



# Implementatieplan

## Kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie

November 2025



# Inhoudsopgave

|          |                                                                             |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>                                                            | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Hoe gaan we dit doen?</b>                                                | <b>3</b>  |
| 2.1      | Leren en verbeteren                                                         | 3         |
| 2.2      | Samenwerking                                                                | 3         |
| 2.3      | Monitoring en evaluatie                                                     | 3         |
| <b>3</b> | <b>Kwaliteitsregisters</b>                                                  | <b>6</b>  |
| 3.1      | Individuele registratie BIG-geregistreerde fysiotherapeut en oefentherapeut | 6         |
| 3.1.1    | Individuele registratie keurmerk fysiotherapeut                             | 6         |
| 3.1.2    | Kwaliteitsregistratie individuele fysiotherapeut                            | 6         |
| 3.2      | Praktijkregistratie                                                         | 7         |
| 3.2.1    | Toegang tot het basis praktijkregister van het Kwaliteitshuis fysiotherapie | 7         |
| 3.2.2    | Toegang tot het Praktijkregister van Stichting keurmerk fysiotherapie       | 7         |
| 3.2.3    | Toegang tot het Praktijkregister VvOCM                                      | 7         |
| 3.3      | Samen leren en verbeteren                                                   | 7         |
| <b>4</b> | <b>Kwaliteitsindicatoren</b>                                                | <b>9</b>  |
| 4.1      | Doelen voor het gebruik van indicatoren                                     | 9         |
| 4.1.1    | Beschrijving van de verschillende typen indicatoren                         | 9         |
| 4.1.2    | Generieke versus specifieke indicatoren                                     | 9         |
| <b>5</b> | <b>Governance structuur</b>                                                 | <b>10</b> |
| 5.1      | Doelstelling                                                                | 10        |
| 5.1.1    | Verantwoordelijkheden van de samenwerkingspartners                          | 10        |
| 5.1.2    | Governance structuur                                                        | 10        |
| <b>6</b> | <b>Evaluatie- en onderhoudsplan</b>                                         | <b>12</b> |
| 6.1      | Evaluatie en bijsturing                                                     | 12        |
| 6.2      | Jaarlijkse evaluatie en onderhoud                                           | 12        |
| 6.3      | Onderhoudsplan: besluitvorming op basis van evaluatie                       | 12        |
| 6.4      | Aandacht voor context en waarden                                            | 13        |
| 6.5      | Lerend klimaat door transparantie                                           | 13        |
|          | Bijlage 1 - Indicortool                                                     | 13        |

# 1 Inleiding

Met de publicatie van het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is een belangrijke stap gezet naar het verder versterken van de kwaliteit, transparantie en doelmatigheid van fysio- en oefentherapeutische zorg. Dit implementatieplan beschrijft hoe partijen invulling moeten geven aan de uitgangspunten, normen en ambities uit het kwaliteitskader en hoe zij deze in de praktijk realiseren. Het doel is om de kwaliteit van zorg structureel te bewaken én door te ontwikkelen door een gezamenlijke leer- en verbeterklimaat met bijbehorend kwaliteitssysteem te realiseren. Hierin wordt rekening gehouden met het veranderende zorglandschap, technologische innovaties en de maatschappelijke opgaven.

In dit implementatieplan worden de noodzakelijke stappen en randvoorwaarden beschreven om te komen tot een succesvolle invoering van het kwaliteitskader binnen de dagelijkse praktijk van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Hierin staat het leer- en verbeterklimaat dat bijdraagt aan inzicht in en transparantie van kwaliteit centraal. Partijen werken vervolgens tripartiet een gedetailleerder uitvoeringsplan uit, aan de hand van het kwaliteitskader en het implementatieplan. Hierbij hebben zij aandacht voor professionele standaardisering, kwaliteitsregistraties en monitoring, lerend vermogen, samenwerking in de keten en het vergroten van de transparantie van zichtbare en meetbare effecten van de geleverde zorg. Daarnaast geeft het uitvoeringsplan inzicht in de geschatte financiële en administratieve gevolgen van het kwaliteitskader en bevat het uitvoeringsplan afspraken over wie financieel verantwoordelijk is voor bepaalde onderdelen van het uitvoeringsplan. Het uitvoeringsplan en dit implementatieplan zijn onlosmakelijk verbonden aan het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*. De implementatie van het kwaliteitskader wordt gedragen door zorgprofessionals, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en de patiëntenorganisatie. Dit implementatieplan is niet alleen een routekaart, maar ook een gezamenlijke afspraak en een inspanningsverantwoordelijkheid voor passende, toekomstbestendige en hoogstaande fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg.

## 2 Hoe gaan we dit doen?

Bij het opstellen van het implementatieplan bij het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* is gekozen voor een aanpak die gestoeld is op drie fundamentele principes: leren & verbeteren, samenwerking en monitoring & evaluatie. Deze principes zijn dynamisch zodat er ruimte ontstaat om een duurzame en adaptieve verandering te realiseren die recht doet aan een context die in beweging is.

### 2.1 Leren en verbeteren

Een succesvolle implementatie vraagt om een lerende aanpak. Dat betekent dat we gedurende het hele proces actief kort cyclisch reflecteren op wat werkt en wat niet, en waar nodig bijsturen. Concreet hanteren we hiervoor de volgende werkwijzen:

#### Iteratief werken

We implementeren in fasen of stappen, waarbij we na elke fase evalueren en leren voor de volgende stap.

#### Feedbackloops

We bouwen systematisch momenten in om ervaringen, knelpunten en successen te bespreken met alle betrokkenen. Zo creëren we ruimte voor continue verbetering en aanpassing.

#### Transparantie zonder afrekenmodel

Zorgproces, zorgresultaten en voortgang maken we transparant voor alle betrokkenen, maar niet vanuit een controlerende of sanctionerende logica. Het delen van informatie is het fundament voor een veilig leer- en verbeterklimaat. Hierdoor ontstaat een cultuur waarin uitkomsten bespreekbaar zijn en innovatie wordt gestimuleerd.

#### Kennisdeling

We stimuleren kennisuitwisseling tussen zorgprofessionals zodat goede voorbeelden en geleerde lessen breder worden benut.

### 2.2 Samenwerking

Samenwerking is cruciaal voor een gedragen implementatie. Door verschillende perspectieven, expertises en belangen vroegtijdig en actief te betrekken, vergroten we de kans op succes. We doen dit op de volgende manieren:

#### Verantwoordelijkheden afstemmen

In het uitvoeringsplan staat op bestuurlijk niveau wat ieders rol en verantwoordelijkheid is.

#### Co-creatie

Inhoudelijke deskundigen vanuit de beroepsgroepen, vertegenwoordigers van patiënten en zorgverzekeraars worden vanaf het begin betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het uitvoeringsplan, zodat het in voldoende mate kan bijdragen aan een goede uitvoering van ieders werkzaamheden en verantwoordelijkheden. De kennis die is opgedaan bij de kwaliteitsregisters wordt benut en partijen die hier ervaring in hebben opgedaan worden gelijkwaardig betrokken.

#### Open communicatie

We hanteren een transparante werkwijze waarbij informatie toegankelijk is en er ruimte is voor dialoog.<sup>1</sup>

### 2.3 Monitoring en evaluatie

Om grip te houden op de voortgang én de impact van de uitvoering maken we gebruik van gerichte monitoring en evaluatie. Dit helpt ons om tussentijds bij te sturen en verantwoording af te leggen. Belangrijke elementen hierbij zijn:

<sup>1</sup> De Kwaliteitsraad kan hier desgewenst een rol bij spelen.

### **Duidelijke doelstellingen en indicatoren**

We formuleren meetbare doelen en stellen vooraf indicatoren vast om voortgang te meten. Onderdeel hiervan is het monitoren van:

1. voldoende kwaliteitstransparantie in keuze informatie voor de zorggebruiker en zorgverzekeraar, te starten met relatief eenvoudig te ontsluiten informatie op basis van de indicatorentool;
2. de administratielasten voor de zorgprofessional, met als doel om deze zo laag mogelijk te houden; en
3. het effect van mogelijke aanvullende voorwaarden in contracten tussen zorgverzekeraar en praktijk op de kwaliteit en administratieve last.

### **Voortgangsrapportages**

Periodieke rapportages geven inzicht in de stand van zaken en maken tijdige bijsturing mogelijk.

### **Effectevaluatie**

Na afloop van de implementatie beoordelen we in een dynamisch proces in hoeverre de doelstellingen zijn behaald en wat de impact is geweest. Deze inzichten vormen input voor vervolgstappen of nieuwe initiatieven.

Het implementatieplan is opgebouwd rond de principes van leren & verbeteren, samenwerking en monitoring & evaluatie. Hiermee creëren we een robuuste en dynamische aanpak. Door transparant te zijn over resultaten bevorderen we een open leerklimaat waarin continu leren en verbeteren centraal staat. Zo realiseren we duurzame verandering die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de praktijk en de maatschappij.

# 3 Kwaliteitsregisters

Een kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten is een officieel en onafhankelijk registratiesysteem waarin zorgverleners of praktijken hun deskundigheid en professionele ontwikkeling aantonen. Het betreffende register heeft als doel de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken en continu te verbeteren.

In kwaliteitsregisters worden fysiotherapeuten en oefentherapeuten beoordeeld op basis van vooraf vastgestelde criteria. Bijvoorbeeld het volgen van bij- en nascholing, intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld via peer review), deelname aan kwaliteitsactiviteiten en het onderhouden van praktijkervaring. Zo weten we zeker dat zij werken volgens actuele richtlijnen en standaarden en dat zij blijven investeren in hun vakbekwaamheid.

Kwaliteitsregisters maken het zichtbaar voor patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars en de beroepsgroep dat een geregistreerde zorgprofessional of -praktijk voldoet aan de gestelde eisen voor kwaliteit en actief werkt aan professionele ontwikkeling. Inschrijving in een erkend kwaliteitsregister is een belangrijk instrument om transparantie, vertrouwen en kwaliteit in de zorg te waarborgen en aan te tonen dat een zorgprofessional of praktijk actief werkt aan het behouden en verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening.

Voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten geldt dat zij door middel van een inschrijving in een kwaliteitsregister aantonen dat zij voldoen aan kwaliteitseisen en actief investeren in hun professionele ontwikkeling.

## 3.1 Individuele registratie BIG-geregistreerde fysiotherapeut en oefentherapeut

Om in aanmerking te komen voor registratie in het *Individueel Register Fysiotherapie*<sup>II</sup> gelden aanvullend op de BIG-registratie extra eisen. Het gaat hierbij om de volgende eisen:

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

Met een registratie in het *Individueel Register Fysiotherapie* erkent de fysiotherapeut het belang van continu (samen) leren en ontwikkelen binnen het vakgebied fysiotherapie, zoals beschreven in het *Beroepsprofiel Fysiotherapeut*.

### 3.1.1 Individuele registratie keurmerk fysiotherapeut

Specifiek voor fysiotherapeuten die werkzaam zijn in een praktijk aangesloten bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie gelden aanvullende eisen. Deze eisen zijn een jaarlijkse punteneis (deskundigheidsbevordering), deelname aan een peer review en het opstellen van een persoonlijk ontwikkelplan (POP). Fysiotherapeuten worden jaarlijks op deze eisen getoetst.

### 3.1.2 Kwaliteitsregistratie individuele fysiotherapeut

Iedere oefentherapeut die het bewijs van bevoegdheid heeft ontvangen en zich wil aansluiten bij de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), 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. 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 vakinhoudelijk bekwaam. 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 moeten de geregistreerde paramedici in ieder geval eens in de vijf jaar aantonen dat ze aan de criteria hebben voldaan.

<sup>II</sup> Reglement individueel register fysiotherapie.



### 3.2 Praktijkregistratie

De beroepsgroep fysiotherapie kent de volgende mogelijkheden voor praktijken om zich te registreren: het *Basis Praktijkregister Fysiotherapie*, met daarin een basisregistratie, en het keurmerk *Praktijkregister Fysiotherapie*. Het *Praktijkregister Fysiotherapie* is onderdeel van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie.

Een praktijkregister stelt eisen waar een individueel werkzame fysiotherapeut geen directe verantwoordelijkheid voor kan nemen of dragen, tenzij de fysiotherapeut een solist is. Het bevat afspraken op praktijkniveau. Het gaat bijvoorbeeld om praktijkinrichting, deelname aan dataverzameling, geboden diensten. Maar ook om inhoudelijke activiteiten zoals peer review en intervisie binnen de praktijk.

#### 3.2.1 Toegang tot het Basis Praktijkregister van het Kwaliteitshuis Fysiotherapie

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

- Alle fysiotherapeuten die in de praktijk werken, zijn geregistreerd in het Individueel Register.
- Binnen de praktijk wordt gewerkt volgens de wet- en regelgeving en standaarden van de beroepsgroep.
- De praktijk committeert zich aan het structureel, periodiek aanleveren van data aan de landelijke database van de beroepsgroep.
- De fysiotherapeuten die in de praktijk werken, onderschrijven de principes van reflecterend leren.
- De praktijk committeert zich aan tweejaarlijkse formatieve peervisitatie, gebaseerd op de principes van reflecterend leren.

#### 3.2.2 Toegang tot het Praktijkregister van Stichting keurmerk fysiotherapie

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

- 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)*.

#### 3.2.3 Toegang tot het Praktijkregister VvOCM

De zogenoemde pluspraktijken 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. Over de gehele beroepsgroep wordt het basis praktijkregister uitgerold, waarin onderdelen van het keurmerk praktijkregister worden opgenomen. Het blijft de individuele keuze van een praktijk om te upgraden naar het keurmerk praktijkregister vanuit het basis praktijkregister.

Inschrijving in het basis praktijkregister<sup>III</sup> gebeurt op praktijkniveau. Om ingeschreven te staan moeten de praktijken aan de volgende eisen voldoen de praktijken:

- Alle werkzame oefentherapeuten staan geregistreerd in het *Kwaliteitsregister Paramedici*.
- Deelname aan visitatie.
- Deelname aan dataverzameling *Landelijke Database Oefentherapie*.
- Deelname aan praktijkjaarslag.
- Uitzet van de PREM-vragenlijst volgens eisen. PREM is de afkorting van *Patient Reported Experience Measurement*.

De kwaliteitscyclus van het *Praktijkregister VvOCM* bestaat uit diverse onderdelen die samen de kwaliteit bewaken. De visitatie gebeurt door praktijken die ook in het praktijkregister staan. Dit kan leiden tot verbeterpunten die geïmplementeerd worden in de praktijk. Door deze methodiek blijft leren en verbeteren centraal staan.

### 3.3 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.

<sup>III</sup> Te ontwikkelen Basis Praktijkregister Fysiotherapie.

De individuele fysiotherapeut en oefentherapeut of -praktijk die is ingeschreven in een kwaliteitsregister is aantoonbaar bezig met continu leren en verbeteren.

Voor reflectie en feedback kunnen data en normen voor kwaliteit gebruikt worden zoals indicatoren en richtlijnen. Dashboards zoals die van de *Landelijke Database Fysiotherapie* (LDF), *Landelijke Database Kwaliteit* (LDK) en de *Landelijke Database Oefentherapie* (LDO) 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 voor het leren van elkaar en samen verbeteren en ontwikkelen.

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



## 4 Kwaliteitsindicatoren

Voor leren en verbeteren is zicht op de kwaliteit van zorg nodig: kwantitatief en kwalitatief. Voor reflectie en feedback kunnen data en normen voor kwaliteit gebruikt worden zoals indicatoren en richtlijnen. Dashboards zoals die van de *Landelijke Database Fysiotherapie* (LDF), *Landelijke Database Kwaliteit* (LDK) en de *Landelijke Database Oefentherapie* (LDO) ondersteunen het gebruik van data en bieden inzicht in resultaten en verschillen op individueel niveau, praktijkniveau, regioniveau en op beroepsgroepniveau.

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.

### 4.1 Doelen voor het gebruik van indicatoren

Elke indicator moet relevant zijn voor het klinisch redeneren en handelen. Voor het gebruik van indicatoren worden drie doelen onderscheiden die waar mogelijk ook gecombineerd kunnen worden: gebruik in de individuele patiëntenzorg voor samen beslissen, monitoring en evaluatie van de behandeling; gebruik voor interne kwaliteitsverbetering, waarbij geaggregeerde uitkomsten op populatieniveau worden gebruikt voor leren en verbeteren; gebruik voor externe transparantie waarbij geaggregeerde uitkomsten worden gebruikt zoals keuze-informatie voor patiënten of zorginkoop door zorgverzekeraars, als deze heeft voldaan aan alle stappen van de indicator-tool (zie Bijlage 1).

#### 4.1.1 Beschrijving van de verschillende typen indicatoren

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

| Type indicator en toelichting                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator<br>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: |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Structuurindicator                                                                                                                                                                                                                    | Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een fysiotherapeut met verbijzondering.                                                         |
| Procesindicator                                                                                                                                                                                                                       | 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. |
| Uitkomstindicator                                                                                                                                                                                                                     | Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Bijvoorbeeld het percentage patiënten met lage rugklachten dat na vijf consulten pijnvrij is.                                                 |

#### 4.1.2 Generieke versus specifieke indicatoren

Deze paragraaf beschrijft wat onder generieke en specifieke kwaliteitsindicatoren wordt verstaan en hoe specifieke kwaliteitsindicatoren opgedeeld kunnen worden in categorieën van aandoeningen, de trunci.

Generieke indicatoren zijn onafhankelijk van de aandoening en van toepassing op alle patiënten binnen de fysiotherapeutische 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). En bijvoorbeeld procesindicatoren die inzicht geven in leren en verbeteren.

Wanneer dit relevant is, kunnen ook indicatoren op een specifiek niveau ontwikkeld worden. Specifieke kwaliteitsindicatoren zijn gericht op categorieën van (specifieke) aandoeningen.

# 5 Governancestructuur

Een effectieve uitvoering en implementatie van het kwaliteitskader vraagt om een robuuste, maar wendbare governancestructuur. De structuur is gebaseerd op een gezamenlijk, tripartiet leer- en verbeterklimaat waarbij transparantie, samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid belangrijke principes zijn.

De structuur waarborgt besluitvorming, coördinatie, uitvoering en evaluatie in lijn met de gezamenlijke ambities van de betrokken partijen. Deze paragraaf beschrijft de governance rondom de uitvoering en implementatie van het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie*.

## 5.1 Doelstelling

De governance heeft als doel:

- heldere rollen en vastgelegde verantwoordelijkheden;
- een cyclisch proces van ontwikkeling, implementatie en evaluatie te ondersteunen;
- transparante besluitvorming en gezamenlijke verantwoording te waarborgen; en
- de voortgang richting passende zorg structureel te borgen.

### 5.1.1 Verantwoordelijkheden van de samenwerkingspartners

Alle samenwerkingspartners dragen een gedeelde verantwoordelijkheid voor:

- De ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en het realiseren van passende zorg.
- Het realiseren van randvoorwaarden (inhoudelijk, organisatorisch en financieel).
- Het bewaken van werkplezier, goed werkgeverschap en gezonde praktijkvoering.
- Het waarborgen van draagvlak binnen ieders eigen achterban.

### 5.1.2 Governancestructuur

|                        | <b>Bestuurlijk overleg kwaliteitskader</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Bureauoverleg kwaliteitskader</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Werkgroepen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Doel</b>            | Strategische sturing en besluitvorming                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Operationele coördinatie en procesbewaking                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Uitvoering van ontwikkel- en implementatieprojecten                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Samenstelling</b>   | Bestuurders of gemachtigden van: KNGF, VvOCM, SKF, PFN, ZN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Afgevaardigden van partijen op uitvoerend niveau, onder voorzitterschap van Zorginstituut Nederland/KR                                                                                                                                                                                                                                                      | Projectleider, inhoudelijk deskundigen uit de beroepsgroepen, SKF en vertegenwoordigers van patiënten en (indien relevant) zorgverzekeraars.                                                                                                                                                                          |
| <b>Werkwijze/taken</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komt minimaal 1x per jaar bijeen onder onafhankelijk voorzitterschap.</li> <li>- Stelt jaarlijks de voortgang vast en geeft nieuwe opdrachten aan werkgroepen.</li> <li>- Besluit over implementatie op basis van advies bureauoverleg.</li> <li>- Bespreekt ethische afwegingen, sectorschetsen en spiegelinformatie.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coördineren en monitoren werkgroepen.</li> <li>- Toetsen op inhoudelijke voortgang en proces.</li> <li>- Signaleren van knelpunten en formuleren van oplossingsrichtingen.</li> <li>- Voorbereiden en agenderen van bestuurlijk overleg.</li> <li>- Opstellen van integraal advies voor besluitvorming.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen van ontwikkel- en implementatieplannen.</li> <li>- Uitvoeren van activiteiten binnen afgesproken tijd en middelen.</li> <li>- Aanleveren voortgangs- en eindrapportages.</li> <li>- Evaluatie en bijstelling van de plannen op basis van de uitkomsten.</li> </ul> |

## 6 Evaluatie- en onderhoudsplan

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de betrokken partijen gezamenlijk het kwaliteitskader, implementatieplan en uitvoeringsplan gaan evalueren en onderhouden, en wat er gedaan wordt met signalen vanuit de praktijk die kunnen bijdragen aan de verbetering hiervan.

### 6.1 Evaluatie en bijsturing

Een robuuste en periodieke evaluatiestructuur is essentieel voor het succesvol realiseren van de ambities van het *Kwaliteitskader Fysio- en Oefentherapie*. Evaluatie vormt het fundament voor lerend organiseren, het versterken van de kwaliteit, het tijdig signaleren van knelpunten en het maken van onderbouwde keuze voor vervolgstappen. Binnen de governance van het kwaliteitskader is daarom voorzien in een cyclisch evaluatieproces dat zowel procesmatig als inhoudelijk van aard is.

### 6.2 Jaarlijkse evaluatie en onderhoud

Het Bestuurlijk overleg kwaliteitskader evalueert ten minste eenmaal per jaar de voortgang van de uitvoering en implementatie van het kwaliteitskader. Hierbij wordt gebruikgemaakt van meerdere informatiebronnen.

#### Sectorschets op geaggregeerd niveau

Deze geeft inzicht in onder andere het aantal geregistreerde praktijken, spreiding, verbijzonderingen van therapeuten, patiëntenpopulatie, behandelvolumes en zorgkosten. De sectorschets fungeert als objectieve onderlegger voor beleidsmatige reflectie.

#### Spiegelinformatie

Informatie over zorguitkomsten, ervaringen van patiënten en professionals, en benchmarking ten opzichte van collega's en praktijkgemiddelden. Deze data ondersteunen zelfreflectie en kwaliteitsontwikkeling in het veld.

#### Voortgangs- en eindrapportages van werkgroepen

Deze rapportages worden aangeleverd via het bureauoverleg en bevatten informatie over de status van projecten, gerealiseerde doelstellingen, obstakels en verbeterpunten.

#### Evaluatie van implementatie-effecten

Waar mogelijk worden implementaties geëvalueerd op basis van vooraf gedefinieerde criteria (zoals SMART-doelen), bijvoorbeeld via monitoring van het gebruik van richtlijnen, gebruiksstatistieken, feedback uit het werkveld en vragenlijsten onder zorgverleners of patiënten.

### 6.3 Onderhoudsplan: besluitvorming op basis van evaluatie

De evaluatie resulteert in een aantal concrete beslismomenten in het bestuurlijk overleg.

#### Vaststellen of resultaten zijn behaald

Er wordt beoordeeld of de in het kwaliteitskader geformuleerde ambities en normen voldoende zijn gerealiseerd en bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

#### Toetsen van randvoorwaarden

Er wordt vastgesteld of de inhoudelijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden aanwezig zijn om door te gaan naar een volgende fase van uitvoering of implementatie.

#### Bijstelling of herprioritering van projecten

Op basis van actuele ontwikkelingen of knelpunten kan worden besloten tot aanpassing van ontwikkel- en implementatieplannen. Aanpassingen worden gemotiveerd door relevante context, zoals nieuwe wetgeving, maatschappelijke trends of voortgangsproblemen.

#### 6.4 Aandacht voor context en waarden

Bij de evaluatie worden nadrukkelijk ook maatschappelijke en ethische overwegingen betrokken. Dit omvat onder meer:

- ethische dilemma's in de praktijkvoering (zoals verdeling van zorgcapaciteit bij schaarste en gezondheidsverschillen);
- afwegingskaders bij schaarste, waarbij de menselijke maat en professionele autonomie leidend zijn; en
- waarden als werkplezier, goed werkgeverschap en duurzaamheid, die randvoorwaardelijk zijn voor kwalitatieve en toekomstbestendige zorg.

#### 6.5 Lerend klimaat door transparantie

Het evaluatieproces is erop gericht om het lerend klimaat van de sector aan de hand van het *Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie* te versterken. De uitkomsten van de evaluatie worden daarom niet alleen benut voor interne bijsturing, maar ook (indien relevant) gedeeld met betrokken stakeholders, waaronder praktijken, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Op deze manier draagt evaluatie bij aan continue verbetering, transparantie en versterking van vertrouwen in het kwaliteitssysteem.

## Bijlage 1 | Indicatortool

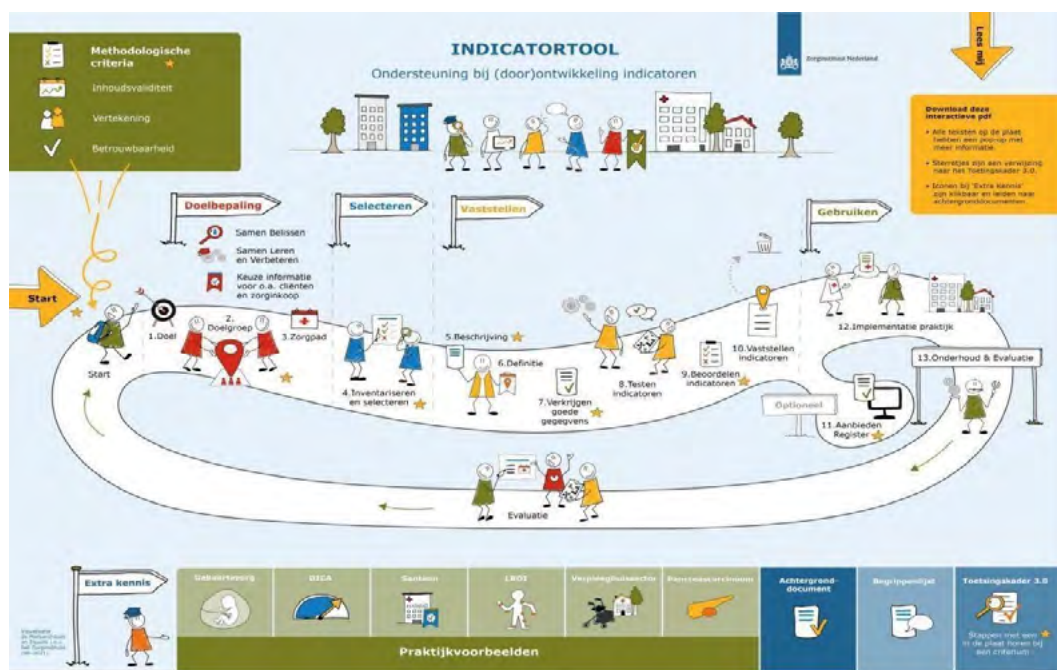
Voor de geschiktheid van het transparant maken van gegevens wordt gebruik gemaakt van de indicatortool die ontwikkeld is door het Zorginstituut en gepubliceerd is op de website:

Indicatortool ([zorginzicht.nl](http://zorginzicht.nl))

Achtergronddocument Indicatortool ([zorginzicht.nl](http://zorginzicht.nl))

De indicatortool 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; Indicortool)*

## 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; Indicortool)*

## 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; Indicortool)*

## 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; Indicortool)*

### 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)*