIG-register, met vrijstelling in de vorm de private kwaliteitsregisters.	5.3	24 maanden	2024 – 2025
		2b	De beroepsvereniging fysiotherapie implementeert samen met de andere art. 3 Wet BIG beroepsverenigingen en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport het lerend effect van tuchtrecht. ¹¹	5.3	24 maanden	2024 – 2025

3	De beroepsverenigingen fysiotherapie en oefentherapie dragen zorg voor het implementeren van aanbevolen fysio-en oefentherapeutische interventies en de-implementeren van niet-aanbevolen fysio-en oefentherapeutische interventies.	3a	De beroepsverenigingen dragen zorg voor een adequaat richtlijnenhuis door: Het actualiseren van de bestaande richtlijnen conform de KNGF-richtlijnenmethodiek.	5.4.3	36 maanden	Vanaf 2024
		3b	De beroepsverenigingen dragen zorg voor een adequaat richtlijnenhuis door het huidige richtlijnenhuis van circa 20 richtlijnen uit te breiden naar circa 60 richtlijnen, waardoor circa 90% van de patiënten behandeld kunnen worden conform aanbevelingen in richtlijnen. Jaarlijks worden 12 richtlijnen ontwikkeld of herzien.	5.4.3	Doorlopend	Vanaf 2026
		3c	Een actuele en volledige 'beter laten'-lijst wordt opgesteld op basis van handelingen (voornamelijk interventies, maar kan ook diagnostiek zijn) die worden afgeraden in richtlijnen.	3.3.1, 5.2.1.1 en 5.2.1.2	doorlopend (project)	Vanaf 2024 en verder
		3d	Onderwerpen op de beter laten lijst worden gede-implementeerd door gerichte activiteiten en tools georganiseerd en ontwikkeld door de beroepsverenigingen.	3.3.1, 5.2.1.1 en 5.2.1.2	doorlopend	
4	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten leveren in toenemende mate (kosten)effectieve en veilige zorg door duurzaam onderzoek naar – en onderbouwing van – fysio- en oefentherapeutische interventies.		Jaarlijks initieert en financiert de beroepsvereniging voor fysiotherapeuten, via de Wetenschappelijk College Fysiotherapie, tenminste één wetenschappelijk onderzoek op basis van de Kennisagenda Fysiotherapie. ¹⁰	5.4.2	Jaarlijks	Vanaf 2024 en verder
		4b	De beroepsverenigingen fysio-/oefentherapie starten jaarlijks ten minste één onderzoek naar de effectiviteit en/of veiligheid van een fysio-/oefentherapeutische interventie.	5.4.2	Jaarlijks	Vanaf 2024 en verder
		4c	De capaciteit en diversiteit van leerstoelen, lectoraten en leeropdrachten blijft minimaal gelijk en wordt waar nodig uitgebreid om fysiotherapie of oefentherapie vraagstukken te beantwoorden.	5.4.2	Doorlopend	2024

		4d	De beroepsverenigingen starten een zorgevaluatieprogramma fysio- en oefentherapie, vergelijkbaar met ZE&GG, ter bevordering van (gepast gebruik van) passende fysio- en oefentherapeutische zorg.	5.4.2	24 maanden (pilot programma)	2024-2025
5	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten reflecteren kritisch op het eigen handelen ten behoeve van de professionele ontwikkeling en kwaliteit van zorg voor de patiënt.	5a	Kwaliteitshuis Fysiotherapie biedt fysiotherapeuten professionele leergroepen voor kritisch reflecteren, zoals Intervisie, IOF en Peer Review. Voor fysiotherapeuten werkzaam in een keurmerk-praktijk is Peer Review een verplicht onderdeel.	5.4.1	12 maanden	2025
		5b	De KNGF-leervorm intervisie wordt doorontwikkeld aansluitend bij de principes van passende zorg, het gebruik van data voor interne kwaliteitsverbetering, interprofessionele samenwerken en innovatie. Deze ambitie is door SKF al gerealiseerd.	5.3.1.1 en 5.4.1	18 maanden	2023 – 2024
		5c	De herziene vorm van intervisie (zie 5b) wordt geïmplementeerd en onder de aandacht gebracht door gebruik van professionaliseringsactiviteiten en nascholing.	5.4.1	6 maanden	2024
		5d	De leervormen Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF) en Oefentherapie (IO) worden doorontwikkeld, om reflecteren op vakinhoudelijk handelen door fysio- en oefentherapeuten samen met collega's te bevorderen.	5.4.1	Doorlopend	2023 en verder
		5e	De herziene vorm van IOF/IO (zie 5d) wordt geïmplementeerd en onder de aandacht gebracht door gebruik van professionaliseringsactiviteiten en nascholing.	5.4.1	6 maanden	2024
		5f	VvOCM ontwikkelt een (basis)praktijkregister	5.3.1	12 maanden	Vanaf 2024

		5g	De beroepsverenigingen stellen registratie in een (basis)Praktijkregister als norm, waarin de principes van een reflecterende leeromgeving worden toegepast, praktijken structureel data aanleveren en deelnemen aan een tweejaarlijkse visitatie.	5.3.1 en 6.4	Doorlopend	Uiterlijk 1-1-2030
		5h	Beroepsgroepen werken aan (door)ontwikkeling van instrumenten die worden gebruikt in het (basis)Praktijkregister t.b.v. betere aansluiting op specifieke context van de praktijk (praktijkgrootte, zorgvraag/zorgaanbod enz).	5.3.1 en 6.4	Doorlopend	2023 en verder
		5i	Beroepsgroepen zullen het kwaliteitssysteem door een onafhankelijke partij laten certificeren.	5.4.1	6 maanden	Vanaf 2025
6	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten verzamelen, interpreteren en gebruiken data in de dagelijkse zorg voor de patiënt en voor praktijkvoering.	6a	De kwaliteit en validiteit van de behandelgegevens verzameld in de Landelijke Databases (LDF, LDK, LDO) blijft geborgd en wordt waar nodig verbeterd, om fysio- en oefentherapeuten optimaal te ondersteunen bij het gezamenlijk maken van keuzes rond zorg en samen beslissen.	6.1	Doorlopend	2023
		6b	De beroepsverenigingen faciliteren en stimuleren deelname aan dataverzameling onder fysiotherapeuten/oefentherapeuten en praktijken.	5.3.1 en 5.4.1	Doorlopend	2023
		6c	De beroepsverenigingen (mede)ontwikkelen tools (zoals scholingsactiviteiten) voor de individuele therapeut en voor de praktijk (ontwikkelpaden Kwaliteitshuis Fysiotherapie) gericht op het vergroten van kennis en/of vaardigheden op het gebied van dataverzameling (incl. spiegelinformatie) en het interpreteren, reflecteren en zin- en waardevol toepassen van data in de praktijk, ten behoeve van de zorg voor de patiënt. Deze ambitie is al door SKF gerealiseerd.	5.3.1 en 6.4	Doorlopend	2023

		6d	De beroepsverenigingen ontwikkelen de dashboards van de LDF, LDK en LDO op basis van wensen en behoeften uit het werkveld, zodat dezen leren en verbeteren in de praktijk op basis van data, spiegelinformatie en benchmarkgegevens faciliteren.	5.4.1	Doorlopend	2023
		6e	In de praktijkregisters is dataverzameling een essentieel onderdeel en een verplicht criterium voor iedere praktijk.	5.3.1 en 6.4	Doorlopend	2023
7	<p>Fysiotherapeuten en oefentherapeuten gebruiken generieke – en waar nodig voor trunci of aandoening specifieke – kwaliteitsindicatoren om te leren en te verbeteren en voor externe transparantie.</p> <p>De beroepsverenigingen stellen registratie d.m.v. de meetinstrumenten genoemd in 7d en 7e als norm waarbij t.b.v. externe transparantie conform de meetinstrumenten data aangeleverd worden.</p> <p>Vastgestelde indicatorensets (zie 7a/b/c) worden geïmplementeerd en beschikbaar gesteld binnen het doel waarvoor deze ontwikkeld en gevalideerd zijn en daarmee voldoen aan</p>	7a	De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool en in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een set met generieke kwaliteitsindicatoren voor het samen leren en verbeteren (intern) en/of keuze-informatie voor o.a. cliënten en zorginkoop (extern). De uitkomstmaten PROMIS en Resultaatsindex zijn hiervoor het uitgangspunt.	5.5	2 jaar	2024 - 2026

de voorwaarden zoals gesteld in de indicatorentool.					
	7b	De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool en in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars - aanvullend op de generieke indicatorset - specifieke kwaliteitsindicatoren op trunci niveau indien hier aanleiding toe wordt gezien.	5.5	2 jaar	2026, afhankelijk van oplevering generieke indicatoren
	7c	De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool en in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars - aanvullend op de generieke indicatorenset en eventuele indicatorensets op trunciniveau - specifieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg op aandoeningsniveau indien hiertoe aanleiding wordt gezien.	5.5	2 jaar	Afhankelijk van oplevering kwaliteitsindicatoren op trunci niveau
	7d	De beroepsverenigingen ontwikkelen en implementeren een meetinstrument voor transparantie op basis van de PREM, alsmede het systeem voor doorlevering van data die als keuze-informatie beschikbaar komen voor o.a. cliënten en zorginkoop. Praktijken leveren deze informatie aan conform het meetinstrument.	5.5	1 jaar	Ontwikkeling en implementatie meetinstrument in 2025 Start structurele dataverzameling vanaf 1-1-2026 Doorlevering data voor transparantie vanaf 1-1-2027
	7e	De beroepsverenigingen ontwikkelen en implementeren een meetinstrument voor transparantie op basis van de set met generieke kwaliteitsindicatoren (zie 7a, o.b.v. succesvolle uitkomst indicatorentool), alsmede het systeem voor doorlevering van data die als keuze-informatie beschikbaar komen voor o.a. cliënten en zorginkoop. Praktijken leveren deze informatie aan conform het meetinstrument.	5.7	1 jaar	Ontwikkeling en implementatie meetinstrument in 2026 Start structurele dataverzameling vanaf 1-1-2027

						Doorlevering data voor transparantie vanaf 1-1-2028
		7f	De indicatorenset(s) (zie 7a/b/c) wordt/worden één keer per jaar geëvalueerd en onderhouden.	5.5	jaarlijks	Vanaf 2026, als een set met generieke indicatoren is vastgesteld.
8	Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners ontzorgt de patiënt en draagt bij aan de veiligheid van zorg.	8a	De beroepsverenigingen voeren (mede) projecten uit, in nauwe samenwerking met beroepsverenigingen van andere (zorg)professionals, gericht op het bevorderen van efficiënte digitale gegevensuitwisseling tussen (zorg)professionals die betrokken zijn rondom een patiënt.	3.3.3		

Fysiotherapie en oefentherapie komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand						
#	Ambitie	#	Resultaat	Hoofdstuk	Doorloop	Termijn
9	Samen beslissen is een integraal onderdeel van de zorg van fysiotherapeuten en oefentherapeuten.	9a	De beroepsverenigingen (mede)ontwikkelen tools om de fysiotherapeut/oefentherapeut en patiënt te ondersteunen in het proces van samen beslissen.	5.4.2 en 5.6.1	24 maanden	2023 – 2025
		9b	De beroepsverenigingen organiseren professionaliseringsactiviteiten gericht op de ontwikkeling van kennis en vaardigheden voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten op het gebied van samen beslissen.	3.3.2	Doorlopend	Vanaf 2024
		9c	De beroepsverenigingen (mede)ontwikkelen geschikte tools om samen beslissen bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te ondersteunen.	5.4.2 en 5.6.1	24 maanden	2023 – 2025
10	Het ondersteunen van de patiënt in het (kunnen) samen beslissen door het faciliteren en stimuleren van het gebruik van keuze-informatie en beslisondersteuning, waar dit passend is.	10a	De beroepsverenigingen voeren, in nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties, (mede) projecten uit om voor patiënten keuze-informatie en beslisondersteuning voor fysio- en oefentherapeutische zorg te ontwikkelen.	5.4.2 en 5.6.1	36 maanden	Vanaf 2024
		10b	De beroepsverenigingen ontsluiten voor patiënten relevante kwaliteitsinformatie (H5.6) via de betreffende consumentenwebsites en zorgzoekers.	5.6.1		

Fysiotherapie en oefentherapie vindt plaats op de juiste plek						
#	Ambitie	#	Resultaat	Hoofdstuk	Doorloop	Termijn
11	Digitale zorg en efficiënte aanbiedingsvormen van therapie vormen een passend onderdeel van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg waarmee een doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel wordt nagestreefd.	11a	Aanbevelingen zijn ontwikkeld en gepubliceerd voor het passend inzetten van digitale zorg in de fysiotherapie en oefentherapie volgens de KNGF-richtlijnenmethodiek	3.1.4 en 3.3.3	12 maanden	2024
		11b	Competenties van fysiotherapeuten en oefentherapeuten met betrekking tot de inzet van passende digitale zorg zijn aanwezig door gebruik van professionaliseringsactiviteiten, basiscurriculum en nascholing.	3.1.4 en 3.3.3	12 maanden	2024 – 2025
		11c	Kennishiaten op het gebied van digitale zorg en efficiënte aanbiedingsvormen worden geagendeerd voor opname op de wetenschappelijke kennisagenda	5.4.2	6 maanden	2025
		11d	Specificaties van de landelijke databases LDF, LDK en LDO en fysio- en oefentherapeutische EPD's zijn aangepast om digitale zorg en efficiënte aanbiedingsvormen te registreren en transparant te maken.	5.4.1	6 maanden	2024
12	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken en organiseren de zorg domein- en sector overstijgend ten behoeve van de patiënt.	12a	Fysio- en oefentherapeuten zijn bekend met wettelijk voorbehouden handelingen en voeren deze uit in opdrachtconstructie conform Wet BIG.	3.3.3	12 maanden	2024
		12b	De invulling door een fysio- of oefentherapeut van de rol van 'centrale zorgverlener' die de zorg rondom de patiënt coördineert is beschreven en geïmplementeerd via een	3.3.3	24 maanden	2024 - 2025

			professionaliseringsaanbod, zodat de rol adequaat ingevuld kan worden.			
		12c	De beroepsverenigingen doen onderzoek naar en ontwikkelen en organiseren scholingsactiviteiten om de inzet van 'stepped care' te bevorderen en dure invasieve zorg in de tweede lijn te voorkomen (substitutie).	3.3.3	24 maanden	2024 - 2025
		12d	De beroepsverenigingen nemen deel aan het programma versterken van de eerstelijnszorg voortvloeiend uit het integraal zorg akkoord	3.3.3	24 maanden	2023-2025
13	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken intra- en interprofessioneel samen ten behoeve van de organiseerbaarheid en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.	13a	De beroepsverenigingen verbeteren de vindbaarheid van fysio- en oefentherapeuten met specifieke expertise om intra- en interprofessionele samenwerking te ondersteunen.	3.3.3		

Fysiotherapie en oefentherapie gaat over gezondheid in plaats van ziekte						
#	Ambitie	#	Resultaat	Hoofdstuk	Doorloop	Termijn
14	Fysiotherapeuten en oefentherapeuten werken en organiseren de (preventieve) zorg lokaal en regionaal ter bevordering van veerkracht, welzijn en welbevinden van de individuele patiënt en de lokale/sociale gemeenschap	14a	De invulling door een fysio- of oefentherapeut van de rol van 'centrale zorgprofessional' die patiënten adviseert en verwijst voor formele en informele preventieve zorg is beschreven en geïmplementeerd via een professionaliseringsaanbod, zodat de rol adequaat ingevuld kan worden.	3.3.4	Doorlopend	Doorlopend
		14b	Fysio- en oefentherapeuten signaleren vroegtijdig lokale gezondheidsproblemen en integreren effectief met informele zorgverleners om een holistische benadering van zorg te bevorderen en welzijn in de wijk te verbeteren.	3.2.2	Doorlopend	Doorlopend
		14c	De beroepsverenigingen bevorderen regionalisering en ondersteunen startende samenwerkingsverbanden van fysio- en oefentherapeuten samen met professionals in zorg en welzijn en het publieke domein, ten behoeve van de kwaliteit, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van regionale (preventieve) zorg, met bijzondere aandacht voor het bevorderen van gezondheidsvaardigheden en het reduceren van gezondheidsverschillen.	3.3.4	Doorlopend	Doorlopend

Referenties

1. ZorginstituutNederland. *Systeemadvies fysio- en oefentherapie; een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg* [System advice physicaltherapy and exercise therapy. A new balance between the access and affordability of good care. 2016:2012-2015. <https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/edith-schippers/documenten/rapporten/2016/12/20/systeemadvies-fysio-en-oefentherapie>.
2. Rijksoverheid. *Integraal Zorgakkoord.*; 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/09/16/samenvatting-integraal-zorgakkoord>. Accessed April 5, 2023.
3. Zorginstituut Nederland. *Kader Passende zorg.* <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>. Published 2022.
4. Ministerie van Volksgezondheid en Welzijn [Ministry of Health and Welfare]. *BIG register* [BIG registry]. <https://www.bigregister.nl/>. Accessed February 27, 2016.
5. Nederlandse Overheid. *Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg.* <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2022-01-01>. Published 2022.
6. Mutsaerts B, Ruitenbeek T, Schmitt M, Veenhof C, Driehuis F, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). *Beroepsprofiel Fysiotherapeut.* <https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/beroepscode/beroepsprofiel-fysiotherapeut>. Published 2020.
7. (VvOCM) V van OC en M. *Beroepsprofiel Oefentherapeut.* 2019.
8. Ministerie van Volksgezondheid W en S. *Strategische kennisagenda 2020.* 2020:1-60. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-archief-c8565b2c-658e-4e7b-94e3-ecd03c632476/pdf>.
10. Greenhalgh T. *How to Implement Evidence-Based Healthcare.* 1st ed. Oxford: Wiley & Sons; 2018.
11. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), StudieRichtingsOverleg Fysiotherapie (SROF). *National Diploma Supplement Fysiotherapie.* <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/beveiligd/ik-kom-voor/national-diploma-supplement-en-national-transcript.pdf>. Published 2017.
12. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). *Beroepskolom Fysiotherapie.* 2021:1-30. <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepskolom/kngf-beroepskolom-2021.pdf>.
13. Spierziekten Nederland. *Resultaten enquête : uw ervaring met fysiotherapie.* 2022;(911):94-97.

14. Voor B, Nederland S, Mensen M. De effectiviteit van fysiotherapie voor spierzieke patiënten. 2022.
15. Ettema R, Beijer L. *Integratie En Innovatie in Zorg En Welzijn*. 1st ed. (Ettema R, Beijer L, eds.). Hilversum: Concept Uitgeefgroep; 2020.
16. Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Christensen N. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. (4, ed.). Elsevier Health Sciences; 2018.
17. Øberg GK, Normann B, Gallagher S. Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiother Theory Pract*. 2015;3985(June):1-9. doi:10.3109/09593985.2014.1002873
18. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De Basis op Orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. 2023:36.
20. KNGF. Toolkit samenwerken met de gemeente. <https://www.kngf.nl/article/jij-en-anderen/gemeente/toolkit-samenwerken-met-de-gemeente>.
21. PHAROS. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. <https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/>.
22. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg. 2022;(September):1-121.
23. Hoffman T, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015;175(2).
24. van Schaik M, Idenburg P. *Diagnose Zorginnovatie. Over Technologie En Ondernemerschap*. Schiedam: Scriptum; 2014.
25. NIVEL Kennis voor betere zorg. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004162.pdf>. Published 2021.
26. ECORYS. Substitutie van zorg. Fysio- en oefentherapie op de juiste plek. 2020;(december). https://www.ecorys.com/sites/default/files/2021-01/3049300_eindrapport_substitutie_van_zorg_def.pdf.
27. Merry A, Teijink J, Jongert M, et al. KNGF Richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden. 2017. <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/spav/downloads/spav-praktijkrichtlijn>.
28. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Loket Gezond Leven. <https://www.loketgezondleven.nl/>.
29. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Zorg op de juiste plek. *Organisatiethema's*. 2014.
30. Pharos. Kansrijke Start & Regionaal samenwerken. <https://www.pharos.nl/infosheets/kansrijke-start-regionaal-samenwerken/>. Published 2022.
31. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Wijkgerichte Preventie En*

- Vroegsignalering.*; 2022. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-a6762a6fade868babbf081b4fb63aac11784b66a/pdf>.
32. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kamerbrief Kader Passende Zorg. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-92b5c044d4092130c3694b9e3e3c2d4159dea344/pdf>. Published 2022.
 33. Zorginstituut Nederland. Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg: Samen leren en verbeteren. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/10/01/visie-van-de-kwaliteitsraad-op-kwaliteit-van-zorg>. Published 2019.
 34. Green Deal. Samenwerken aan duurzame zorg. 2022. <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg-green-deal-30>.
 35. Zorg voor beter. Gesprekshulpmiddelen. <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/gezondheidsvaardigheden/toolkit>. Published 2022.
 36. Heijmans M, Lemmens L, Otten W, Havers J, Baan C, Rijken M. *Zelfmanagement Door Mensen Met Chronische Ziekten.*; 2015. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennissynthese-Zelfmanagement.pdf>.
 37. Federatie Medisch Specialisten. Overzicht Verstandige keuzes. https://www.ecorys.com/sites/default/files/2021-01/3049300-eindrapport_substitutie_van_zorg_def.pdf. Published 2020.
 38. Huber M. How should we define health? *Br Med J.* 2011;(343).
 39. Zorginstituut Nederland. Passende zorg voor fysiotherapie en oefentherapie. 2023. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/01/17/advies---passende-zorg-voor-fysiotherapie-en-oefentherapie>. Accessed April 5, 2023.
 40. Patiëntenfederatie Nederland. Patientveiligheid. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/patientveiligheid>.
 41. Kortleve V. *Fysiotherapeutische Gespreksvoering.* 1st ed. Driebergen: Viaperspectief; 2016.
 42. Nederlandse Overheid. Wettenbank. <https://wetten.overheid.nl/>.
 43. Driehuis F, Woudenberg-Hulleman I, Verhog- van Westing I, et al. *KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering.* Amersfoort; 2019. <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019>.
 44. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Beroepscode voor de Fysiotherapeut. 2020:1-9.
 45. Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Beroepscode voor oefentherapeuten. 2015:8.

46. VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck). Opleiding en specialisaties. <https://vvocm.nl/Kwaliteit/Opleiding-Specialisaties>.
47. KNMG, KNOV N. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling Bij Samenwerking in De Zorg. 2010:1-31.
48. Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitscriteria/32?field_time_period_value=2020.
49. VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck). Kwaliteitscriteria 2020-2025 voor oefentherapeuten. Kwaliteitsregister Paramedici. https://www.vvocm.nl/Portals/2/set_kwaliteitscriteria_2020-2025_oefentherapeuten.pdf. Published 2020.
50. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Kwaliteitshuis Fysiotherapie. <https://www.kngf.nl/krf-nl>. Published 2023.
51. Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Keurmerk Kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten en fysiotherapiepraktijken. <https://www.keurmerkfysiotherapie.nl/>.
52. Maas M, Markhorst A. *Het Coachen van Peer Learning in de Gezondheidszorg*. 1st ed. 20/110 Uitgevers; 2023.
53. Zorginstituut Nederland. Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). 2021. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/commissies/advies-en-expertgroep-kwaliteitsstandaarden-aqua>.
54. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Spierziekten Nederland. Fysiotherapie bij FSHD. [informatiemateriaal/fysiotherapie-bij-fshd](https://www.kngf.nl/informatiemateriaal/fysiotherapie-bij-fshd) (kngf.nl). Published 2017.
55. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse vereniging voor kinderfysiotherapie, Spierziekten Nederland. Kinderfysiotherapie en fysiotherapie bij SMA. [informatiemateriaal/kinderfysiotherapie-en-fysiotherapie-bij-sma](https://www.kngf.nl/informatiemateriaal/kinderfysiotherapie-en-fysiotherapie-bij-sma) (kngf.nl). Published 2017.
56. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Spierziekten Nederland. Fysiotherapie bij mensen met een langzaam progressieve spierziekte. [informatiemateriaal/fysiotherapie-bij-lpsa](https://www.kngf.nl/informatiemateriaal/fysiotherapie-bij-lpsa) (kngf.nl). Published 2020.
57. Vreeken H, van Doormaal M, Conijn D, Meerhoff GA, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek. 2022.
58. Zorginstituut Nederland. Indicatortool. Ondersteuning bij (door)ontwikkeling indicatoren. 2021:2021.
59. van der Wees PJ, Verkerk EW, Verbiest M, et al. Development of a framework with tools to support the selection and implementation of patient-reported outcome measures. *J patient Rep outcomes*. 2019;3(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31889232/>.

60. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De Fysiotherapeut. <https://defysiotherapeut.com/>.
61. Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling transparantie zorgaanbieders-TH/NR-028. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_744299_22/.
62. Nederland Z. Checklist Kwaliteitsstandaarden Meetinstrumenten. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/checklist-voor-kwaliteitsinstrumenten.pdf>.
63. Hoffmann T, Bakhit M, Nichaleff Z. Shared decision making and physical therapy: what, when, how, and why? *Brazilian J Phys Ther*. 2022;26(1).
64. de Vries NM, Staal JB, van der Wees PJ, et al. Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(4):422-435. doi:10.1002/jcsm.12091
65. Heij W, Sweerts L, Staal JB, et al. Implementing a Personalized Physical Therapy Approach (Coach2Move) Is Effective in Increasing Physical Activity and Improving Functional Mobility in Older Adults: A Cluster-Randomized, Stepped Wedge Trial. *Phys Ther*. 2022;102(12). doi:10.1093/ptj/pzac138
66. Raamwerk kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. *K Ned Genoot voor Fysiother*. 2022;(November).
67. Consortium TANS. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. 2013. https://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.
68. Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg. Handreiking Generieke PROMs. <https://www.platformuitkomstgeritezorg.nl/themas/inzicht+in+uitkomsten/handreiking+generieke+proms/default.aspx>. Published 2022.
69. Oude Voshaar M, Terwee CB, Haverman L, et al. Development of a standard set of PROs and generic PROMs for Dutch medical specialist care. *Qual Life Res*. 2023;32. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-022-03328-3>.
70. Swart N, Apeldoorn A, Conijn D, Meerhoff G, Ostelo R. KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. *Amersfoort KNGF/VvoCM; okt*. 2021:1-84. https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/lage-rugpijn-en-lrs-2021/kngf_richtlijn_lage_rugpijn_en_lrs_2021.pdf.
71. Hoogenboom T, Marcellis L. Samen beslissen met KomPas+. 2021. <https://www.iqhealthcare.nl/nl/uitgelichte-projecten/samen-beslissen-met-kompasplus/>.
72. Beurskens S, van Peppen R, Swinkels R, Vermeulen H, Wittink H. *Metten in de Praktijk*.

73. Kwaliteitshuisfysiotherapie.nl - Reglement individueel register fysiotherapie
<https://www.kwaliteitshuisfysiotherapie.nl/binaries/content/assets/kwaliteitshuisfysiotherapie/onbeveiligd/reglement-individueel-register-fysiotherapie.pdf>
74. Richtlijn Duchenne spierdystrofie -
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne_spierdystrofie_dmd/startpagina_-_duchenne_spierdystrofie.html

BIJLAGEN

Bijlage 1: Langdurige fysiotherapie/oefentherapie is passende zorg bij chronische complexe, vaak progressieve aandoeningen

Patiënten met een chronische complexe, vaak progressieve aandoening, zoals een spierziekte, MS, of dwarslaesie, ervaren levenslang beperkingen in hun functioneren en participeren. Op dit moment krijgen zij langdurig fysiotherapie vergoed aan de hand van een chronische indicatie (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen). Hiertoe is 20 jaar geleden besloten onder supervisie van de toenmalige VWS-minister Els Borst. Een deel van de aandoeningen op deze lijst betreft een kleine maar zeer kwetsbare groep patiënten met een complexe zorgvraag, die voor hun kwaliteit van leven langdurig afhankelijk zijn van fysiotherapie. Deze langdurige toegang tot fysiotherapie is voor hen passende zorg. Dit wordt hier verder toegelicht.

Wat zijn chronische complexe (progressieve) aandoeningen?

Kenmerken

- De klachten die met deze aandoeningen gepaard gaan, zijn ernstig en hebben een enorme impact op iemands leven: ze beïnvloeden onder andere meerdere lichaamsfuncties, het mentaal welzijn, de sociaalmaatschappelijke participatie en zelfredzaamheid in grote mate.
- De aandoeningen spelen gedurende het hele leven (ze gaan niet over), al kunnen de klachten veranderen in de loop van de tijd en kunnen er telkens nieuwe complicaties ontstaan. Bij progressieve aandoeningen worden de klachten ernstiger en uitgebreider naarmate iemand ouder wordt.
- De aard en ernst van de verschijnselen verschillen per persoon, ook bij mensen met dezelfde aandoening.
- Er is geen genezing mogelijk. Centraal in de behandeling staat het beperken van de gevolgen van de ziekte, het vaststellen en voorkomen van onnodige achteruitgang en/of het leren omgaan met de beperkingen (revalidatiezorg).
- Gespecialiseerde (medische en revalidatie) zorg uit de 2e of 3e lijn is in veel gevallen nodig.
- Sommige van deze aandoeningen zijn zeldzaam.

Diagnoses waar het om gaat, staan beschreven in de lijst achteraan deze bijlage.

Meerwaarde langdurige fysiotherapie voor de patiënt

Vanwege bovenstaande kenmerken zijn er vaak meerdere hulpvragen aan de fysiotherapeut tegelijkertijd aanwezig. Als de klachten toenemen, veranderen ook de aard en ernst van de hulpvragen. Hierdoor is regelmatige bijsturing en maatwerk van de fysiotherapeut noodzakelijk en moet er sprake zijn van maatwerk, op basis van wat op dát moment nodig is. De fysiotherapeut heeft ook een essentiële (pro-actieve) rol in het signaleren van dreigende complicaties of toenemende beperkingen. Hij dient daarop in te spelen/te anticiperen om achteruitgang waar mogelijk te voorkomen of vertragen. Start- en stopcriteria zijn hiervoor moeilijk te definiëren. Dit alles zorgt er voor dat fysiotherapie vaak jarenlang nodig zal zijn.

Blijkt uit periodieke evaluatie dat op een bepaald moment behandeldoelen zijn behaald, is het voorstelbaar dat er pauzemomenten zijn in de therapie. Er zijn echter nieuwe hulpvragen te verwachten. De pro-actieve signalerende rol van de fysiotherapeut en zijn taak in het minimaliseren of vertragen van complicaties en achteruitgang blijven langdurig van belang, zeker gezien klachten er bij mensen met deze aandoeningen vaak 'insluipen' en zij dit niet altijd zelf doorhebben tot de situatie sterk verergerd is.

Tijdens de coronapandemie, toen fysiotherapie onverwacht gestopt werd en (onomkeerbare) achteruitgang bij deze groep versnelde, is de meerwaarde van fysiotherapie nogmaals pijnlijk duidelijk geworden, zie kader.

Langdurige fysiotherapie is passende zorg

Bij deze groep aandoeningen sluit langdurige fysiotherapie aan bij de principes van passende zorg.

Juist bij deze groep is fysiotherapie gericht op gezondheid en zelfredzaamheid, bv. door het langdurig stimuleren en begeleiden van een actieve, gezondheid bevorderende leefstijl, het minimaliseren of vertragen van complicaties/achteruitgang en trainen gericht op behoud van ADL-activiteiten.

Net als bij patiënten met eenvoudigere of enkelvoudige hulpvragen, bepalen zorgverlener(s) en de patiënt samen wanneer de inzet van fysiotherapie gewenst is en wanneer niet (samen beslissen).

Onnodige achteruitgang voorkomen

Tijdens de coronapandemie was fysiotherapie enkele maanden niet of minder beschikbaar. Mensen met spierziekten en dwarslaesies rapporteerden in enquêtes een achteruitgang van conditie en spierkracht, functies die niet makkelijk terug te winnen zijn. Ook hadden zij meer vermoeidheid en pijnklachten. Hun zorgvraag werd complexer, soms ook multidisciplinair, en men deed vaker een beroep op de 2e en 3e lijn. Bron: [Fysiotherapie-enquête Spierziekten Nederland maart 2022](#).

Dit is vaak al spoedig na het vaststellen van de diagnose, bij progressie of ontstaan van nieuwe klachten of op indicatie van een medisch specialist.

Substitutie-effect

Goede inzet van eerstelijns fysiotherapie (waar nodig onder begeleiding van of in overleg met de tweede- of derdelijns zorgverlener(s)) heeft een substitutie-effect: dankzij de inzet van langdurige eerstelijnsfysiotherapie doet men een passend – alleen wanneer noodzakelijk – beroep op tweede- en derdelijnszorg. Valt langdurige eerstelijnsfysiotherapie weg dan is consult bij de tweede en derde lijn veel vaker nodig, zie kader. Langdurige toegang tot fysiotherapie in de eerste lijn leidt tot passende zorg op de juiste plek.

Voor een overzicht van de aandoeningen waarbij langdurige fysiotherapie geïndiceerd is, wordt verwezen naar Bijlage 1.a van het besluit zorgverzekering (zie hieronder)

Bijlage 1.a: van het besluit zorgverzekering behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

- 1.** De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a.** een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°.** Cerebrovasculair accident;
 - 2°.** Ruggemergaandoening;
 - 3°.** Multipiele sclerose;
 - 4°.** Perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°.** Extrapiramidale aandoening;
 - 6°.** Motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°.** Aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°.** Cerebellaire aandoening;
 - 9°.** Uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°.** Radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°.** Spierziekte;
 - 12°.** Myasthenia gravis;
 - b.** of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°.** Aangeboren afwijking;
 - 2°.** Progressieve scoliose;
 - 3°.** Juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°.** Reflexdystrofie;
 - 6°.** Fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;

- 7°.** Frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
- 13°.** Hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
- 14°.** Collageenziekten;
- 15°.** Status na amputatie;
- 16°.** Whiplash;
- 17°.** Postpartum bekkeninstabiliteit;
- 18°.** Fracturen indien deze conservatief worden behandeld;

d. of een van de volgende aandoeningen:

- 2°.** Aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
- 3°.** Lymfoedeem;
- 4°.** Littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
- 5°.** Status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
- 6°.** Perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
- 7°.** Weke delen tumoren;
- 8°.** Diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

- 2.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
- 3.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
- 4.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
- 5.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
- 6.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
- 7.** Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Bijlage 2: Onderbouwing van fysio/oefentherapeutische zorg in KNGF-richtlijnen

Musculoskeletaal		
Aandoening	Richtlijn	Interventies
Artrose heup en knie	Richtlijn Artrose heup-knie (2019)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese, onderzoek, indicatiestelling -Voorlichting en advies -Oefentherapie <p><i>Bij voorkeur niet toepassen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Massage -TENS <p><i>Niet aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Continuous passive motion -Elektromagnetisch veld -Low level lasertherapie -Passieve mobilisaties -Shockwave -Taping -Thermotherapie -Ultrageluid
Lage rugpijn	Richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom (2021; revisie 2022)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese, onderzoek, indicatiestelling -Voorlichting en (pijn)educatie -Oefentherapie -Gedragsgeoriënteerde benadering <p><i>In specifieke gevallen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mobilisaties en manipulaties -Massage <p><i>Niet aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -TENS -Interferentie
Enkeltelsel	Enkeltelsel (2006; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie: oefenen van functies en activiteiten <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tape, bandage of brace <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
KANS	(2010; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Begeleiden (steun bieden, informeren en adviseren) -Oefentherapie: oefenen en sturen van functies en activiteiten -Manuele verrichtingen ter vergroting van de beweeglijkheid van gewrichten <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -lasertherapie: Bij verdenking op een capsulitis adhesiva van de schouder -Ultrageluid en ultra korte golf (UKF): bij verdenking op een gecalcificeerde tendinitis van de schouder <p><i>Niet aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ergonomische hulpmiddelen: hulpmiddelen kunnen inadequaat pijngedrag in stand houden
Meniscectomie	Meniscectomie (2006; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek

		<ul style="list-style-type: none"> -Analyse en indicatiestelling -Informatie, advies en begeleiding -Oefentherapie <i>Ter overweging:</i> -Koudetherapie: postoperatief kortdurend ijs kan overwogen worden, mits adequate pijnvermindering wordt bewerkstelligd. -Electrotherapie: alleen bij inactieve patiënten waar geen oefentherapie kan worden toegepast -Krukken: zo snel mogelijk afbouwen <i>Niet aanbevolen:</i> -Massage
Nekpijn	Richtlijn nekpijn (2016; revisie 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Aanbevolen:</i> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie <i>Ter overweging:</i> -Cognitieve gedragstherapie (CBT)/graded activity -Gewrichtsmobilisatie -(Kinesio)tape -Massage -Medische hulpmiddelen -Zenuwmobilisatietechnieken -Manueel-therapeutische interventies -Tractie -Warmte- en koudetherapie -Werkplaatsinterventies <i>Niet aanbevolen:</i> -Dry needling -Elektrotherapie -Lage-intensiteit laser -Ultrageluid/shockwave
Reumatoïde artritis	Richtlijn reumatoïde artritis (2018)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Aanbevolen:</i> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie (profielen: zelfstandig uit te voeren; kortdurende begeleiding, intensieve begeleiding) <i>Ter overweging:</i> -Passieve mobilisatie: ter ondersteuning van oefentherapie uitsluitend bij patiënten zonder actieve ontstekingen om de gewrichtsmobiliteit te vergroten. -Gedragsmatige interventies: bij patiënten die onvoldoende lichamelijk actief zijn ter bevordering van de mate van lichamelijke activiteit. <i>Niet aanbevolen:</i> -Laagvermogen lasertherapie -Elektrostimulatie (waaronder TENS) -Ultrageluid -Massage -Thermotherapie -Medisch tapen -Dry needling
Osteoporose	Richtlijn Osteoporose (2011; revisie 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Aanbevolen:</i> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies: stimuleren actieve leefstijl -Oefentherapie: oefenprogramma <i>Ter overweging:</i> <i>Niet aanbevolen:</i>

Zwangerschap s-gerelateerde bekkenpijn	Zwangerschaps-gerelateerde bekkenpijn (2009; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie: trainen van functies en vaardigheden <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Krukken: in sommige gevallen kunnen tijdens de zwangerschap krukken een hulpmiddel zijn ter verbetering van het looppatroon <p><i>Niet aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Bekkenband: na de bevalling wordt het gebruik van een bekkenband nadrukkelijk afgeraden en afgebouwd -Rolstoel: het gebruik van een rolstoel wordt nadrukkelijk afgeraden.
Centraal Neurologisch		
Beroerte	Richtlijn beroerte (2014; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie: <ul style="list-style-type: none"> -premobilisatie (lithouding, functiestoornissen, pulmonale ventilatie en sputumlozing) -mobilisatie (loopvaardigheid, arm-handvaardigheid en ADL-vaardigheden) -cognitie en aerobe training <p><i>Ter overweging:</i></p> <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
Parkinson	Richtlijn Parkinson (2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie: <ul style="list-style-type: none"> -functietraining, voor conditie en lichamelijk functioneren te behouden of te verbeteren -vaardigheidstraining, om het optreden van beperkingen in activiteiten te vertragen -strategietraining, om compensatiestrategieën aan te leren om op die manier beperkingen in activiteiten te verminderen. <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tai Chi -Triggerpointmassage <p><i>Niet aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Trilplaattraining

Respiratoir en cardiovasculair		
COPD	Richtlijn COPD (2020; revisie 2022)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Voorlichting en educatie -Optimaliseren van fysieke activiteit -Oefentherapie ter bevordering fysieke capaciteit: <ul style="list-style-type: none"> -duur-/intervaltraining -spierkrachttraining -Ademspiertraining en ademhalingstechnieken <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Neuromusculaire elektrostimulatie (wanneer patiënten zelf niet in staat zijn om zelf fysieke training uit te voeren) -Hydrotherapie: bij voorkeur niet toepassen; alleen bij fysieke problemen die conventionele fysieke training ernstig beperken -Ontspanningstechnieken <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
Hartrevalidatie	<p>Hartrevalidatie bij coronairlijden en hartfalen (2011, revisie 2017)</p> <p>NB: de richtlijn wordt momenteel herzien</p>	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Multidisciplinaire hartrevalidatie: <ul style="list-style-type: none"> -Informatieprogramma -Trainingsprogramma -Ontspanningsprogramma -Psychologische programma's <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulmonale fysiotherapie in klinische fase in geval van long- of ademhalingsproblematiek. <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
Perifeer Arterieel Vaatlijden	<p>Richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden (2014; revisie 2017)</p> <p>NB: de richtlijn wordt momenteel herzien</p>	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies <ul style="list-style-type: none"> -leren omgaan met de klachten -Oefentherapie: <ul style="list-style-type: none"> -verbeteren van het inspanningsvermogen (functionele loopafstand, aerobe vermogen) <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Activiteiten en participatie: indien de patiënt problemen ondervindt met specifieke functionele vaardigheden, dienen deze expliciet geoefend te worden. -Ondersteuning cardiovasculair risicomangement: lichamelijk actieve leefstijl; stoppen met roken; gezond voedingspatroon; therapietrouw medicatie. <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>

Overig/generiek		
Stress-urine incontinentie	Richtlijn Stress-urine incontinentie (2011; revisie 2017)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnese -Lichamelijk onderzoek -Analyse en indicatiestelling -Informatie en advies -Oefentherapie <ul style="list-style-type: none"> -vergroting van de algemene fysieke belastbaarheid -vergroten van de belastbaarheid van de bekkenbodempieren: oefenen en sturen van functies van de bekkenbodempieren <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Elektrostimulatie: bij patiënten die hun bekkenbodempieren niet bewust en/of selectief kunnen aanspannen Biofeedback: ter ondersteuning oefentherapie Vaginal cones: ter ondersteuning oefentherapie <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
Oncologie	Richtlijn Oncologie gericht op beweeginterventie (2022)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Beweeginterventie <p><i>Ter overweging:</i></p> <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>
Zelfmanagement	Richtlijn Zelfmanagement (2022)	<p><i>Aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Stimuleer bij iedere patiënt het zelfmanagement, ook als er geen sprake is van dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement <p><i>Ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Toepassing 5A-model (Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren, Arrangeren) -Toepassing (elementen uit) 'Motivational Interviewing' (MI) -Toepassing (elementen uit) 'Problem Solving Therapy' (PST) -Toepassing (elementen uit) 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) -Toepassing (elementen uit) 'Solution-Focussed Brief Therapy' (SFBT) <p><i>Niet aanbevolen:</i></p>

Bijlage 3: Overzicht (kosten)effectieve interventies voor substitutie van zorg (Bron: Ecorys 2020)

Doelgroep	Aandoening	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Categorie 1: Veel bewijs voor effectiviteit; aanwijzingen voor kosteneffectiviteit			
Musculoskeletaal	Artrose, Knie	++ ¹	+ ²⁻⁶
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Claudicatio intermittens	++ ⁷	+ ⁸⁻⁹
Neurologie	Ziekte van Parkinson	++ ¹⁰⁻¹⁴	+ ¹⁵⁻¹⁶
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Coronair / Hartfalen	++ ¹⁷⁻¹⁹	+ ²⁰
Musculoskeletaal	Nekpijn (chronisch)	++ ²¹⁻²²	+ ²³
Categorie 2: Veel bewijs voor effectiviteit; kosteneffectiviteit onduidelijk of aanwijzingen voor géén kosteneffectiviteit			
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (chronisch)	++ ²⁴⁻²⁸	+ ²⁹⁻³¹
Ouderen	Kwetsbare ouderen / valpreventie	++ ³²⁻³⁸	+ ³⁹⁻⁴¹
Musculoskeletaal	Osteoporose	++ ⁴²⁻⁴³	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Astma	++ ⁴⁴	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	COPD	++ ⁴⁵⁻⁴⁸	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Diabetes mellitus type 2	++ ⁴⁷⁻⁴⁹	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Hyperlipidemia	++ ⁵⁰	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Hypertensie	++ ⁵¹⁻⁵²	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Obesitas	++ ⁵³⁻⁵⁴	○
Kinderen	Obesitas	++ ⁵⁵⁻⁵⁸	○
Neurologie	Beroerte	++ ⁵⁹⁻⁶¹	○
Neurologie	Multiple sclerose (MS)	++ ⁶²⁻⁶⁴	○
Oncologie	Kanker (tijdens en na behandeling)	++ ⁶⁵⁻⁷³	+ ⁷⁴⁻⁷⁵
Kinderen	Cerebrale Parese (CP)	++ ⁷⁶⁻⁸⁰	○
Kinderen	Developmental coordination disorder (DCD)	++ ⁸¹	○

Doelgroep	Aandoening	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Mentale gezondheid	Angststoornissen	++ ⁸²	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Urine incontinentie	++ ⁸³	- ⁸⁴
Mentale gezondheid	Depressie	++ ^{85-87 (3)}	- ⁸⁸
Musculoskeletaal	Ziekte van Bechterew	++ ⁸⁹	○
Musculoskeletaal	Chronische pijn / fibromyalgie	++ ⁹⁰⁻⁹¹	○
Musculoskeletaal	Elieboogklachten	++ ⁹²	+ ⁹³⁻⁹⁴
Musculoskeletaal	Schouderklachten	++ ⁹⁵⁻⁹⁹	- ¹⁰⁰⁻¹⁰¹
Categorie 3: Beperkt bewijs voor effectiviteit			
Musculoskeletaal	Patellofemorale pijnsyndroom	+ ¹⁰²	+ ¹⁰³
Musculoskeletaal	Reumatoïde artritis	+ ¹⁰⁴⁻¹⁰⁵	+ ¹⁰⁶⁻¹⁰⁸
Musculoskeletaal	Artrose, heup	+ ¹⁰⁹	+ ¹¹⁰⁻¹¹²
Neurologie	Chronisch regionaal pijn syndroom (CRPS)	+ ¹¹³	+ ¹¹⁴⁻¹¹⁵
Kinderen	Kanker	+ ¹¹⁶	○
Mentale gezondheid	Chronisch vermoeidheidssyndroom	+ ¹¹⁷	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Metabool syndroom	+ ¹¹⁸	○
Neurologie	Dwarslaesie	+ ¹¹⁹⁻¹²²	○
Categorie 4: Effectiviteit onbeslist			
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (subacuut)	+ ¹²³	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Coronair / Hartfalen (preoperatief)	+ ¹²⁴	○
Ouderen	Dementie	+ ¹²⁵⁻¹²⁸	○
Categorie 5: Beperkt bewijs voor ineffectiviteit			
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (acuut)	- ¹²³	- ¹²⁷⁻¹²⁸

Bijlage 4: Indicatorstool

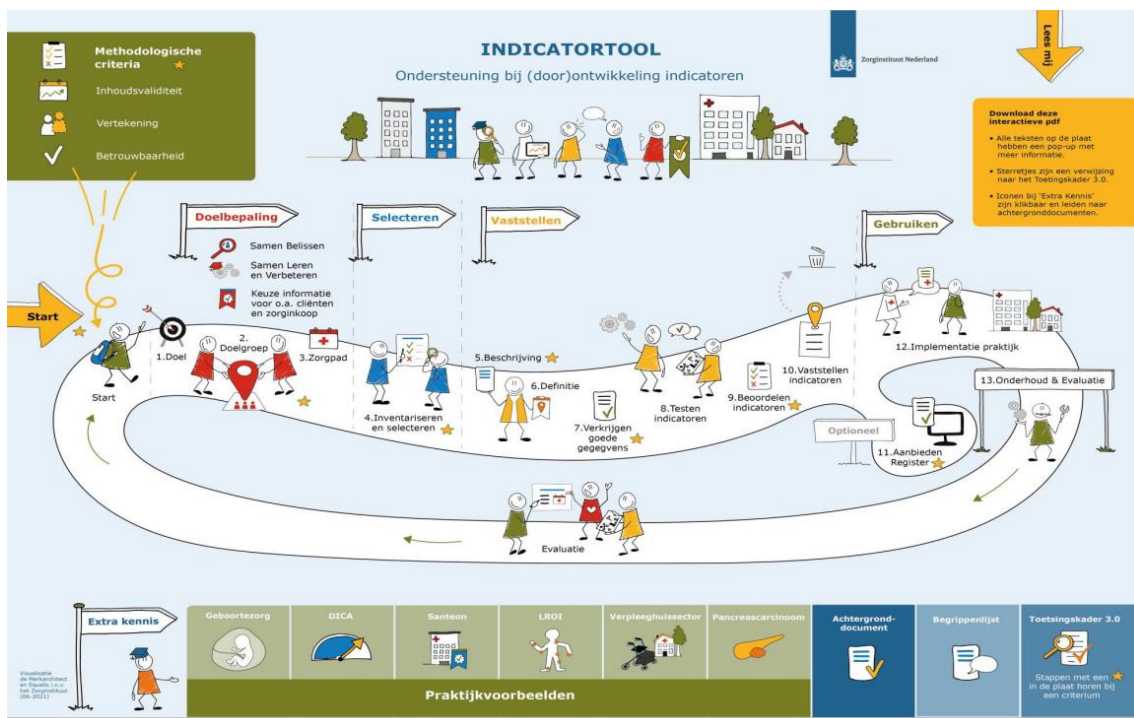
Voor de uitwerking van hoofdstuk 5 hebben we gebruik gemaakt van de indicatorstool die ontwikkeld is door het Zorginstituut en gepubliceerd is op de website:

[Indicatorstool \(zorginzicht.nl\)](http://zorginzicht.nl)

[Achtergronddocument Indicatorstool \(zorginzicht.nl\)](http://zorginzicht.nl)

De indicatorstool bestaat uit 13 stappen:

1. Doel
2. Doelgroep
3. Zorgpad
4. Inventariseren en selecteren
5. Beschrijving indicatoren
6. Definiëring indicatoren
7. Verkrijgen van goede gegevens
8. Testen indicatoren
9. Beoordelen van indicatoren
10. Vaststellen indicatoren
11. Aanbieden aan het register
12. Implementeren in de praktijk
13. Onderhoud en evaluatie



Stap 1. Doel

Benodigde acties

- Bepaal voor welk doel (of welke doelen) de indicator(set) ontwikkeld wordt:
 - Samen beslissen
 - Samen leren & verbeteren
 - Keuze informatie voor o.a. cliënten en zorginkoop

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 2. Doelgroep

Benodigde acties

- Bepaal de:
 - Aandoening of het onderwerp waarop de indicatoren gericht zijn; en
 - Sectoren en type zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg; en
 - Leeftijd en andere mogelijke aspecten die de doelgroep afbakenen.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 3. Zorgpad

Benodigde acties

- Breng het zorgpad van de groep cliënten in kaart. Hierbij heb je een antwoord nodig op de vraag 'Wat is goede zorg?' Dit is beschreven in een kwaliteitsproduct i.e. een kwaliteitsvisie of – standaard. Dit betreft richtlijnen, zorgstandaarden en zorgmodules of een (bestaande) 'patient journey'.
- Op basis hiervan breng je de domeinen/fases van het zorgpad in kaart
- Maak daarna aan de hand van de omschreven domeinen/fases een overzicht van stappen waarin informatie over de kwaliteit van zorg van belang is binnen het doel.
- Stel met de betrokken partijen vast voor welke domeinen/fases je indicatoren wilt inzetten.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 4. Inventariseren en selecteren

Benodigde acties

- Inventariseer voor welke domeinen en/of fases in het zorgproces indicatoren beschikbaar zijn
 - Literatuuronderzoek
 - Deskundigenonderzoek
 - Groepsdiscussie met cliënten
- Stel op basis van de inventarisatie een lijst op van zowel bestaande als (mogelijke) nieuwe indicatoren
- Neem deze groslijst door met de eindgebruikers om draagvalk te creëren en eventuele aanpassingen en aanvullingen te detecteren
- Selecteer een kernset van indicatoren die passen bij wat je wilt meten en die de basis vormen voor de volgende stappen

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 5. Beschrijving indicatoren

Benodigde acties

- Beschrijf wat de indicator inhoudt en waarom je hem wilt meten
 - Operationalisatie: beschrijf de indicator in een korte zin. Maak abstracte concepten concreet en meetbaar.
 - Achtergrond van de indicator: geef aan waarop de indicator is gebaseerd.
 - Relevantie en toepasbaarheid: beschrijf het nut van de indicator en hoe gegevens geïnterpreteerd moeten worden.
 - Doel van het meten van de indicator: omschrijf wat beoogd wordt met het meten van deze indicator en het publiceren van de gegevens.
 - Informatie voor cliënten: beschrijf beknopt in toegankelijke taal wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 6. Definiëring indicatoren

Benodigde acties

- Definieer de indicator op basis van:
 - Type indicator (structuur-, proces-, of uitkomstindicator)
 - Afbakening (in- en exclusiecriteria)
 - Datatype (o.a. percentage, aantal, tekst, ratio)
 - Rekenregels
 - Meetperiode en frequentie

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 7. Verkrijgen van goede gegevens

Benodigde acties

- Beschrijf hoe de data dienen te worden geregistreerd, verwerkt en aangeleverd door partijen en via welke registratiebron dit gebeurt
 - Op basis van bestaande registraties; dit heeft de voorkeur
 - Op basis van nieuwe registraties; dit heeft als nadeel een lange ontwikkeltijd en een toenemende registratielast

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 8. Testen van indicatoren

Benodigde acties

- Voer bij voorkeur een praktijktest uit met de nieuw ontwikkelde indicatoren om zicht te krijgen op de validiteit, betrouwbaarheid en implementeerbaarheid
- In de praktijk zien we dat het ontwikkelen van indicatoren altijd gepaard gaat met het testen van indicatoren, intern, met een aantal aanbieders of op basis van landelijke gegevens

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 9. Beoordelen van indicatoren

Benodigde acties

- Toets de indicator(set) op:
 - Inhoudsvaliditeit
 - Vertekening
 - Betrouwbaarheid

Dit moet gebaseerd zijn op zowel de input uit de literatuur, input vanuit deskundigen, de opgestelde definities en de praktijktest.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 10. Vaststellen indicatoren

Benodigde acties

- Stel de definitieve set aan indicatoren vast. Stel hierbij de vragen:
 - Wat is de haalbaarheid van de indicator
 - Wat is de bruikbaarheid van de indicator voor het gestelde doel
 - Wat is de te verwachte administratie- of registratielast van de indicator.
- Op basis hiervan maak je de keuze om:
 - De indicator op te nemen in de indicatorenset
 - De indicator niet op te nemen, maar door te ontwikkelen
 - De indicator niet op te nemen en de ontwikkeling van de betreffende indicator stop te zetten.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 11. Aanbieden aan het Register

Benodigde acties

- Relevante partijen in de zorg, te weten de (koepels van) cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, kunnen afspreken met elkaar de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken met de indicatoren. Zij dienen dan gezamenlijk een indicatorenset in bij het Register.

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 12. Implementeren in de praktijk

Benodigde acties

- Implementeer de vastgestelde indicatoren(set) volgens de vastgestelde doelen. Dit betreft het daadwerkelijk gaan registreren, meten en gebruiken van de indicatoren.
- Inventariseer hoe partijen hiermee om willen gaan. Werk verder uit wie de indicatoren willen gaan gebruiken en op welke manier.
- Inventariseer belemmerende en bevorderende factoren.
- Ontwerp een implementatiestrategie die aansluit bij het doel van de indicator(set).

(ZINL 2021; Indicatortool)

Stap 13. Onderhoud en implementatie

Benodigde acties

- Evalueer regelmatig of de indicatoren nog meten wat ze moeten meten of dat aanpassing nodig is. Doe dit bijvoorbeeld middels een jaarlijkse interne cyclus.
- Voor externe verantwoording is er meestal een moment per jaar waarop de indicatoren geëvalueerd worden en waarop besloten wordt welke indicatoren transparant worden.
- Stel een onderhoud- en evaluatieplan op waarbij de betrokken partijen de volgende vragen gezamenlijk adresseren:
 - Zijn de gekozen indicatoren nog steeds relevant voor de doelstelling?
 - Geven de indicatoren nog steeds betekenisvolle informatie?
 - Worden de indicatoren nog correct geregistreerd?
 - Voldoet de indicator nog steeds aan de beoordelingscriteria?

(ZINL 2021; Indicatortool)

Bijlage 5: Onderwerpen voor ontwikkeling indicatoren in de fysiotherapie en oefentherapie

Generiek

Doelgroep		Onderwerp en beschrijving / definitie	Doel ¹	Onderdeel van het proces	Norm / professionele standaard	Registratie (kwaliteit systeem)	Domeinen kwaliteit	Mogelijk type indicator (structuur/proces/uitkomst)*	Fase van ontwikkeling
Trunci	Aandoe-ning		a) samen beslissen b) samen leren en verbeteren c) keuze-informatie		Wettelijk kader, beroepsstandaard, richtlijn etc.	Wordt het al geregistreerd, zo ja hoe?			Stap 1 t/m 13
Alle	Alle	Openbare informatie: Patiënt ontvangt relevante informatie die feitelijk, objectief en controleerbaar is	b en/of c	Therapeutisch proces	Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Openbare informatie: De profilering van de therapeut is in geen enkel opzicht misleidend of verwarrend en bevat geen feitelijke onjuistheden	b en/of c		Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Dossierplicht: De fysiotherapeut legt de gegevens van de patiënt vast in een dossier	b en/of c		Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Dossierplicht: Het dossier wordt bijgehouden conform de vigerende KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering	b en/of c		Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Dossierinzage: Patiënt heeft recht op inzage en afschrift van het dossier	b en/of c	Alle onderdelen	Wettelijk kader? Beroepscode?		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Totstandkoming en beëindiging behandelovereenkomst: Alvorens tot behandeling over te gaan, stelt de fysiotherapeut vast of er een indicatie is voor fysiotherapie en of er sprake is van een binnen zijn competentiegebied vallende hulpvraag	b en/of c	Indicatiestelling en afsluiting therapeutisch proces	Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4

Alle	Alle	Totstandkoming en beëindiging behandelovereenkomst: De fysiotherapeut gaat slechts tot handelen over wanneer de patiënt c.q. diens vertegenwoordiger, na voldoende te zijn geïnformeerd, daartoe gerichte toestemming heeft verleend	b en/of c	Indicatiestelling	Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	Totstandkoming en beëindiging behandelovereenkomst: Indien na een aangevangen behandeling vastgesteld kan worden dat er geen indicatie meer is voor het voortzetten van de fysiotherapeutische behandeling, wordt de behandeling beëindigd overeenkomstig de vigerende regelgeving en wordt het dossier gesloten.	b en/of c	afsluiting therapeutisch proces	Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	(Toestemming) delen gegevens: De patiënt moet toestemming verleend hebben voordat de fysiotherapeut (medische) informatie c.q. gegevens aan derden verstrekt	b en/of c	Alle onderdelen	Beroepscode		Veilig, patiëntgericht	Structuur Proces	4
Alle	Alle	(Toestemming) delen gegevens: De patiënt wordt op de hoogte gesteld van het doel, de inhoud en de mogelijke gevolgen van de informatieverstrekking aan derden.	b en/of c	Alle onderdelen	Beroepscode			Structuur Proces	4
Alle	Alle	(Toestemming) delen gegevens: Voor het delen van persoonsgegevens waaronder medische gegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem met andere zorgverleners is uitdrukkelijke en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist.	b en/of c	Alle onderdelen	Beroepscode			Structuur Proces	4
Alle	Alle	(Toestemming) delen gegevens: De afstemming met de huisarts volgt een gestructureerd proces	b en/of c	Alle onderdelen				Structuur Proces	4
Alle	Alle	Geheimhouding: In de relatie met de patiënt krijgt de fysiotherapeut de beschikking over gegevens* over de patiënt. Deze gegevens zijn vertrouwelijk van aard en de patiënt heeft er recht op dat deze gegevens geheim worden gehouden.	b en/of c	Alle onderdelen	Wettelijk kader, Beroepscode				4
Alle	Alle	Elektronisch patiëntendossier: De patiëntgegevens worden in een veilige elektronische omgeving opgeslagen							4
		Elektronisch patiëntendossier: Bij het gebruik van elektronische uitwisselingssystemen							4

		wordt gebruik gemaakt van systemen die aan de wettelijke normen voldoen							
Alle	Alle	Kwalificatie: De patiënt ontvangt zorg van een gekwalificeerd zorgprofessional met een beschermde beroepstitel en die valt onder het tuchtrecht	c	Alle onderdelen	Wettelijk kader	Wet BIG		Structuur	13
		Kwalificatie: Individueel register	c	Alle onderdelen	Professionele standaard	KRF-NL		Structuur	13
		Kwalificatie: Individueel aantekeningregister	c	Alle onderdelen		Aantekeningen registers		Structuur	13
		Kwalificatie: Individueel deelregister	c	Alle onderdelen		Deelregisters		Structuur	13
		Kwalificatie: De veiligheid van de patiënt wordt extra geborgd bij voorbehouden en bijzondere handelingen							4
		Kwalificatie: (basis) Praktijkregister	b en/of c	Alle onderdelen		Praktijkregister		Structuur	13
		Kwalificatie: (basis) Praktijkregister keurmerk	b en/of c	Alle onderdelen				Structuur	13
		Kwalificatie: (basis) Praktijkregister ontwikkelpad	b					Structuur	4
Alle	Alle	Professioneel handelen: Persoonlijke levenssfeer			Beroepscode				4
		Professioneel handelen: Informatie proces		Alle onderdelen	Beroepscode			Proces	4
		Professioneel handelen: Gezamenlijke besluitvorming		Alle onderdelen	Beroepscode			Proces	4
Allen	Allen	Klachtenregeling: Over zijn handelen jegens de patiënt is de fysiotherapeut transparant en bereid tot overleg	b en/of c	Alle onderdelen				Structuur, proces	4
Allen	Allen	Meldingsplicht: Website		Alle onderdelen				Proces	4

		Meldingsplicht: Incidentenregistratie	b en/of c	Alle onderdelen				Structuur, proces	4
Allen	Allen	Patiëntervaring: Vragenlijst	b en/of c	Alle onderdelen				Uitkomst	4
Allen	Allen	Praktijkrichting: Inrichtingseisen	c	Alle onderdelen	Professionele standaard	KRF-NL		Structuur	13
		Praktijkrichting: RI&E	c	Alle onderdelen					13
		Praktijkrichting: Brandveiligheid	c	Alle onderdelen					13
		Praktijkrichting: Regeling Bouwbesluit 2012	c	Alle onderdelen					13
		Praktijkrichting: Elektriciteit	c	Alle onderdelen					13
		Praktijkrichting: Verordening medische hulpmiddelen MDR	c	Alle onderdelen					13

¹Doel waarvoor het onderwerp gebruikt kan worden; a) gebruik in de individuele patiëntenzorg voor samen beslissen, monitoring en evaluatie van de behandeling; (b) gebruik voor interne kwaliteitsverbetering, waarbij geaggregeerde uitkomsten op populatieniveau worden gebruikt voor leren en verbeteren; (c) gebruik voor externe transparantie waarbij geaggregeerde uitkomsten worden gebruikt als keuze-informatie voor patiënten of zorginkoop door zorgverzekeraars *Deze onderdelen kunnen tot dit type indicator uitgewerkt worden.

Specifiek op aandoening

Doelgroep		Onderwerp en beschrijving	Doel	Onderdeel van het proces	Norm / professionele standaard	Registratie (kwaliteitssysteem)	Domeinen kwaliteit	Mogelijke type indicator (structuur/proces/uitkomst)*	Fase van ontwikkeling
Trunci	Aandoening		a) samen beslissen b) samen leren en verbeteren c) keuze-informatie		Wettelijk kader, beroepsstandaard, richtlijn etc.	Wordt het al geregistreerd, zo ja hoe?			Stap 1 t/m 13
Msk	Nekpijn	De kennis en vaardigheid om HvT-manipulaties uit te voeren.	c	Therapeutisch proces	- Richtlijn nekpijn - Brochure zorgvuldig handelen		Veiligheid Effectiviteit Patiëntgerichtheid	Structuur Proces	4
Msk	Nekpijn	Aanvullende uitvoeringseisen (outillage/faciliteiten)	a	Therapeutisch proces	- Toestemming sverklaring hoog cervicale manipulatie		Veiligheid Patiëntgerichtheid Gelijkgerichtheid	Structuur Proces	4
Msk	Nekpijn	Samenwerking/afstemming	c	Diagnostisch – en therapeutisch proces	-				4
Msk	Nekpijn	Niet-passende zorg (beter laten): dry needling elektrotherapie ultrageluid shockwave laser	a en/of c	Therapeutisch proces	Richtlijn nekpijn (B,C,D)		Veiligheid Effectiviteit Patiëntgerichtheid Efficient Gelijkgerichtig	Structuur Proces	4
Msk	Nekpijn	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie (NPRS en PSK)	a en/of b en/of c	Diagnostisch – , therapeutisch – en evaluatief proces.	Richtlijn nekpijn		Veiligheid Effectiviteit Patiëntgerichtheid Efficient	Proces Uitkomst	4

MSK	Voorste kruisbandletsel	Specifieke kennis Diagnostiek Indicatie VKB reconstructie Nazorg	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Evidence statement acuut knieletsel, Voorste kruisbandletsel NOV (onderdeel verstandige keuzes) Evidence statement revalidatie na VKB		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur, Proces	4
MSK	Voorste kruisbandletsel	Samenwerking/afstemming Orthoeped Huisarts Sportarts	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Evidence statement acuut knieletsel, Voorste kruisbandletsel NOV (onderdeel verstandige keuzes) Evidence statement revalidatie na VKB		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiënt	Structuur, Proces	4
MSK	Voorste kruisbandletsel	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie (Gemodificeerde Ganganalyselijst VAS Drop jump Pre-operatief: IKDC/KOOS)	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Evidence statement acuut knieletsel, Voorste kruisbandletsel NOV (onderdeel verstandige keuzes) Evidence statement revalidatie na VKB	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Proces, uitkomst	4
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal	Specifieke kennis	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn lage rugpijn en		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur, proces	4

	radiculair syndroom				lumbosacraal radiculair syndroom				
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Specifieke vaardigheden Manipulatie	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur, proces	4
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Samenwerking/afstemming Huisarts Neuroloog Orthopeed	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiënt	Structuur, proces	4
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Aanvullende therapievormen	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur, proces	4
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Niet passende zorg/beter laten Profiel 1: manipulaties, mobilisaties massage, TENS, Interferentie Profiel 2 en 3: TENS, Interferentie Bij LRS: Massage, TENS, Interferentie, manipulaties mobilisaties	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, gelijkgerichtheid, efficiënt	Structuur, proces	4
MSK	Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Meetinstrumenten stoornissen, activiteiten, participatie (N(P)RS, PSK)	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid	Proces, uitkomst	10

MSK	Artrose heup-knie	Specifieke kennis	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ KNGF Richtlijn artrose heup-knie NOV richtlijn artrose heup-knie Multidisciplinaire consultkaart NOV verstandige keuzes		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur Proces	4
MSK	Artrose heup-knie	Specifieke vaardigheden	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ KNGF Richtlijn artrose heup-knie NOV richtlijn artrose heup-knie Multidisciplinaire consultkaart NOV verstandige keuzes		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Structuur Proces	4
MSK	Artrose heup-knie	Samenwerking/afstemming Orthoeped Huisarts	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ KNGF Richtlijn artrose heup-knie NOV richtlijn artrose heup-knie Multidisciplinaire consultkaart NOV verstandige keuzes		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiënt	Structuur Proces	4
MSK	Artrose heup-knie	Afgeraden interventies	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ KNGF Richtlijn		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid,	Structuur Proces	6

		Niet-oefentherapeutische interventies pré- en postoperatief			artrose heup-knie		gelijkgerichtheid, efficiënt		
MSK	Artrose heup-knie	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie N(P)RS HOOS-ADL KOOS-ADL PSK 6MWT	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ KNGF Richtlijn artrose heup-knie	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Proces Uitkomst (ind/l&v)	6
Neurologisch	Beroerte	Specifieke kennis Kennis van basisvakken zoals (neuro)anatomie, (neuro)pathofysiologie, bewegingssturing en motorisch leren	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn beroerte		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	Beroerte	Specifieke vaardigheden Functionele prognostiek, evaluatie behandelplan	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn beroerte		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	Beroerte	Aanvullende uitvoeringseisen (outillage/faciliteiten) Volume-eis (>5)	c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn beroerte		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, gelijkgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	Beroerte	Samenwerking/afstemming Revalidatiearts Neuroloog Huisarts	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn beroerte		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	Beroerte	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie 10ML 6MWT	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn beroerte	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid	Proces Uitkomst (ind/l&v)	4

		TUG SSQOL							
Neurologisch	ALS	Aanvullende kennis Bij respiratoire dysfunctie	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	ALS	Aanvullende vaardigheden Bij respiratoire dysfunctie	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	ALS	Aanvullende uitvoeringseisen (outillage/faciliteiten) Bij respiratoire dysfunctie (bijzondere handeling) (FVC PCF (mond-neuskap)	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt	Structuur Proces	4
Neurologisch	ALS	Samenwerking/afstemming bijzondere handeling instructie mantelzorg revalidatiearts ergotherapeut (bij inzet hulpmiddelen)	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt, tijdig	Structuur Proces	4
Neurologisch	ALS	Aanvullende therapie vormen Bij respiratoire dysfunctie: ACBT Airstacken	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt,	Structuur Proces	4
Neurologisch	ALS	Meetinstrumenten Bij respiratoire dysfunctie: FVC/SVC [alternatief MIP/SNIP} PCF	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/Richtlijn ALS		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid,	Proces Uitkomst (ind/I&v)	4
Cardio-respiratoir	Hartrevalidatie/hartfalen	Specifieke kennis Niet medicamenteuze behandeling Beweging Veiligheidscriteria	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ NHG Hartfalen , richtlijn hartrevalidatie (2017), richtlijn hartrevalidatie (i.o.)		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid,	Structuur Proces	4

Cardio-respiratoir	Hartrevalidatie/hartfalen	Specifieke vaardigheden Niet medicamenteuze behandeling Beweging	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ NHG Hartfalen, richtlijn hartrevalidatie (i.o.)		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid,	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	Hartrevalidatie/hartfalen	Aanvullende uitvoeringseisen (outillage/faciliteiten) AED Arts oproepbaar Saturatiemeter	c	therapeutisch proces			Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt,	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	Hartrevalidatie/hartfalen	Samenwerking/afstemming Veiligheidscriteria Diagnostische gegevens inspanningstest Cardioloog Huisarts	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces			Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt, tijdig	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	Hartrevalidatie/hartfalen	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie PSK 6MWT	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/richtlijn hartrevalidatie (i.o.)	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt,	Proces Uitkomst (ind/l&v)	4
Cardio-respiratoir	COPD	Aanvullende kennis Interpretatie medische oz gegevens Doelgroep kennis: Direct na tijdens longaanval Complexe multimorbiditeit Palliatieve fase	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid,	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	COPD	Aanvullende vaardigheden Ademspiertraining Inspanningstraining Doelgroep:	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit,	Structuur Proces	4

		O2 suppletie Beademing Lage saturatie							
Cardio-respiratoir	COPD	Aanvullende uitvoeringseisen (outillage/faciliteiten) Saturatiemeter	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit, gelijkgerichtheid	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	COPD	Samenwerking/afstemming Organisatie van zorg Longarts Huisarts	b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt, tijdigheid	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	COPD	Aanvullende therapie vormen	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit, efficiënt,	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	COPD	Niet-passende zorg (beter laten)	a en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD		Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt, tijdigheid	Structuur Proces	4
Cardio-respiratoir	COPD	Meetinstrumenten Stoornissen Activiteiten/participatie 6MWT HHD (opt) CCQ activiteitenmeter	a en/of b en/of c	Diagnostisch, therapeutisch en evaluatief proces	Professionele standaard/ Richtlijn COPD	Landelijke database	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiënt,	Proces Uitkomst (ind/I&v)	10

Bijlage 6: Voorwaarden waar de patiëntinformatie aan moet voldoen

Fysiotherapeutische of oefentherapeutische keuze-informatie voor patiënten moet relevant, volledig, betrouwbaar, begrijpelijk en toegankelijk zijn.

- a. Relevant: Patiëntinformatie moet relevant zijn en aansluiten bij de specifieke behoeften en situatie van de patiënt of zorgzoekende. De informatie moet direct toepasbaar zijn op de beslissingen die gemaakt moeten worden en de problemen die opgelost moeten worden.
- b. Volledig: Patiëntinformatie moet volledig zijn en alle relevante informatie bevatten die nodig is om een weloverwogen keuze te maken.
- c. Betrouwbaar: Patiëntinformatie moet afkomstig zijn van betrouwbare bronnen, zoals erkende gezondheidsorganisaties of professionele richtlijnen. De informatie moet aansluiten bij de kennis en vaardigheden van fysio- en oefentherapeuten, aansluitend bij de principes van Evidence-based practice. Het gebruik van betrouwbare bronnen draagt bij aan het vertrouwen van patiënten in de verstrekte informatie.
- d. Begrijpelijk: Het is belangrijk om de patiëntinformatie in begrijpelijke taal te presenteren, zonder jargon of medische termen die voor patiënten verwarrend kunnen zijn. Begrijpelijke taal zorgt ervoor dat patiënten de informatie beter kunnen begrijpen en helpt hen bij het nemen van beslissingen op basis van een duidelijk begrip van hun situatie.
- e. Toegankelijk: Door informatie op een toegankelijke manier te presenteren wordt de patiënt geholpen om, bij een veelheid aan informatie, een gewogen besluit te nemen. Patiëntinformatie moet beschikbaar zijn op een geschikt platform, zoals een website, brochure of persoonlijk consult, en in een format dat geschikt is voor de ontvanger (bijv. tekst, audio, video).

Bijlage 7: Kwaliteitsindicatoren

Generieke kwaliteitsindicatoren

De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een set met generieke kwaliteitsindicatoren die ingezet kan worden voor het samen leren en verbeteren (interne kwaliteitsverbetering) en/of keuze-informatie voor o.a. cliënten en zorginkoop (externe transparantie). Daarmee is al een eerste stap gezet voor het bepalen van het doel en de doelgroep; stap 1 & 2 van de Indicatorentool.

Het is de ambitie bij stap 3 op basis van het zorgpad van de patiënt tripartite onderwerpen te selecteren die iets zeggen over de kwaliteit van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg en waar een indicator voor ontwikkeld kan worden. In de tabel van Bijlage 5 zijn onderwerpen opgenomen die hiervoor in aanmerking kunnen komen. Vervolgens is het de ambitie om bij stap 4 te inventariseren voor welke onderwerpen al indicatoren beschikbaar zijn (zoals bijvoorbeeld de Resultaatindex en de onderwerpen in tabel 4) en wat mogelijk nieuwe indicatoren zijn. Op basis hiervan wordt een kernset van generieke indicatoren opgesteld. Deze kernset van indicatoren wordt in stap 5 en 6 nader beschreven en gedefinieerd, waarna in stap 7 de procedure voor dataregistratie, verwerking en aanlevering wordt bepaald. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registraties, zoals LDF/LDK/LDO. Vervolgens wordt de kernset met generieke indicatoren in stap 8 en 9 getest in de praktijk en beoordeeld op inhoudsvaliditeit, vertekening en betrouwbaarheid. Tenslotte is het de ambitie een definitieve set aan generieke indicatoren vast te stellen zowel voor leren & verbeteren en keuze-informatie, te implementeren en jaarlijks te evalueren.

Voor de Resultaatindex zijn reeds een aantal stappen om te komen tot een indicator doorlopen:

- Er is beschreven wat de indicator inhoudt en wat de relevantie is om deze toe te passen voor leren en verbeteren en externe transparantie.
- De Resultaatindex is gedefinieerd op basis van type, afbakening, datatype, rekenregel en meetperiode & frequentie.
- De wijze van dataregistratie, verwerking en aanlevering is beschreven, waarbij gebruik wordt gemaakt van data die reeds routinematig wordt verkregen.
- De klinimetrische eigenschappen zijn retrospectief onderzocht. Met de validering van de Resultaatindex is een eerste stap gezet door deze te testen bij een groep fysiotherapeuten.
- De Resultaatindex is vastgesteld met als onderliggend doel leren & verbeteren, maar niet voor het doel keuze-informatie.

Stap 5 t/m 9 kunnen voor de Resultaatindex wellicht versneld doorlopen worden.

Op basis van bestaande indicatorensets en landelijke ontwikkelingen is er een voorlopige keuze gemaakt voor onderwerpen voor generieke indicatoren die in onderstaande tabel worden gepresenteerd.

NB de behandelindex voor oefentherapeuten is in ontwikkeling.

Tabel 3 Onderwerpen voor generieke indicatoren

Onderwerp/domein	Meetinstrument
Behandelresultaat	Resultaatindex
Patiëntervaring	PREM Paramedische zorg 3.0
Fysiek functioneren	PROMIS Lichamelijk Functioneren short form 8b

Daarnaast wordt voor de generieke indicatoren zoveel mogelijk aansluiting gezocht met de landelijke set generieke PROMs die is ontwikkeld voor medisch specialistische zorg binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg.^{68,69} In deze generieke set zijn zeven uitkomstdomeinen vastgesteld met in totaal acht uitkomsten: kwaliteit van leven, algemene gezondheid, sociaal functioneren/participatie, fysiek functioneren, mentaal functioneren (depressie, angst), vermoeidheid, pijn. Voor elk van deze uitkomsten is een voorkeurs-PROM geselecteerd, waarbij gekozen is voor PROMs uit het zogenoemde Patiënt Reported Outcome Information Measurement System (PROMIS). Echter, de rol die deze bestaande onderwerpen gaan spelen in de te ontwikkelen generieke indicatorenset is nog onbekend. Er zal tripartite consensus bereikt moeten worden over welke aspecten iets zeggen over kwalitatief goede zorg en als indicator doorontwikkeld kunnen worden. Dit is één van de resultaten die voortkomen uit de ambitie om generieke kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor het samen leren en verbeteren (interne kwaliteitsverbetering) en/of keuze-informatie voor o.a. cliënten en zorginkoop (externe transparantie).

Specifieke kwaliteitsindicatoren op trunci niveau

De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars - aanvullend op de generieke indicatorset - specifieke kwaliteitsindicatoren op trunci niveau voor de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg indien hier aanleiding toe wordt gezien.

De ambitie is om in de toekomst voor meer specifieke doelgroepen (op trunci niveau en/of op aandoeningsniveau) de patiëntreis te kunnen beschrijven. Hiervoor

is het nodig dat meer richtlijnen ontwikkeld en onderhouden kunnen worden, op basis waarvan indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

Specifieke kwaliteitsindicatoren op aandoeningsniveau

De beroepsverenigingen ontwikkelen conform de Indicatorentool in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars - aanvullend op de generieke indicatorenset en eventuele indicatorensets op truncniveau - specifieke kwaliteitsindicatoren op aandoeningsniveau voor de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg indien hier aanleiding toe wordt gezien.

Binnen dit project wordt beoordeeld in hoeverre aandoeningsspecifieke indicatorensets doorontwikkeld dienen te worden en/of geïmplementeerd kunnen worden voor het samen leren & verbeteren en wat ervoor nodig is om deze sets door te ontwikkelen voor keuze-informatie, zoals:

- OA/RA (naar aanleiding van de KNGF-richtlijnen)
- COPD/LRP (naar aanleiding van het project Minimale Dataset)
- Onderwerpen zoals opgenomen in bijlage 5.



Keurmerk Fysiotherapie

