

Prestatie-indicatoren Fysiotherapie

**Het ontwikkelen en testen van een basisset
van publieke kwaliteitsindicatoren
voor de fysiotherapie**

Karin Neeleman-van der Steen

Geertje van de Ven

Maarten Krol

Rob de Bie

Rob Oostendorp

Jozé Braspenning

IQ healthcare & CEBP



Nijmegen/Maastricht, januari 2009

IQ healthcare
Scientific Institute for Quality of Healthcare

Missie Het Scientific Institute for Quality of Healthcare is een (internationaal) topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee draagt het bij aan een effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiënten zorg. Het instituut ondersteunt zorgaanbieders, beleidsmakers en patiëntenorganisaties bij het verwezenlijken van een goede patiëntenzorg en bij beleidsbeslissingen op dat gebied. Daartoe onderhoudt het netwerken en is verankerd in zowel de wetenschappelijke wereld als in de praktijk van de gezondheidszorg.

Instituut IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Bij de internationale visitatie in 2005 werd de groep beoordeeld als 'excellent' en 'world-leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.

In het instituut werken ruim 100 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling (artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers, ethici). Jaarlijks worden 8-10 promoties afgerond en publiceren we ongeveer 150 artikelen in internationale wetenschappelijke tijdschriften. Ook worden concrete scholingspakketten en gebruiksinstrumenten ter ondersteuning van diverse organisaties gemaakt. De activiteiten richten zich op artsen, paramedici, verpleegkundigen, managers en andere professionals in de zorg; in de eerste lijn, het ziekenhuis en andere zorginstellingen.

Thema's

- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
- Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
- Versterken van de rol van patiënten in de zorg
- Implementatie van richtlijnen en 'best practices', houdbare verbetering
- Ketenzorg, 'disease management' en geïntegreerde zorg
- Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
- Professionele ontwikkeling van klinische professionals
- Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg
- Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid

Contact IQ healthcare www.iqhealthcare.nl
UMC St Radboud
Huispost 114 Telefoon: 024 36 15 302
Postbus 9101 Fax: 024 35 40 166
6500 HB Nijmegen

Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen

Dit is een publicatie van IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare; voorheen afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK)), UMC St Radboud Nijmegen.

Dit onderzoek is uitgevoerd door IQ healthcare en het Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP) in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In het onderzoek waren de volgende partijen betrokken: het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) van de Radboud Universiteit Nijmegen verzorgde de webapplicatie.

Auteurs

Drs. CWM Neeleman-van der Steen

Drs. G van de Ven

Drs. MW Krol

Prof.dr. RA de Bie

Prof.dr. RAB Oostendorp

Dr. JC Braspenning

Nijmegen/Maastricht, januari 2009

Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Neeleman-van der Steen CWM, Ven G van de, Krol MW, Bie RA de, Oostendorp RAB, Braspenning JC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie. Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen/Maastricht, januari 2009).

Openbaar maken of vermenigvuldigen van dit rapport kan alleen na toestemming van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa is intellectueel eigenaar van de Prestatie-indicatoren Fysiotherapie.

Dit rapport is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

Dit rapport is op te vragen bij:

IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare

Universitair Medisch Centrum St Radboud

Postbus 9101, 114 IQ Healthcare

6500 HB NIJMEGEN

Inhoudsopgave

1. De basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie 2008	7
2. Kernboodschappen	8
3. Samenvatting	10
4. Inleiding	11

Deel I Ontwikkelen

5. Methode van het ontwikkelen van de voorlopige basisset	13
5.1 Stap 1: Literatuuronderzoek voor het raamwerk	14
5.2 Stap 2: Inventarisatie onderwerpen	14
5.3 Stap 3: Consensusrondes	14
5.4 Stap 4: Consultatie	15
5.5 Vaststellen voorlopige basisset	15
6. Resultaten van het ontwikkelen van de voorlopige basisset	16
6.1 Resultaten stap 1: Literatuuronderzoek voor het raamwerk	16
6.2 Resultaten stap 2: Inventarisatie onderwerpen	18
6.3 Resultaten stap 3: Consensusrondes	18
6.4 Resultaten stap 4: Consultatie	20
7. Vaststellen voorlopige basisset	21

Deel II Praktijkttoets

8. Methode praktijktoets	
8.1 Beschikbaar maken van indicatoren voor de internetapplicatie	22
8.2 Training deelnemers, helpdesk, belronde, nieuwsbrieven	22
8.3 Testen en evalueren van de indicatoren en de vragenlijsten in de praktijk	23
8.3.1 Indicatorscores en referentiecijfers	23
8.3.2 Factoren die van invloed zijn op de indicatorscore/casemix	24
8.3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	24
8.4 Feedback	25
8.5 Haalbaarheid en acceptatie	25

9.	Resultaten en evaluatie praktijktoets	
9.1	Internetapplicatie	26
9.2	Training, helpdesk, belronde, nieuwsbrieven	26
9.3	Testen en evalueren van de indicatoren en de vragenlijsten in de praktijk	27
	9.3.1 Thema 1: Fysiotherapeutisch Handelen	28
	9.3.2 Thema 2: Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	42
	9.3.3 Thema 3: Patiëntervaringen	47
	9.3.4 Betrouwbaarheid	59
	9.3.5 Vergelijking Fysiotherapeutisch Handelen en Patiëntervaringen	61
9.4	Feedback	62
9.5	Haalbaarheid en acceptatie	64
10.	Algemene en themaoverstijgende discussiepunten	67
11.	Vaststellen basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie 2008	70
	Literatuur	71

Bijlagen

- I. Samenstelling project
- II. Voorlopige basisset (maart 2008)
- III. Vragenlijsten:
 - Fysiotherapeutisch Handelen
 - Praktijkorganisatie en Etalage-informatie
 - Patiëntervaringen
- IV. Feedbackrapport

1. De basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie 2008¹

Fysiotherapeutisch Handelen	
% patiënten bij wie ...	
1	Methodisch is gehandeld tijdens screening
2a	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF
2b	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënt
3	Methodisch is gehandeld bij vaststellen doelen
4	Methodisch is gehandeld tijdens therapeutisch proces
5a	Behandelresultaat is vastgesteld
5b	Behandelresultaat subjectief is vastgesteld
5c	Behandelresultaat objectief is vastgesteld
6	Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald
7	Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald
8a	Overlegd is met DTF-patiënt
8b	Overleg is met verwezen patiënt
Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	
9	Etalage-informatie beschikbaar
10	Veiligheid gewaarborgd
11	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd
12	Mate van professionele samenwerking
13	Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd
Patiëntervaringen op:	
14	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk
15	Accommodatie
16	Communicatie en informatie
17	Bejegening
18	Samenwerking
19	Zelfstandigheid
20	Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)
21	Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling
22	De behandelperiode
23	Patiëntenrechten

¹ de korte definities zijn hier gegeven, de volledige definities staan in de overzichten bij elke indicator

2. Kernboodschappen

Conclusies Basisset

1. Er is een basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie ontwikkeld waarin alle partijen (NZa, KNGF, NPCF, ZN, IGZ en VWS) zich kunnen vinden.
2. Voor de 23 indicatoren zijn bruikbare vragenlijsten ontwikkeld die betrekking hebben op de thema's:
 - Fysiotherapeutisch Handelen (8 indicatoren)
 - Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (5 indicatoren)
 - Patiëntervaringen (10 indicatoren)
3. De basisset is inhoudsvalide en levert een acceptabel tot goed beeld qua betrouwbaarheid.
4. Het digitaal afnemen van de vragenlijsten is een geschikte methode om informatie te verzamelen om prestatie-indicatoren te berekenen. Voor de korte termijn lijkt het invullen via een speciale internetsite geschikt, voor de lange termijn wordt (gezien de arbeidsintensiviteit) geadviseerd de indicatoren van het thema Fysiotherapeutisch Handelen zoveel mogelijk te integreren in bestaande pakketten.
5. De feedbackrapporten worden door de praktijken zeer op prijs gesteld en praktijken willen er graag mee aan de slag. Wel heeft een deel van de praktijken behoefte aan ondersteuning bij de implementatie van de verbeterplannen.
6. De set is geschikt voor bredere implementatie, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de ontwikkelde methoden, materialen, training, helpdesk en nieuwsbrieven.
7. De basisset prestatie-indicatoren Fysiotherapie moet worden gezien als groeimodel en moet worden onderhouden en doorontwikkeld wanneer hiervoor aanleiding is.
8. Vanaf heden wordt gesproken over Kwaliteitsindicatoren in plaats van Prestatie-indicatoren.

Aanbevelingen voor de toekomst op basis van de conclusies

9. Als gegevens op termijn uit het fysiotherapeutisch Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) kunnen komen, dan vergroot dit de betrouwbaarheid wat betreft de gegevensverzameling en het aantal patiënten per praktijk.
10. Geadviseerd wordt vanuit de basisset toe te werken naar aandoenings specifieke indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen, die zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande aandoenings specifieke regionale en landelijke netwerken en EPD's.
11. Aanbevolen wordt te onderzoeken hoe de vragenlijst Patiëntervaringen en de CQ-index in elkaar kunnen worden geschoven, zodat praktijk en patiënt maar één keer worden belast met het benaderen van patiënten c.q. invullen van vragen over hun ervaringen.

12. Aanbevolen wordt na de landelijke uitrol eind 2009 de set opnieuw kritisch te evalueren, aangezien dan data van grotere groepen patiënten beschikbaar zijn om de set nog beter te valideren, de betrouwbaarheid te bekijken en eventuele casemix-stratificatie te verantwoorden. De set moet worden aangepast wanneer uit deze evaluatie blijkt dat dit noodzakelijk is.

3. Samenvatting

Doel

De transparantie voor de eerstelijns fysiotherapie is tot heden onvoldoende gebleken, waardoor verschillen in de kwaliteit van zorg tussen fysiotherapiepraktijken niet inzichtelijk genoeg waren voor de zorggebruikers, de zorgleveranciers, de zorgverzekeraars en de toezichthouders. Het ontbrak tot nu toe ook aan een systeem om kwaliteitsverschillen te meten. Met dit onderzoek is een basisset van Prestatie-indicatoren ontwikkeld, die wordt gedragen door alle belanghebbende partijen en waarmee de kwaliteit van eerstelijns fysiotherapiepraktijken inzichtelijk kan worden gemaakt en kan worden vergeleken.

Methode

Op basis van een literatuuronderzoek is een raamwerk opgesteld waarmee de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie kon worden beschreven. Het raamwerk is nader ingevuld en op basis daarvan zijn in diverse consensusrondes onder patiënten, fysiotherapeuten, zorginkopers en een panel van koepelorganisaties de onderwerpen herschikt in drie thema's en zijn de indicatoren gedefinieerd. Bij de thema's en indicatoren zijn vragen ontwikkeld die beschikbaar werden gemaakt in een webbased systeem.

Vervolgens is de voorlopige basisset in de praktijk getoetst en kritisch geëvalueerd. Hiervoor hebben 145 fysiotherapeuten uit 51 verschillende praktijken en hun patiënten (maximaal 30 per therapeut) meegedaan. De fysiotherapeuten zijn getraind om de juiste gegevens te kunnen verzamelen. Met de resultaten van de vragenlijsten konden per praktijk scores op de indicatoren worden berekend. Vervolgens werd bekeken of de indicatoren geschikt zijn voor bredere toepassing (duidelijk, valide, betrouwbaar en haalbaar).

Resultaten

Het resultaat was een basisset van 23 Prestatie-indicatoren Fysiotherapie op drie thema's, namelijk Fysiotherapeutisch Handelen (8 indicatoren), Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (5 indicatoren) en Patiëntervaringen (10 indicatoren). Alle geteste indicatoren zijn uiteindelijk in de basisset opgenomen. Sommige indicatoren moesten worden geherformuleerd en bij sommige moet een andere route in het webbased systeem komen. Vooralsnog wordt er geen casemixcorrectie op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen voorgesteld.

Voor de indicatoren van de Patiëntervaringen dienen de ontwikkelingen rondom de CQ-index fysiotherapie te worden gevolgd. Het digitaal afnemen van de vragenlijsten blijkt een geschikte methode en aanbevolen wordt de ontwikkelde materialen en training te gebruiken bij landelijke uirol.

Conclusie

De basisset van 23 Prestatie-indicatoren voor de Fysiotherapie wordt gedragen door alle partijen (IGZ, KNGF, NPCF, NZa, VWS, ZN), kan dienen om de kwaliteit inzichtelijk te maken en is bedoeld om keuze- en inkoopinformatie aan te bieden.

Geadviseerd wordt om gedurende de eerste brede landelijke uitrol een kritische evaluatie uit te voeren wat betreft de validiteit, betrouwbaarheid en casemix-stratificatie van de set en de haalbaarheid van de gegevensverzameling in de fysiotherapiepraktijk. Onderhoud en doorontwikkeling van de set zal nodig blijven, omdat zowel het zorgproduct als de organisatie daar omheen ook aan verandering onderhevig is (bijvoorbeeld onderhoud op basis van nieuwe of herziene richtlijnen, doorontwikkeling van aandoeningspecifieke indicatoren). De fysiotherapeuten die hebben deelgenomen, willen zo weer meedoen, maar geven aan dat het huidige systeem arbeidsintensief is. Daarom zal voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen moeten worden toegewerkt naar extractie uit het Elektronisch Patiënten Dossier.

4. Inleiding

Aanleiding

Op 1 februari 2005 heeft de vrije prijsvorming voor zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg zijn intrede gedaan. Dit bracht ingrijpende veranderingen met zich mee, onder andere dat de zorg transparanter moest worden. Zichtbare zorg is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de taak gegeven om de ontwikkelingen in deze markt met vrije prijzen te monitoren. Bij de laatste monitoring is geconstateerd, dat de transparantie voor de eerstelijns fysiotherapie op het gebied van kwaliteit en prijs onvoldoende was (1). Verschillen in de kwaliteit van zorg tussen fysiotherapiepraktijken waren niet inzichtelijk genoeg voor de zorgverzekeraar, de zorggebruiker en de zorgleverancier zelf. Dit kwam omdat er nog geen systeem was aan de hand waarvan de kwaliteitsverschillen konden worden gemeten.

De NZa heeft daarom aan IQ healthcare in samenwerking met het CEBP van de Universiteit Maastricht de opdracht gegeven een set van prestatie-indicatoren te ontwikkelen die worden gedragen door alle partijen om de kwaliteit van fysiotherapiepraktijken inzichtelijk maken.

Het bevorderen van de transparantie van kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg is de taak van de sector zelf. Door de regie en de financiering van de ontwikkeling van een set van prestatie-indicatoren op zich te nemen, wil de NZa partijen helpen om het bevorderen van transparantie van de zorg op gang te brengen.

Definitie prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren of kwaliteitsindicatoren bieden de mogelijkheid om kwaliteitsverschillen inzichtelijk te maken. Het zijn meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarvoor bewijs is of waarover consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te evalueren (2). Ze worden uitgedrukt in een quotiënt (teller en noemer) of een percentage.

De kwaliteit van fysiotherapiepraktijken kunnen ten opzichte van elkaar vergeleken worden aan de hand van proces-, structuur- en uitkomstindicatoren (3). Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten, zoals de aanwezigheid van (schone) kleedruimtes. Procesindicatoren richten zich op de daadwerkelijk aan de patiënt geleverde zorg en de communicatie met patiënten. Met uitkomstindicatoren worden de uiteindelijke resultaten van de geleverde zorg gespecificeerd.

Belanghebbenden

Bij het ontwikkelen van de basisset prestatie-indicatoren voor de fysiotherapie zijn verschillende partijen die in meer of mindere mate belang hebben bij prestatie-indicatoren betrokken: fysiotherapeuten, patiënten, zorgverzekeraars, hun koepelorganisaties (KNGF, NPCF, ZN) en de toezichthouders (IGZ, NZa en VWS).

Doelstelling

De doelstelling van dit project is het ontwikkelen van basisset prestatie-indicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie, zodat informatie beschikbaar komt voor kwaliteitsverbetering, keuzes, inkoop en toezicht. De basisset moet worden gedragen door alle belanghebbenden.

Leeswijzer

Voor het ontwikkelen van de basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie is een aantal stappen doorlopen. Samenvattend is het project op te delen in het (theoretische) *ontwikkelen* tot een voorlopige basisset prestatie-indicatoren en het (praktische) testen en evalueren van de indicatoren in de *praktijktoets* leidend tot de definitieve basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie 2008. Deze twee delen hebben elk een eigen methode en eigen resultaten. De resultaten van de ontwikkelfase vormen het uitgangspunt voor de praktijktoets.

Voor de leesbaarheid is de hoofdstukindeling hierop aangepast:

Deel I Ontwikkelen:

- in hoofdstuk 4 is de methode van het ontwikkelen van de voorlopige basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie beschreven;
- hoofdstuk 5 geeft de resultaten van het ontwikkelen van de voorlopige basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie weer;
- in hoofdstuk 6 wordt de voorlopige basisset vastgesteld.

Deel II Praktijktoets (testen en evalueren):

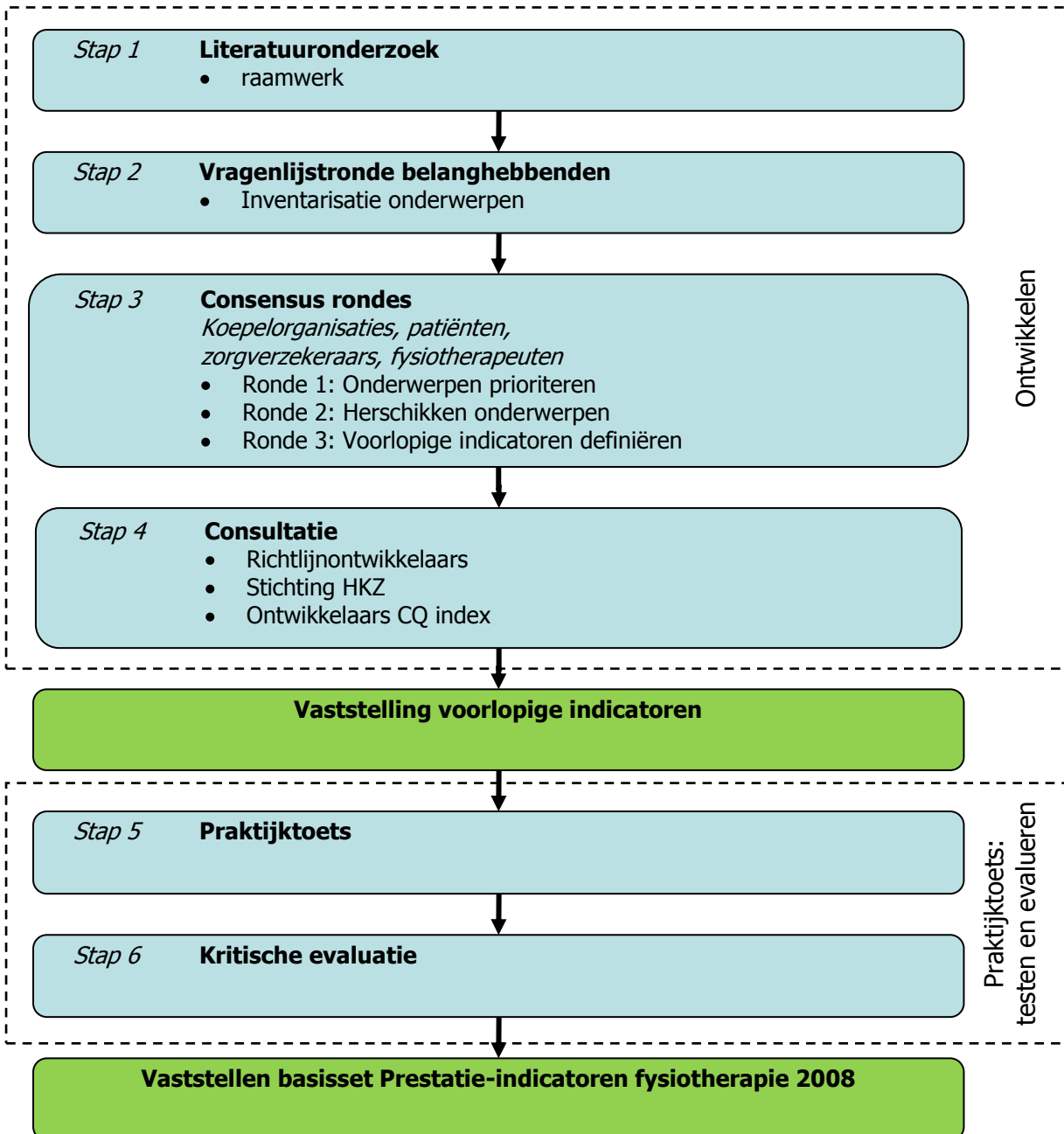
- hoofdstuk 7 gaat over de methode van praktijktoets;
- hoofdstuk 8 beschrijft de resultaten van de praktijktoets;
- in hoofdstuk 9 wordt aandacht besteed aan een aantal discussiepunten.

In hoofdstuk 10 worden tenslotte de conclusies en aanbevelingen beschreven en de definitieve basisset prestatie-indicatoren fysiotherapie vastgesteld.

Deel I Ontwikkelen

5. Methode van het ontwikkelen van de voorlopige basisset

Gebaseerd op een systematische *RAND-modified-Delphi* methode (4;5) zijn in 6 stappen onderwerpen geselecteerd die omgezet konden worden in voorlopige indicatoren en na de praktijktoets in de basisset prestatie-indicatoren (Figuur 1). In de volgende paragrafen worden stap 1 t/m 4 toegelicht. Stap 5 en 6 worden in Hoofdstuk 7 toegelicht.



Figuur 1: Systematische *RAND-modified-Delphi* methode om basisset prestatie-indicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie te ontwikkelen en in de praktijktoets te testen en evalueren

5.1 Stap 1: Literatuuronderzoek voor het raamwerk

In Pubmed is internationaal gezocht naar verschillende classificaties en modellen voor kwaliteit van medische en paramedische zorg. Deze zijn aangevuld met landelijke classificaties en modellen. Verder is aandacht besteed aan nationale en internationale beroepsspecifieke ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit van de fysiotherapie. Het raamwerk is samengesteld door de verschillende modellen, classificaties en de beroepsspecifieke kenmerken met elkaar te combineren.

5.2 Stap 2: Schriftelijke vragenlijstronde

Op basis van het raamwerk is een vragenlijst opgesteld die is verzonden naar 40 belanghebbenden (10 fysiotherapeuten, 10 patiënten, 10 zorginkopers, 10 vertegenwoordigers uit koepelorganisaties). De vragenlijst bevatte een uitputtende lijst van onderwerpen in verschillende thema's gerelateerd aan de kwaliteit van de fysiotherapie. De deelnemers is gevraagd deze onderwerpen te scoren op een 5-punts Likert-schaal (1 niet belangrijk - 2 enigszins belangrijk - 3 belangrijk - 4 zeer belangrijk - 5 uitermate belangrijk) en een rangorde aan te geven van zowel de onderwerpen als de thema's. De belanghebbenden zijn tevens in de gelegenheid gesteld aanvullingen te geven. Van de geretourneerde vragenlijsten zijn in eerste instantie het belang en de rangorde van de thema's bekeken en vervolgens is per onderwerp geanalyseerd hoe belangrijk de deelnemers dit vonden. De uitkomst hiervan is meegenomen in de consensusrondes.

5.3 Stap 3: Consensusrondes

Het doel van de consensusrondes was het definiëren van indicatoren. Hiervoor zijn consensusrondes gehouden onder (1) koepelorganisaties (discussiepanel) en (2) patiënten; aan (3) zorginkopers en (4) fysiotherapeuten is vervolgens het resultaat van de consensus voorgelegd.

Koepelorganisaties

Het discussiepanel bestond uit vertegenwoordigers van de koepelorganisaties KNGF, NPCF, ZN, IGZ en NZa (zie Bijlage I). Er zijn drie consensusbijeenkomsten met deze groep gehouden. In de eerste ronde zijn de onderwerpen op basis van de belangenscores en de rangorde van de thema's uit de eerste schriftelijke vragenlijstronde geprioriteerd. Het mediane afkappunt werd gesteld op 3: als een onderwerp belangrijk, zeer belangrijk of uitermate belangrijk werd gevonden, is het meegenomen. Na discussie hierover heeft het panel een tweede vragenlijst ingevuld en zijn hiervan ook belangenscores en een rangorde bepaald. Naar aanleiding van de resultaten zijn in de tweede ronde de thema's en onderwerpen herschikt en is nagedacht over de manier van bevragen (aan de fysiotherapeut, aan de patiënt etc). Nadat de definitieve thema's en onderwerpen waren vastgesteld zijn ten slotte in de derde consensusronde de voorlopige indicatoren gedefinieerd. Voor elke indicator werd aangegeven:

- waarom dit een indicator is (doel);
- de vraag van de indicator;
- het type (structuur-, proces- of uitkomstindicator);
- of de indicator een uitspraak doet op het niveau van de praktijk of van de fysiotherapeut;
- welke patiëntenpopulatie het betreft (inclusiecriteria);
- welke gegevensbron benut kan worden voor het verkrijgen van de informatie;
- en in welke maat de score wordt weergegeven;
- welke subvragen er nodig zijn bij de berekening.

De uitkomst van de consensusrondes onder koepelorganisaties was de eerste versie indicatoren.

Patiënten

De patiënten hebben in een (voor hen apart georganiseerde) consensusronde vooral gekeken naar de informatiebehoefte en het belang dat zij aan onderwerpen hechtten. Voorafgaand aan de bijeenkomst hebben de patiënten een tweede vragenlijst ingevuld met daarin een lijst van onderwerpen in verschillende thema's gerelateerd aan de kwaliteit van de fysiotherapie. In de vragenlijst is eenvoudig taalgebruik gehanteerd.

Tijdens de bijeenkomst is als eerste de vragenlijst besproken en zijn persoonlijke keuzes toegelicht. Vervolgens hebben de patiënten individueel de onderwerpen geprioriteerd door het belang en hun informatiebehoefte aan te geven op vier niveaus:

1. belangrijk dat de fysiotherapeut het doet en hier wil ik als patiënt informatie over hebben;
2. belangrijk dat de fysiotherapeut het doet maar hier hoef ik als patiënt geen informatie over te hebben;
3. niet belangrijk voor de kwaliteit;
4. geen mening.

Ze hebben hiervoor een stapeltje post-its (gele memobriefjes) ontvangen met daarop alle onderwerpen. Op vier flip-over vellen stonden de keuzemogelijkheden (1 t/m 4). Elke patiënt kon elke post-it (elk onderwerp) plakken op een voor hem/haar passende flip-over (keuze), zodat duidelijk werd welke onderwerpen belangrijk zijn, maar ook of de patiënt daar informatie over zou willen hebben. Als laatste hebben de patiënten in twee groepen een top 3 gemaakt van de belangrijkste onderwerpen.

Naar aanleiding van consensusronde onder patiënten zijn de indicatoren aangepast.

Zorginkopers en fysiotherapeuten

De uitkomsten van beide consensusrondes zijn voorgelegd aan een panel van zorginkopers bij ZN en 3-5 expertfysiotherapeuten.

De uitkomst van stap 3 onder koepelorganisaties, patiënten, zorginkopers en fysiotherapeuten heeft geleid tot een lijst van conceptindicatoren met bijbehorende definities.

5.4 Stap 4: Consultatie

In stap 4 is deze lijst van conceptindicatoren voorgelegd aan richtlijnontwikkelaars, Stichting HKZ en ontwikkelaars van de CQ- index met als doel te terminologie en de definities te beoordelen en aan te vullen. Zij hebben deels schriftelijk, deels mondeling hun commentaar/aanvullingen geleverd en hiermee zijn de conceptindicatoren aangescherpt.

5.5 Vaststellen voorlopige basisset

Hierboven beschreven activiteiten (stap 1 t/m 4) zijn verwerkt in de voorlopige basisset van indicatoren en voorgelegd aan de Stuurgroep (met daarin van elke partij één verantwoordelijke op bestuurlijk niveau; zie bijlage I), waarbij het projectteam met een onderbouwd voorstel is gekomen voor de selectie van de basisset. De stuurgroep heeft vervolgens de basisset vastgesteld.

6. Resultaten van het ontwikkelen van de voorlopige basisset

6.1 Resultaten Stap 1: Literatuuronderzoek voor het raamwerk

Het literatuuronderzoek leverde verschillende bestaande classificaties en modellen voor Kwaliteit van Zorg, zoals die van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) (6;7), het Institute of Medicine (IOM) (8) en classificaties vanuit de huisartsenzorg uit Groot Brittannië (9) en Nederland (10;11). Verder is gebruik gemaakt van het beroepsprofiel van de fysiotherapeut (12) en het methodisch handelen van de fysiotherapeut o.a. beschreven in de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging (13).

De stichting HKZ heeft een model ontwikkeld, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen het primaire behandelproces en de bedrijfsvoering. Voor het primaire proces worden drie normrubrieken gedefinieerd; het betreft de intake/indicatie, uitvoering en evaluatie/nazorg. De normrubrieken die betrekking hebben op bedrijfsvoering zijn beleid en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden, en documenten (6;7).

Het IOM onderscheidt de volgende kwaliteitsdimensies (8):

- effectiviteit: het volgen van 'evidence based' richtlijnen en protocollen;
- efficiency: kwaliteitszorg leveren tegen zo laag mogelijke kosten dus zorg verlenen op laagst mogelijke echelon, generieke medicatie voorschrijven et cetera;
- patiëntgericht: samen met de patiënt tot individuele optimale keuzes komen;
- veiligheid: medicatiegebruik, tijdig handelen;
- toegankelijkheid: zorg voor iedereen, geen sociaal economische verschillen, bereikbaarheid, en
- tijdigheid: korte wachttijden, snelle doorlooptijden.

Voor de eerstelijnszorg zijn vooral classificaties bekend vanuit de huisartsenzorg. In Groot-Brittannië zijn de vergoedingen voor de huisartsen gebaseerd op een model, dat de volgende aspecten onderscheidt: klinisch handelen, organisatie, extra aanbod en patiëntenervaring. In Nederland wordt sinds het voorjaar van 2005 gewerkt met de NHG-Praktijkaccreditering, waarin een vergelijkbare classificatie wordt gebruikt (11). In dit systeem dat de kwaliteit van zorg probeert te bevorderen worden drie aspecten doorgelicht: het medisch handelen, de praktijkorganisatie en de ervaring van de patiënt met beide. De praktijkorganisatie betreft de volgende onderdelen: de infrastructuur (waaronder de toegankelijkheid), het team, communicatie en informatie (in de praktijk (waaronder de verslaglegging), met de patiënten en in samenwerking met zorgpartners in de regio), financiën, en kwaliteitstoetsing en -bevordering. In het model waarmee de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de kwaliteit van de huisartsenzorg wil toetsen, wordt eveneens een vergelijkbare classificatie gehanteerd. In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen vier themagebieden, te weten toegang, informatie en communicatie, preventie & *disease* management en huisartsgeneeskundig handelen (10).

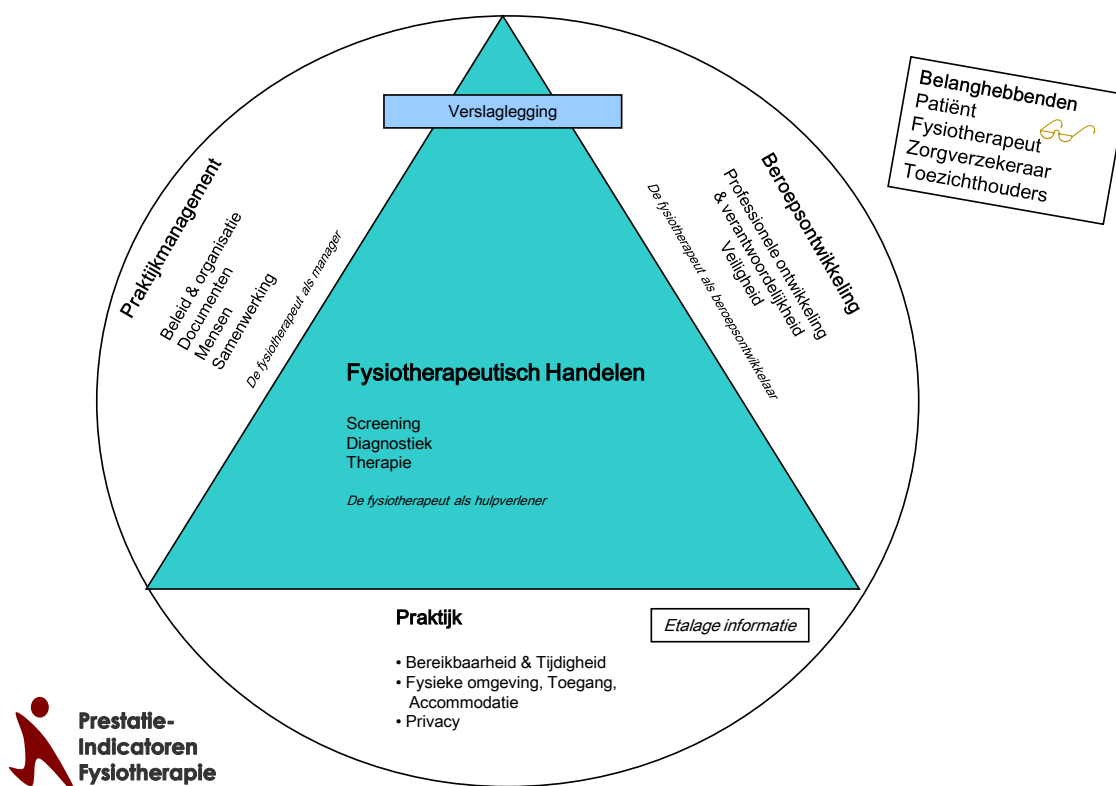
De fysiotherapeut is hulpverlener, manager en beroepsontwikkelaar; drie verschillende rollen die in het beroepsprofiel van de fysiotherapeut zijn beschreven (12). Hiervoor is een aantal competenties en karakteristieken te noemen: bijvoorbeeld een methodische werkwijze, effectiviteit en doelmatigheid van de organisatie en werkprocessen en gericht zijn op kwaliteitsborging en verbetering. De methodische werkwijze komt vooral tot uiting in het primaire proces en bestaat uit de volgende 8 Fasen: aanmelding, anamnese, onderzoek, fysiotherapeutische diagnose, behandelplan, behandeling, evaluatie en afsluiting (13).

De hierboven beschreven classificaties en modellen voor kwaliteit in de nationale en internationale literatuur, gecombineerd met de beroepsspecifieke literatuur hebben geleid tot een raamwerk waarin het fysiotherapeutisch handelen (het primaire proces) centraal staat,

met daarom heen de praktijk (de bedrijfsvoering) in drie delen (praktijkmanagement, praktijk/etalage informatie en beroepsontwikkeling). De verslaglegging van de fysiotherapeut ligt als een paraplu over het raamwerk heen; het is een voorwaarde om de kwaliteit inzichtelijk te maken. Afhankelijk van de visie van verschillende belanghebbenden (patiënt, fysiotherapeut, zorgverzekeraar, toezichthouder) kan op de verschillende onderwerpen een andere nadruk worden gelegd.

Het fysiotherapeutisch handelen centraal stellen met eromheen 'de praktijk' komt overeen met het model van HKZ: het primaire proces versus de bedrijfsvoering. Deze dimensies komen ook terug in de kwaliteitsmodellen voor huisartsen uit Groot Brittannië en Nederland ('medisch/klinisch handelen' en 'de (praktijk)organisatie').

Verder is in het raamwerk het beroepsprofiel van de fysiotherapeut herkenbaar, waarin onderscheid is in de fysiotherapeut als hulpverlener (centraal bij fysiotherapeutisch handelen), de fysiotherapeut als manager en als beroepsontwikkelaar (deel praktijkmanagement en deel beroepsontwikkeling).



Figuur 2: Raamwerk prestatie-indicatoren Fysiotherapie

6.2 Resultaten Stap 2: Inventarisatie onderwerpen

Het raamwerk heeft geleid tot een vragenlijst over acht thema's. Van de 40 vragenlijsten die werden verzonden zijn 28 volledig ingevuld geretourneerd (respons 75%: fysiotherapeuten 50%, patiënten 50%, zorginkopers 80%, vertegenwoordigers uit koepelorganisaties 100%).

Alle onderwerpen (behandeling, beschrijving aanbod, kwaliteitsbeleid en veiligheid, keurmerk, hygiëne, toegankelijkheid & bereikbaarheid, privacy, accommodatie, , verslaglegging, communicatie / informatie) werden belangrijk gevonden (medianescore van 3 en hoger (=belangrijk t/m uiterst belangrijk), met uitzondering van het onderwerp ondernemerschap en personeel.

6.3 Resultaten stap 3: Consensusrondes

Koepelorganisaties

In ronde 1 zijn de onderwerpen geprioriteerd (Zie Tabel 1). Alle koepelorganisaties vonden 'behandeling' en 'communicatie en informatie' unaniem zeer tot uiterst belangrijk (rangorde 1 en 2) en 'ondernemerschap en personeel' unaniem niet of maar enigszins belangrijk (rangorde 8=laatste plaats).

Tabel 1: Prioriteren van onderwerpen

Rangorde	Onderwerp
1	Communicatie & Patiëntgerichtheid
2	Behandeling
3	Verslaglegging
4	Aanbod
5	Kwaliteitsbeleid en veiligheid
6	Keurmerk
7	Hygiëne, Toegankelijkheid & Bereikbaarheid, Privacy, Accommodatie
(8	Ondernemerschap & Personeel)

Overall was het panel qua aantal onderwerpen tevreden. De discussie bestond vooral over de vorm, structuur en het belang van de verschillende onderwerpen.

In ronde 2 zijn de onderwerpen herschikt. Er is gediscussieerd welke onderwerpen aan wie konden worden gevraagd (praktijkhouder, fysiotherapeut, patiënt). Dit heeft geleid tot een indeling van de onderwerpen in drie thema's (Zie Tabel 2).

Over het Thema *Fysiotherapeutisch Handelen* heeft de meeste discussie plaatsgevonden, met name over het verkrijgen van informatie over het methodisch handelen en op welk detailniveau de informatieverzameling plaats moest vinden. Ook is gediscussieerd over het opnemen van een specifieke aanpak of het te laten bij generiek volgen van richtlijnen. Vooralsnog is besloten het bij generiek te houden.

Bij *Praktijkorganisatie en Etalage-informatie* was het belangrijk te kijken of praktijken een HKZ certificaat hebben, omdat dan mogelijk veel verdere vragen overbodig zijn.

Het advies bij het thema *Patiëntervaringen* was om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de CQ-index Fysiotherapie, maar dat deze lijst (toen nog: versie 1 CQ-index) aangevuld zou moeten worden met (o.a.) vragen over het behandelresultaat.

Tabel 2: Herschikking onderwerpen in Thema's

Thema	Vragen aan	Onderwerpen
Fysiotherapeutisch Handelen	Fysiotherapeut (retrospectief 20-30 patiënten)	Behandeling Communicatie & Patiëntgerichtheid Verslaglegging
Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	Praktijkhouder (1x per praktijk)	Verslaglegging Aanbod Kwaliteitsbeleid en veiligheid Keurmerk
Patiëntervaringen	Patiënt (dwarsdoorsnede 20-30 patiënten per therapeut)	Communicatie & Patiëntgerichtheid Hygiëne, Toegankelijkheid & Bereikbaarheid, Privacy, Accommodatie

In de derde ronde zijn de voorlopige indicatoren gedefinieerd (Zie Tabel 3).

Tabel 3: Definitie voorlopige indicatoren Fysiotherapie n.a.v. drie consensusrondes

Thema	Indicatoren
Fysiotherapeutisch Handelen	Percentage patiënten ... : <ul style="list-style-type: none"> • bij wie methodisch gehandeld in screeningsproces • bij wie methodisch gehandeld in diagnostisch proces • bij wie behandeldoelen zijn geformuleerd • bij wie methodisch gehandeld in therapeutisch proces • bij wie behandelresultaat is vastgesteld • met beoogd resultaat • bij wie afstemming met patiënt is over fysiotherapeutisch handelen
Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	<ul style="list-style-type: none"> • veiligheidsproblemen • kwaliteitsbeleid • professionele samenwerking • vertrouwelijkheid van patiëntgegevens • beschikbaarheid etalage-informatie
Patiëntervaringen	Patiëntervaringen op: <ul style="list-style-type: none"> • Bereikbaarheid en toegankelijkheid • Accommodatie • Deskundigheid • Communicatie en informatie • Bejegening • Zelfstandigheid • Behandelresultaat

NB Deze indicatoren zijn gepresenteerd tijdens het Fysio Congres 2007

In ronde 3 is vooral gediscussieerd over de onderlinge relaties tussen de verschillende fasen van het methodisch handelen. Er is geconcludeerd dat een overall score geen inzicht geeft in deze relaties en daarom besloten verschillende indicatoren voor het methodisch handelen te definiëren.

Verder is besloten om de uitkomstindicatoren verder uiteen te rafelen (zie 5^e, 6^e en 7^e bolletje in Tabel 3). Gesuggereerd wordt het handelen van de fysiotherapeut te leggen naast de wens/observatie van de patiënt. Dit is gezien de manier van bevragen zeer beperkt mogelijk (retrospectief aan de fysiotherapeut, dwarsdoorsnede aan de patiënt). In de set is wel een indicator opgenomen, die voor verschillende onderdelen van het fysiotherapeutisch handelen beschrijft of hierover afstemming heeft plaatsgevonden met de patiënt (nr 8: besproken met en akkoord van patiënt).

Gesproken is over het aanbrengen van een weging in de indicatorenlijst en besloten is eerst tot de set indicatoren te komen om dan vervolgens over een weging na te denken.

Verder heeft discussie plaatsgevonden over de Arbeidsintensiviteit (tijd / hoeveelheid vragen, uitgebreide CQ index, bevragen van 'achtergrondkenmerken'), maar voor de praktijktoets is besloten om met dit pakket aan de slag te gaan.

De verschillende organisaties differentieerden in het belang dat zij aangeven bij de diverse indicatoren maar stonden achter de gemaakte keuzes om samen tot één set te komen.

Patiënten

Aan de voor patiënten apart georganiseerde consensusronde hebben 7 mensen uit 3 praktijken deelgenomen (3 mannen, 4 vrouwen; gemiddelde leeftijd 53 jaar; 5 met acute klachten, 2 met chronische klachten).

Bij het bespreken van de vragenlijst, de opdracht over het belang en de informatiebehoefte en het prioriteren van de onderwerpen is naar voren gekomen dat vrijwel alle in de vragenlijst genoemde onderwerpen belangrijk werden gevonden. Patiënten vonden het belangrijk dat de informatie er is, echter ze hoefden niet over elk onderwerp informatie te hebben.

Over behandelinggerelateerde onderwerpen (diagnose stellen, doelen stellen, resultaat vaststellen, doelen behalen) waren patiënten unaniem: hierover wil iedereen informatie krijgen. Opvallend was de mening over 'ervaringen van andere patiënten': 2 mensen vonden dit wel belangrijk en 5 mensen gaven er de voorkeur aan hier geen informatie over te krijgen omdat ze onbevooroordeeld willen blijven. Samenwerking van de fysiotherapeut met anderen werd belangrijk gevonden, dit werd veelal gekoppeld aan deskundigheid. Ook communicatie en informatie over de behandeling werden erg belangrijk gevonden. Er werden geen zaken gemist in de vragenlijst, met uitzondering van het storen tijdens de behandeling.

Zorginkopers en fysiotherapeuten

De uitkomsten van beide consensusrondes zijn voorgelegd aan een panel van ongeveer 15 zorginkopers bij ZN en 5 expertfysiotherapeuten.

De zorginkopers hebben het belang van de uitkomstindicatoren benadrukt en dit heeft er toe geleid twee aparte indicatoren te definiëren voor het behandelresultaat, namelijk beoogd resultaat subjectief gemeten en beoogd resultaat objectief gemeten).

De expertfysiotherapeuten hebben een aantal aanpassingen op detailniveau gegeven.

6.4 Resultaten stap 4: Consultatie

Richtlijnontwikkelaars, Stichting HKZ en ontwikkelaars van de CQ index zijn geraadpleegd om de gehanteerde terminologie en de definities te beoordelen. Dit heeft geleid tot een aantal aanpassingen van de indicatoren en de onderliggende vragen op detailniveau.

Verder is IQ healthcare gevraagd zitting te nemen in de werkgroep van de doorontwikkeling van de CQ-index Fysiotherapie. Op dat moment was er alleen een verouderde CQ-index Fysiotherapie en werden initiatieven ontplooid om een nieuwe versie te ontwikkelen, waarvoor de wederzijdse expertise kon worden benut.

7. Vaststellen voorlopige basisset

Het resultaat van Stap 1 t/m 4 is door het projectteam gepresenteerd aan de Stuurgroep. De Stuurgroep heeft de *voorlopige basisset van indicatoren*, waarmee de praktijktoets kon worden gestart, vastgesteld.

In bijlage II is de voorlopige basisset inclusief beschrijvingen van de onderliggende vragen opgenomen. Deze is vastgesteld in het voorjaar van 2008.

Deel II Praktijktoets

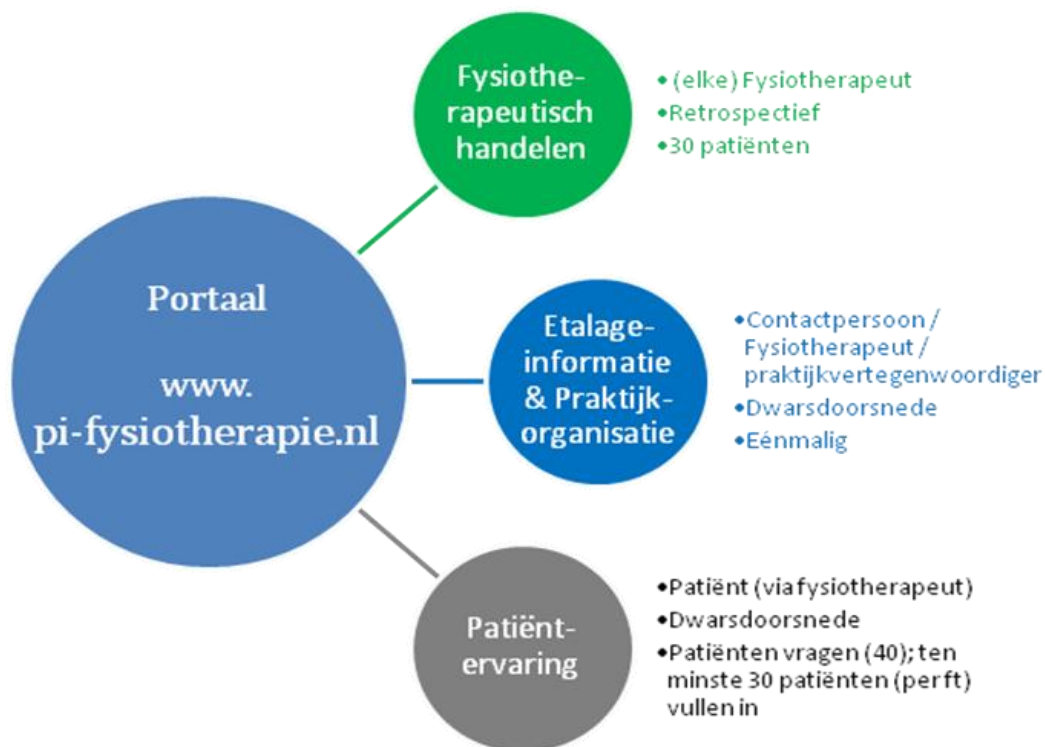
8. Methode praktijktoets

Met de voorlopige basisset van indicatoren is de praktijktoets opgezet, waarin achtereenvolgens de volgende activiteiten zijn ontplooid:

- Beschikbaar maken indicatoren voor internetapplicatie;
- Ontwikkelen training deelnemers, helpdesk, belronde, nieuwsbrieven;
- Testen van de vragenlijsten;
- Maken van feedbackrapportages;
- Toetsen van haalbaarheid en acceptatie.

8.1 Beschikbaar maken van de indicatoren voor de internet applicatie

Na de consensusbijeenkomsten is de lijst met indicatoren aangeboden aan de makers van de internetapplicatie: ITS Nijmegen. Er zijn specificaties gemaakt, zodat de dataverzameling kon plaatsvinden zoals bedoeld. In Figuur 3 is een globaal overzicht gegeven van de opbouw van het portaal waarop de vragenlijsten konden worden benaderd, respectievelijk de logistiek daaromheen.



Figuur 3: Overzicht van het portaal en de vragenlijsten.

Voor gedetailleerde beschrijving van de werkwijze in technische zin wordt verwezen naar het eindverslag van het ITS (14).

8.2 Training deelnemers, helpdesk, belronde, nieuwsbrieven

Voor de deelnemende fysiotherapeuten is een training ontwikkeld die op diverse lokaties is gegeven met als doel het toelichten van het project en het geven van praktische informatie over de applicatie en het gebruik ervan. Ten minste een fysiotherapeut per praktijk moest deelnemen.

Tevens is een Helpdesk ingericht waar de deelnemende fysiotherapeuten en patiënten terecht konden met hun inhoudelijke en technische vragen. Inhoudelijke vragen werden ondergebracht bij IQ healthcare (hiervoor kon telefonisch en via e-mail contact worden opgenomen) en technische vragen bij ITS (hiervoor kon via e-mail contact worden opgenomen). Tijdens de praktijktoets werden belondes gehouden en werden deelnemers via nieuwsbrieven op de hoogte gehouden van de respons, de voortgang en andere projectgerelateerde ontwikkelingen.

8.3 Testen en evalueren van de indicatoren en de vragenlijsten in de praktijk

Volgens projectvoorstel zou de praktijktoets worden uitgevoerd in 10-15 fysiotherapiepraktijken op basis van vrijwillige deelname.

Aan elke deelnemende fysiotherapeut is gevraagd:

- de gegevens van 20-30 uitbehandelde patiënten retrospectief te registeren voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen;
- eenmaal per praktijk gegevens vast te leggen over Praktijkorganisatie en Etalage-informatie;
- 40 patiënten te benaderen om de vragenlijst Patiëntervaringen in te vullen (in de hoop van 20-30 patiënten ook daadwerkelijk gegevens te ontvangen). De patiënten moesten bekend zijn met geleverde zorg die in de basisset van indicatoren wordt beschreven en al langer in behandeling zijn of uitbehandeld zijn.

De selectie patiënten in het thema Fysiotherapeutisch Handelen zijn dus andere patiënten dan de selectie die de vragenlijst Patiëntervaringen invulden.

Patiënten werden (in tegenstelling tot de methode van de CQ-index) onafhankelijk van de zorgverzekeraar gevraagd de vragenlijst Patiëntervaringen in te vullen.

8.3.1 Indicatorscore en referentiecijfers

Voor de indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen geldt dat er per praktijk een score is berekend. Deze praktijkcores zijn op basis van maximaal 30 patiënten per fysiotherapeut berekend. De score per praktijk wordt uitgedrukt in een mediaan voor elke indicator.²

Box 1. Mediaan

De mediaan is de score op het 50 ^{ste} percentiel, dat wil zeggen dat 50 procent van de patiënten uit deze praktijk een hogere score hebben en 50 procent van de patiënten een lagere score.

Vervolgens is van alle praktijkcores het gemiddelde berekend. Dit is de indicatorscore die bij elke indicator in paragraaf 8.3 vet is gedrukt. Behalve deze gemiddelde indicatorscore is ook de minimum- en maximumscore weergegeven en de mate van spreiding rondom de score (uitgedrukt in een standaarddeviatie (sd) van -1 sd en $+1$ sd). Dit zijn de zogenaamde referentiecijfers.

De indicatoren over de praktijkorganisatie en de etalage-informatie zijn berekend op basis van de antwoorden die zijn gegeven door de praktijkvertegenwoordiger. Van alle praktijkcores is het gemiddelde bepaald, de minimum en maximum score en de mate van spreiding rondom de score (uitgedrukt in een standaarddeviatie van $+1$ sd en -1 sd).

Voor elke praktijk is een feedbackrapportage gemaakt (zie ook 8.4). In de feedbackrapportage kan de eigen score van de praktijk vergeleken worden met de referentiecijfers. De praktijkscore krijgt een kleur (groen, geel oranje of rood). Aan de kleur

² Uitgezonderd indicator 5a, b en c: hierbij is geteld (rechte telling) van hoeveel procent van de patiënten het eindresultaat is vastgelegd.

kan de praktijk zien in welke mate de eigen score van de gemiddelde praktijkscore afwijkt (groen is een sterk positieve afwijking en rood een sterk negatieve afwijking).

8.3.2 Factoren die van invloed zijn op de indicatorscore / casemix

Een indicatorscore geeft uitdrukking aan de kwaliteit van het handelen van de fysiotherapeut. Als een praktijk een bepaalde patiëntenpopulatie heeft dan kan dit van invloed zijn op de indicatorscore. Voor een goede vergelijkbaarheid met andere praktijken zou voor deze kenmerken kunnen worden corrigeren (casemixcorrectie). De vraag is of dit voor deze indicatoren moeten gebeuren. Hier is geen eenduidig antwoord op te geven. Vooralsnog is eerst bekeken (multivariate analyse) welke kenmerken van invloed zijn op de kwaliteitscores.

De volgende kenmerken zijn onderzocht:

- Leeftijd (<15, 15-44, 45-64, ≥65)
- Geslacht (man/vrouw)
- Aanmelding: DTF / verwijzing
- Aantal behandelingen: 0-9 (kort); 9-18 (middellang; referentie); 18 en meer (lang)
- Behandeling afgerond (alleen bij thema Patiëntervaringen)
- Geïnformeerd door fysiotherapeut over behandelduur (alleen bij thema Patiëntervaringen)
- Resultaat behandeling overeenkomend met verwachting vooraf? (alleen bij thema Patiëntervaringen)
- Doel bijgesteld of niet (alleen bij thema Fysiotherapeutisch Handelen)

Stel dat bij jongere patiënten de screening meer volgens de richtlijn wordt uitgevoerd dan bij oudere patiënten. Een praktijk met veel jonge patiënten krijgt dan een lagere score dan praktijken met relatief meer oudere patiënten. Deze casemix is belangrijk bij het vergelijken van de eigen score met de referentiecijfers (benchmarks). De eigen scores zouden kunnen worden gecorrigeerd voor de leeftijdopbouw van de patiënten die in behandeling zijn (geweest). De vraag is of dit ook moet gebeuren. In principe mag immers verwacht worden, dat de screening volgens de richtlijn wordt uitgevoerd ongeacht de leeftijd. Als een kenmerk de score op de indicator heeft beïnvloed dan is per indicator bekeken of casemixcorrectie noodzakelijk was.

Een andere manier om met de casemix om te gaan is het stratificeren van de referentiecijfers. Er worden dan twee of meer referentiecijfers berekend: bijvoorbeeld een voor de oudere patiënt en een voor de jongere patiënten. Het voordeel is dat de kwaliteit van de zorg zo zichtbaar blijft en niet weg wordt gecorrigeerd. Het nadeel is echter dat hiervoor grote groepen patiënten nodig zijn en dat pas bij landelijke uitrol op deze manier met voldoende grote aantallen gerekend kan worden. Geadviseerd wordt bij evaluatie na de landelijke uitrol hierop verder berekeningen te doen.

Voor de indicatoren van het thema Praktijkorganisatie en Etalage-informatie is niet nagegaan of deze kenmerken de score op de indicator heeft beïnvloed, omdat dit thema over praktijkgegevens gaat en niet over patiëntgegevens.

8.3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit is voor een groot deel bepaald tijdens de ontwikkeling van de indicatoren. Inhoudsvaliditeit is verkregen door de indicatoren te baseren op de KNGF-richtlijn Verslaglegging, het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) en de CQ-index en door het houden van consensusrondes met de verschillende belanghebbende partijen. Voor het Fysiotherapeutisch Handelen is verder onderzocht of bij indicator 1, 2a en 2b de globale vragen een vergelijkbaar beeld gaven als een set van meer gedetailleerde vragen. Aan elke fysiotherapeut is gevraagd om bij de eerste patiënt zowel de globale als de

gedetailleerde vragen in te vullen. Deze gegevens zijn met elkaar vergeleken, zodat kon worden nagegaan wat dit betekende voor de indicatorscore.

De betrouwbaarheid van de indicatoren is per thema bepaald door Cronbach's alpha's te berekenen. Cronbach's alpha is een maat voor interne consistentie (betrouwbaarheid); het geeft aan in hoeverre verschillende items in een meetinstrument (i.e. indicatoren in een thema) die eenzelfde kenmerk beogen te meten, dat ook daadwerkelijk doen. Vuistregel hierbij is dat een alpha van 0.6-0.7 acceptabele betrouwbaarheid indiceert en 0,7 of hoger goede betrouwbaarheid. In het thema Fysiotherapeutisch Handelen is onderscheid gemaakt tussen DTF-patiënten en verwezen patiënten, omdat voor deze twee groepen verschillende indicatoren geldig zijn. Verder worden de procesindicatoren en de uitkomstindicatoren van dit thema apart benoemd.

De betrouwbaarheid van de indicatoren hangt ook samen met het aantal patiënten dat nodig is per praktijk en het aantal praktijken dat meedoet. In paragraaf 9.3.4 worden hiervan rekenvoorbeelden getoond en uitleg gegeven.

8.4 Feedback

Van de verzamelde gegevens is een spiegelrapportage (feedbackrapportage) gemaakt, die elke praktijk teruggekoppeld heeft gekregen. De fysiotherapeuten kregen de scores op de indicatoren van hun eigen praktijk te zien. Ze konden deze scores afzetten tegen het gemiddelde van de hele groep, zodat ze konden beoordelen waar hun praktijk staat.

8.5 Haalbaarheid en acceptatie

Na afloop van de praktijktoets hebben alle deelnemende fysiotherapeuten een procesevaluatie toegestuurd gekregen die ze via internet konden invullen. Het was een vragenlijst waarin de fysiotherapeuten is gevraagd naar de ervaringen met het project om zo informatie te verkrijgen voor de implementatie van de prestatie-indicatoren. Hier kwamen onder andere onderwerpen aan bod als belemmerende en bevorderende factoren bij het invullen van de vragenlijsten, tijdsbesteding, het gebruik van de implementatiematerialen en het functioneren van de helpdesk.

Na het ontvangen van het feedbackrapport hebben de praktijken nog enkele aanvullende vragen toegestuurd gekregen betrekking hebbend op de haalbaarheid en acceptatie van de gegeven feedback.

Uit de praktijktoets (paragraaf 7.1 t/m 7.5) moest blijken welke indicatoren (in de gebruikte vorm) meer of minder geschikt zijn dan vooraf gedacht om op te nemen in de basisset. Dit kon tot herformulering leiden of tot het niet opnemen in de basisset. Voor andere indicatoren kon gelden dat de inschatting van de meetbaarheid en de haalbaarheid niet strookt met de praktijk van alledag en dat deze indicatoren daarom (nu) niet langer meegenomen kon worden in de basisset.

9. Resultaten en evaluatie praktijktoets

9.1 Internetapplicatie

In bijlage III zijn de 'papieren' versies van de vragenlijsten opgenomen. Deze zijn voor deelnemers en de projectgroep na inloggen ook digitaal te raadplegen via www.prestatieindicatoren-fysiotherapie.nl of www.pi-fysiotherapie.nl.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de applicatie en de gebruikersmogelijkheden wordt verwezen naar het eindverslag van ITS (14).

9.2 Training deelnemers, helpdesk, belronde, nieuwsbrieven

Training

Voorafgaand aan de praktijktoets zijn vier trainingen verzorgd (Maastricht, Heerenveen, Amsterdam, Nijmegen) waaraan 85 fysiotherapeuten hebben deelgenomen uit 47 praktijken. Een aantal praktijken is telefonisch getraind.

Voor de training is door IQ healthcare een aantal materialen ontwikkeld:

- Powerpointpresentatie over het project en de logistiek rondom de dataverzameling;
- Informatiefolder over het project;
- Folder met inlogcodes voor fysiotherapeuten met bijbehorende informatie;
- Patiëntfolders met inlogcodes voor patiënten;
- Poster voor in de praktijk.

De ontwikkelde materialen zijn in pdf op het portaal gepubliceerd en waren gedurende het project voor de deelnemers te raadplegen.

Voor het wennen aan en het oefenen van de internetapplicatie, vooral voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen, is een testportaal gemaakt (test.prestatieindicatoren-fysiotherapie.nl). Voor het oefenen werd 1-2 weken gerekend en de therapeuten hadden 3 maanden om de gegevens aan te leveren (1 april 2008-1 juli 2008 met voor enkele praktijken uitloop tot 15 augustus 2008). Geadviseerd werd eerst de folders aan patiënten uit te delen, vervolgens de vragenlijst Praktijkorganisatie en Etalage-informatie in te vullen en daarna de vragenlijst Fysiotherapeutisch Handelen (advies: 'vul deze laatste lijst voor aantal patiënten achter elkaar in, zoveel mogelijk gebundeld').

Helpdesk en belronde

Bij de helpdesk bij IQ healthcare zijn ruim 200 telefoontjes binnengekomen en ruim 100 e-mails. Veelal ging het om specifieke problemen waarvoor gezamenlijk oplossingen zijn gezocht en vrijwel altijd gevonden (maatwerk). De veelvoorkomende vragen werden via Nieuwsbrieven teruggekoppeld aan de deelnemers en er werd een tabblad voor 'veelgestelde vragen' op het portaal ingericht (inhoudelijk beschreven door IQ healthcare, technisch gerealiseerd door ITS). Op alle vragen is zo snel mogelijk (i.i.g. binnen twee werkdagen) gereageerd en de vragen zijn nauwkeurig gedocumenteerd.

Er zijn twee belrondes gehouden onder de praktijken om de belemmerde factoren in gebruik op te sporen en op te lossen (maatwerk) en om de respons te bevorderen. Veelal werden deze gesprekken door fysiotherapeuten ook benut om 'helpdeskachtige' vragen te stellen. In de eerste belronde (mei 2008) zijn alle praktijken (n=51) gebeld, in de tweede (half juni 2008) alleen de praktijken die nog niet voldoende gegevens hadden aangeleverd (n=30). De resultaten van de belrondes zijn nauwkeurig gedocumenteerd. Opvallend was dat na elke belronde een piek in de respons waar te nemen was.

Nieuwsbrieven

Tijdens de praktijktoets zijn 6 nieuwsbrieven uitgegeven en na de praktijktoets nog eens 2. Hierin werden de respons, de duur van het invullen, de projectplanning, veel gestelde vragen en andere projectgerelateerde zaken toegelicht.

9.3 Testen en evalueren van de indicatoren en de vragenlijsten in de praktijk

In deze paragraaf worden per thema de resultaten van de indicatoren en (in verband met de leesbaarheid) tegelijk een aantal indicatorspecifieke discussiepunten toegelicht. Algemene en themaoverstijgende discussiepunten worden besproken in hoofdstuk 10.

Per thema zijn de indicatoren afzonderlijk beschreven (9.3.1 t/m 9.3.3). Bij elke indicator wordt een toelichting gegeven, zodat duidelijk is waar de indicator precies over gaat. Daarna wordt in een tabel voor elke indicator:

- een definitie gegeven;
- de teller en de noemer gespecificeerd;
- de indicatorscore gegeven voor alle deelnemende praktijken;
- de referentiewaarden gegeven (i.e. de minimum en maximumscore en de indicatorscores met een spreiding van $+ 1$ sd en $- 1$ sd);
- aangegeven welke patiëntkenmerken van invloed zijn op de indicatorscore;
- aangegeven wat valideren van de indicator heeft opgeleverd.

Voor elke indicator is een aanbeveling gedaan over het wel of niet opnemen in de indicatoren set.

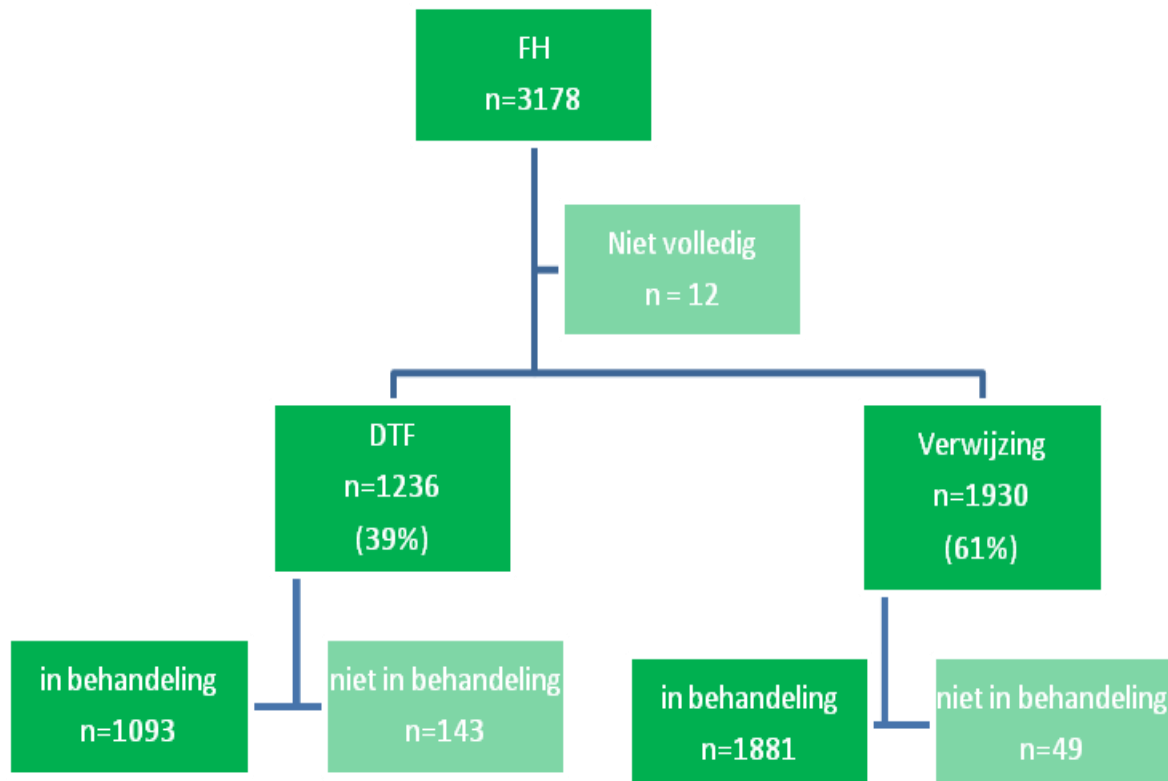
Na de bespreking van alle indicatoren zijn betrouwbaarheidsanalyses gepresenteerd per thema en worden uitspraken gedaan over het benodigde aantal patiënten en praktijken in relatie tot de betrouwbaarheid (9.3.4). In 9.3.5 zijn vergelijkingen gemaakt tussen enkele indicatoren (over het behandelresultaat) waarvoor de gegevens door de fysiotherapeut zijn geleverd versus de indicatoren waarvoor de gegevens door de patiënt zijn geleverd.

9.3.1 Thema 1: Fysiotherapeutisch Handelen

In het primaire proces, het fysiotherapeutisch handelen, gaat het over indicatoren over de verleende zorg, de patiëntuitkomsten en het overleg met de patiënt.

De berekeningen zijn gebaseerd op de gegevens van 3178 patiënten uit 51 praktijken. De gegevens zijn aangeleverd door 145 fysiotherapeuten (gemiddeld 22 patiënten per fysiotherapeut)

In Figuur 4 en Tabel 4 zijn het stroomschema en het overzicht van patiëntkenmerken weergegeven van het thema Fysiotherapeutisch Handelen.



Figuur 4: Stroomschema van patiënten in het thema Fysiotherapeutisch Handelen, de manier van aanmelding en wel/geen start van de behandeling na screening of diagnostiek

Tabel 4: Kenmerken van patiënten in thema Fysiotherapeutisch Handelen

Kenmerk	
% man	42%
Gemiddelde leeftijd patiënten (Sd)	47,1 jaar (19,6)
% zeer kortdurende klachten (0-9 behandelingen)	54%
% middellange klachten (9-18 behandelingen)	27%

Indicatoren over de verleende zorg (1 t/m 5)

Indicator 1. Methodisch gehandeld tijdens screening

Wat is screening?

Screening is een proces dat leidt tot een beslissing of verder fysiotherapeutisch onderzoek geïndiceerd is. Bij screening wordt door middel van gerichte vragen, tests of andere diagnostische verrichtingen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut vallend patroon van tekens en/of symptomen (13).

In het screeningsproces zijn vier stappen te onderscheiden, te weten:

- Aanmelden;
- inventariseren hulpvraag;
- het vaststellen van "pluis/niet pluis" en
- informeren en adviseren.

Voor de indicator is gekeken naar het inventariseren van de hulpvraag en het in het dossier vastleggen van deze hulpvraag en de conclusie van de screening.

Bij het inventariseren van de hulpvraag is gevraagd naar:

- De belangrijkste ervaren klachten of problemen in het functioneren;
- de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt;
- medische gegevens (medicatiegebruik; operatietechniek, postoperatief beleid, ziekte of aandoening, ontslagbrief; bij onduidelijkheid worden deze opgevraagd bij de huisarts).

De volgende gegevens dienden te worden vastgelegd over de screening:

- Gegevens van de hulpvraag en ervaren functioneringsproblemen, inclusief de ernst, de beïnvloedbaarheid en het beloop;
- medische voorgeschiedenis, inclusief familiale aandoeningen en nevenpathologie;
- medicatiegebruik;
- conclusie van de screening;
- indicatie voor verder onderzoek.

Validatie Hulpvraag

Bij elke 1^e patiënt werden over de hulpvraag behalve de globale vraag (hoofdvraag), gedetailleerde vragen gesteld.

De hoofdvragen waren: "Is de hulpvraag geïnventariseerd" en "is de hulpvraag vastgelegd"

De extra, gedetailleerde vragen waren:

- Zijn ervaren functioneringsproblemen vastgelegd?
- Is de ernst vastgelegd?
- Zijn de factoren die hierop van invloed zijn vastgelegd?
- Is het beloop vastgelegd?
- Is patiënt bekend is met andere aandoeningen (naast de genoemde klachten) zo ja, vastgelegd?
- Zijn familiale ziekten/aandoeningen vastgelegd?
- Is medicatiegebruik vastgelegd?
- Is een indicatie voor verder onderzoek vastgelegd?
- Is een aanvraag voor nadere diagnostiek of voor aanvullende (medische) gegevens vastgelegd?

Vergelijking van de score op de hoofdvragen met de scores op de gedetailleerde vragen liet zien dat gedetailleerde informatie leidde tot een lagere score dan de hoofdvraag en dat gedetailleerde gegevens over de hulpvraag dus meer betrouwbare informatie leverden.

De tijdsbelasting per vragenlijst werd wel verhoogd met het stellen van extra vragen (geschat op 2 minuten extra per patiënt). Uit de procesevaluatie bleek dat 62% van de fysiotherapeuten de extra vragen wel nuttig vond. Dit alles overwegende wordt geadviseerd de gedetailleerde vragen te blijven stellen voor elke eerste patiënt.

Indicator 1	Methodisch gehandeld tijdens screening	
Volledige definitie	Het percentage DTF- patiënten bij wie in het screeningsproces de hulpvraag (ervaren functioneringsproblemen, - ernst, - beïnvloedende factoren, beloop, andere (familiaire) aandoeningen / nevenpathologie , medicatiegebruik, indicatie en evt aanvraag voor verdere diagnostiek) is geïnventariseerd en vastgelegd en de conclusie van de screening is vastgelegd.	
Teller	Het aantal DTF-patiënten bij wie de hulpvraag is geïnventariseerd volgens de richtlijn en in het dossier vastgelegd samen met de conclusie.	
Noemer	Totaal aantal DTF-patiënten	N= 1220
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 49 praktijken)	91%
	Minimum en maximumscore	50-100%
	Score - 1 sd	80%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten jonger dan 15 jaar is de indicatorscore lager dan patiënten van 45- 64 jaar.	leeftijd
Validatie	Gedetailleerde informatie laat een lagere score zien.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score en met inachtneming van de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen casemix correctie toe te passen voor leeftijd, omdat screening volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de leeftijd van de patiënt. - Validatie van gedetailleerde gegevens over de hulpvraag heeft geleid tot het advies om de gedetailleerde vragen voor elke eerste patiënt te blijven stellen. 	

Indicator 2a. Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF

De fysiotherapeut vraagt na de screening naar enkele aanvullende gegevens om de diagnostische verrichtingen gericht te kunnen kiezen en het diagnostische proces bij DTF af te kunnen sluiten met het stellen van de fysiotherapeutische diagnose.

De fysiotherapeutische diagnose bestaat uit een analyse van de functioneringsproblemen .

De volgende gegevens dienden te worden vastgelegd:

- Functioneringsproblemen in termen van beperkingen in activiteiten, participatieproblemen, stoornissen in functie, lokalisatie van de stoornissen en de ernst van de problemen;
- onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren;
- het beloop van het functioneringsprobleem tot dan toe;
- het verwachte herstel.

Validatie Fysiotherapeutische diagnose

Bij elke 1^e patiënt werden over de fysiotherapeutische diagnose behalve de globale vraag, gedetailleerde vragen gesteld.

De hoofdvraag was: "Is de fysiotherapeutische diagnose geïnventariseerd"

De extra vragen waren:

- Zijn functioneringsproblemen in termen van beperkingen in activiteiten en participatie-problemen vastgesteld?
- Zijn functioneringsproblemen in termen van stoornissen in functies vastgesteld?
- Is de lokalisatie van de stoornissen vastgesteld?
- Is de ernst van de functioneringsproblemen vastgesteld?
- Zijn onderliggende medische factoren vastgesteld?
- Zijn onderliggende externe factoren vastgesteld?
- Zijn onderliggende persoonlijke factoren vastgesteld?
- Is het beloop tot nu toe beschreven?
- Is het te verwachten herstel beschreven?

Vergelijking van de score op de hoofdvraag met de scores op de gedetailleerde vragen liet zien dat gedetailleerde informatie tot dezelfde score leidt als de hoofdvraag en dat gedetailleerde gegevens over de diagnose even betrouwbare informatie opleverde. De tijdsbelasting nam hiermee toe. Uit de procesevaluatie blijkt dat 62% van de fysiotherapeuten de extra vragen wel nuttig vond. Dit alles overwegende wordt geadviseerd de gedetailleerde vragen te blijven stellen alleen voor elke eerste patiënt.

Indicator 2a	Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF	
Volledige definitie	Percentage DTF-patiënten bij wie in het diagnostisch proces de fysiotherapeutische diagnose (analyse van functioneringsproblemen, lokalisatie, ernst, onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren, beloop en verwacht herstel) is geïnventariseerd en vastgelegd.	
Teller	Het aantal DTF-patiënten bij wie de fysiotherapeutische diagnose volgens de richtlijn is gesteld en in het dossier vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal DTF-patiënten	N= 1093
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 49 praktijken)	82%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 sd	66%
	Score + 1 sd	98%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Validatie	Gedetailleerde informatie laat een vergelijkbare score zien.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none">- Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset.- Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemix correctie te worden toegepast.- Gedetailleerde informatie geeft een vergelijkbare score. Toch wordt geadviseerd om voor elke eerste patiënt de uitgebreide vragenset aan te bieden, omdat dit waarschijnlijk de betrouwbaarheid ten goede komt en waarschijnlijk niet op weerstand stuit bij de fysiotherapeuten.	

Indicator 2b. Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënt

Bij verwezen patiënten wordt tijdens de diagnostische fase gezocht naar gegevens rond het ervaren gezondheidsprobleem die richting kunnen geven aan het fysiotherapeutisch onderzoek.

Het diagnostisch proces bestaat bij verwezen patiënten uit de stappen aanmelding, anamnese, onderzoek en analyse. Voor deze indicator is gekeken naar de anamnese (die wordt gerepresenteerd door de hulpvraag) en de analyse die moet leiden tot de fysiotherapeutische diagnose.

Bij het inventariseren van de hulpvraag wordt gevraagd naar:

- de belangrijkste ervaren klachten of problemen in het functioneren;
- de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt;
- medische gegevens (bv medicatiegebruik; operatietechniek, postoperatief beleid, ziekte of aandoening, ontslagbrief).

De volgende gegevens dienen te worden vastgelegd:

- gegevens van de hulpvraag en ervaren functioneringsproblemen, inclusief de ernst, de beïnvloedbaarheid en het beloop.
- medische voorgeschiedenis, inclusief familiale aandoeningen en nevenpathologie
- medicatiegebruik

De fysiotherapeutische diagnose bestaat uit een analyse van de functioneringsproblemen .

De volgende gegevens dienen te worden vastgelegd:

- functioneringsproblemen in termen van beperkingen in activiteiten en participatieproblemen, stoornissen in functie, lokalisatie van de stoornissen en de ernst van de problemen;
- onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren;
- het beloop van het functioneringsprobleem;
- het verwachte herstel;
- indicatie voor fysiotherapie.

Kort gezegd zijn dus bij verwezen patiënten feitelijk dezelfde stappen doorlopen als bij DTF-patiënten, met uitzondering het vaststellen pluis/niet pluis (dit is immers al door de arts/verwijzer gebeurd)

Validatie

Bij elke 1^e patiënt werden over de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose behalve de globale vraag, gedetailleerde vragen gesteld (op twee vragen na volledig vergelijkbaar met de validatie van indicator 1a respectievelijk 2d)

Validatie Hulpvraag

De hoofdvragen waren: "Is de hulpvraag geïnventariseerd" en "is de hulpvraag vastgelegd"

De extra, gedetailleerde vragen waren:

- Zijn ervaren functioneringsproblemen vastgelegd?
- Is de ernst van het functioneringsprobleem vastgelegd?
- Zijn de factoren die hierop van invloed zijn vastgelegd?
- Is het beloop vastgelegd?
- Is patiënt bekend met andere aandoeningen (naast de genoemde klachten)
- zo ja, vastgelegd?
- Zijn familiale ziekten/aandoeningen vastgelegd?
- Is medicatiegebruik vastgelegd?

Validatie Fysiotherapeutische diagnose

De hoofdvraag was: "Is de fysiotherapeutische diagnose geïnventariseerd"

De extra gedetailleerde vragen waren:

- Zijn functioneringsproblemen in termen van beperkingen in activiteiten en participatieproblemen vastgesteld?
- Zijn functioneringsproblemen in termen van stoornissen in functies vastgesteld?
- Is de lokalisatie van de stoornissen vastgesteld?
- Is de ernst van de functioneringsproblemen vastgesteld?
- Zijn onderliggende medische factoren vastgesteld?
- Zijn onderliggende externe factoren vastgesteld?
- Zijn onderliggende persoonlijke factoren vastgesteld?
- Is het beloop tot nu toe beschreven?
- Is het verwachte herstel beschreven?

Vergelijking van de score op de hoofdvraag met de gewogen scores op de gedetailleerde vragen liet zien dat gedetailleerde informatie over de hulpvraag tot een lagere score leidde dan de score op de hoofdvraag en dat gedetailleerde gegevens over de hulpvraag dus meer betrouwbare informatie leveren.

Voor de fysiotherapeutische diagnose leidde gedetailleerde informatie tot dezelfde score als de hoofdvraag en leverden de gedetailleerde gegevens over de diagnose even betrouwbare informatie op.

De tijdsbelasting per vragenlijst werd verhoogd met het stellen van extra vragen (geschat op 2 minuten per patiënt), maar uit de procesevaluatie bleek dat 62% van de fysiotherapeuten de extra vragen wel nuttig vond. Dit overwegende wordt geadviseerd de gedetailleerde vragen te blijven stellen voor elke eerste patiënt.

Indicator 2b	Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënt	
Volledige definitie	Percentage verwezen patiënten bij wie in het diagnostisch proces de hulpvraag (ervaren functioneringsproblemen, ernst, beïnvloedende factoren, beloop, andere (familiaire) aandoeningen / nevenpathologie , medicatiegebruik) en de fysiotherapeutische diagnose (analyse van functioneringsproblemen (in termen van beperkingen en participatieproblemen, stoornissen in functie), lokalisatie, ernst, onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren, beloop en verwacht herstel) is geïnventariseerd en vastgelegd	
Teller	Het aantal verwezen patiënten bij wie de hulpvraag is geïnventariseerd volgens de richtlijn en in het dossier vastgelegd en bij wie de diagnose volgens de richtlijn is gesteld en vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal verwezen patiënten	N= 1854
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 48 praktijken)	82%
	Minimum en maximumscore	50-100%
	Score - 1 sd	67%
	Score + 1 sd	97%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Validatie	Gedetailleerde informatie over de hulpvraag geeft een lagere score. Gedetailleerde informatie over de diagnose geeft een vergelijkbare score.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemix correctie te worden toegepast. - Validatie van gedetailleerde gegevens over de hulpvraag heeft geleid tot het advies de gedetailleerde vragen voor elke eerste patiënt te blijven stellen. 	

Indicator 3. Methodisch gehandeld bij vaststellen doelen

In het behandelplan wordt o.a. vastgelegd wat het beoogde doel van de behandeling is. Het doel of de doelen werden gebaseerd op gegevens uit de diagnostische fase, namelijk de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose.

Met het vaststellen van de doelen geeft de fysiotherapeut aan wat hij nastreeft met de fysiotherapeutische behandelingsperiode als geheel. De bijbehorende vragen zijn:

- Zijn behandelgoal(en) geformuleerd?
- Zijn behandelgoal(en) vastgelegd?
- Zijn de behandeldoelen volledig geformuleerd op basis van de hulpvraag?
- Zijn de behandeldoelen volledig geformuleerd op basis van de fysiotherapeutische diagnose/conclusie van het diagnostisch proces?

Indicator 3	Methodisch gehandeld bij vaststellen doelen	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie behandelgoal(en) zijn geïnventariseerd en vastgelegd op basis van de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie ten minste één behandelgoal is geïnventariseerd en vastgelegd en waarbij het doel is gebaseerd op de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N= 2965
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 50 praktijken)	93%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	72%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Bij DTF-patiënten is de score lager dan bij verwezen patiënten.	Aanmelding
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks hoge score en de geringe spreiding wordt geadviseerd om deze indicator toch op te nemen in de basisset, aangezien verondersteld wordt dat aan de praktijktoets een groep koplopers meedeed. De verwachting is dat bij landelijke uitrol de score zal zakken en de spreiding zal toenemen. - Op basis van de onderzochte kenmerken zou geen casemixcorrectie hoeven worden toegepast, omdat het vaststellen van doelen volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de manier van aanmelden van de patiënt. 	

Indicator 4. Methodisch gehandeld tijdens therapeutisch proces

Het Therapeutisch Proces bestaat uit het behandelplan, de behandeling, de evaluatie en de afsluiting.

In het behandelplan staan de behandeldoelen, behandelverrichtingen en het beoogde eindresultaat/einddoel. De behandeling bestaat o.a. uit de uitgevoerde verrichting en eventuele bijstellingen in het behandelplan. In de evaluatie worden de behandelresultaten doorgenomen en wordt bekeken of het eindresultaat is behaald alvorens de behandeling wordt afgesloten.

Voor deze indicator is gekeken naar de patiënten bij wie ten minste één doel en verrichting is vastgelegd, bij wie het resultaat is vastgelegd en bij wie het eindresultaat is behaald.

De volgende gegevens dienen te zijn vastgelegd over de doelen:

- Zijn de behandeldoelen vastgelegd in termen van functies, activiteiten, participatie, omgevingsfactoren, persoonlijke factoren?
- Zo ja, wat waren de geplande en vastgelegde subdoelen? (deels voorgestructureerd, deels open)

De volgende gegevens dienen te zijn vastgelegd over de behandelverrichtingen:

- Zijn de geplande behandelverrichtingen schriftelijk vastgelegd?
- Zo ja, welke verrichtingen had u gepland (en vastgelegd)? (voorgestructureerde antwoordmogelijkheden)

De volgende gegevens dienen te zijn vastgelegd over het resultaat:

- Is het behandelresultaat vastgesteld? (ja/ nee; dus onafhankelijk van of het behandelresultaat subjectief of objectief is vastgesteld, dit gebeurt bij indicator 5b en 5c)

De volgende gegevens dienen te zijn vastgelegd bij het eindresultaat:

- Het door u gekozen einddoel was [...] (stabiliseren óf verbeteren óf volledig herstellen). Is het beoogde einddoel behaald?

Indicator 4	Methodisch gehandeld tijdens therapeutisch proces	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie in het therapeutisch proces behandeldoelen, verrichtingen en resultaten zijn geïnventariseerd en vastgelegd en waarbij het beoogde eindresultaat is behaald.	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie ten minste één behandeldoel en één behandelverrichting is geïnventariseerd en vastgelegd, bij wie het behandelresultaat is vastgelegd en bij wie het eindresultaat/hoofddoel is behaald .	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N= 2962
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 48 praktijken)	89%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	69%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten van 15-44 jaar is de indicatorscore lager dan bij patiënten van 45 -64 jaar.	leeftijd
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score met beperkte spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen <i>casemix</i> correctie toe te passen voor leeftijd, omdat het therapeutisch proces volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de leeftijd van de patiënt. 	

Indicator 5. Behandelresultaat vastgesteld

Het vaststellen van het behandelresultaat is onderdeel van de evaluatie van de behandeling. Hierbij gaat het om de mate waarin de behandeldoelen zijn gehaald en de veranderingen in het functioneringsprobleem op het moment van evaluatie in vergelijking met die aan het begin van de behandelperiode.

Voor deze indicator maken we onderscheid in drie verschillende manieren waarop het behandelresultaat kan worden vastgesteld.

- Is het behandelresultaat vastgesteld (ja/nee; zie ook bij 4)
- Is het behandelresultaat subjectief vastgesteld (persoonlijk, door de fysiotherapeut)
- Is het behandelresultaat objectief (in maat en getal, met meetinstrumenten) vastgesteld.

(zie ook indicator 6 en 7 voor meer uitleg over subjectief en objectief behandelresultaat)

Deze driedeling is gehanteerd in het presenteren van scores: bij indicator 5a wordt berekend of het behandelresultaat is vastgelegd. Bij indicator 5b en 5c wordt een onderverdeling gemaakt vanuit deze score: 5b gaat over het percentage patiënten waarbij alleen subjectief het behandelresultaat is vastgesteld (het persoonlijke oordeel van de therapeut) en bij 5c

gaat over het percentage patiënten waarbij het behandelresultaat objectief, in maat en getal is vastgesteld (of objectief en subjectief).

Deze driedeling is nodig om het resultaat van indicator 6 en 7 te interpreteren.

Indicator 5	Behandelresultaat vastgesteld	
Volledige definities	5a Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat is geinventariseerd en vastgelegd.	
	5b Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat <u>alleen subjectief</u> is geinventariseerd en vastgelegd.	
	5c Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat <u>objectief</u> (of subjectief&objectief) is geinventariseerd en vastgelegd.	
Tellers	5a Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat is geinventariseerd en vastgelegd.	
	5b Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat alleen subjectief is geinventariseerd en vastgelegd.	
	5c Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat objectief (ten minste 1 meetinstrument met scores) of subjectief & objectief is geinventariseerd en vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N= 2964
Indicatorscore en referentiecijfers 5a	Indicatorscore (gebaseerd op 50 praktijken)	90%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 sd	78%
	Score + 1 sd	100%
5b	Indicatorscore (gebaseerd op 50 praktijken)	52%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	23%
	Score + 1 sd	81%
5c	Indicatorscore (gebaseerd op 50 praktijken)	39%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	9%
	Score + 1 sd	69%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en gegeven de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator (in drieën gesplitst) op te nemen in de basisset. - Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemixcorrectie te worden toegepast. 	

Indicatoren over de patiëntuitkomsten (indicator 6 en 7)

Indicator 6. Beoogd behandelresultaat subjectief behaald

Voortbordurend op de driedeling bij indicator 5 is verder ingegaan op de persoonlijke, subjectief vastgestelde uitkomst (5b).

De vraag was of met het door de fysiotherapeut vastgestelde behandelresultaat het einddoel werd gehaald. Hiervoor is bij elk van de aangegeven subdoelen van de behandeling gevraagd of het subdoel is behaald (niet, enigszins, grotendeels, volledig)

Indicator 6	Beoogd behandelresultaat subjectief behaald	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandelstelling(en), bij aanvang en aan het eind van de behandeling subjectief door de fysiotherapeut zijn vastgesteld, is (zijn) behaald.	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie het beoogde eindresultaat, subjectief vastgesteld, is gehaald (gemiddelde van het subjectieve resultaat per beoogd subdoel)	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten waarbij het behandelresultaat aan het eind van de behandeling subjectief is vastgesteld.	N= 1148
Indicator-score en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 49 praktijken)	79%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 sd	63%
	Score + 1 sd	95%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten van 45- 64 jaar is de indicatorscore lager dan patiënten van 15-44 jaar. Bij patiënten waarvan de behandeling is bijgesteld is de indicatorscore lager dan bij patiënten waarbij dit niet is gebeurd. Bij patiënten met 0-9 behandelingen ("acuut") is indicatorscore lager dan bij patiënten met 10-18 behandelingen ("middellang")	leeftijd, bijstellen, aantal behandelingen
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor leeftijd, omdat het subjectief vaststellen van het behandelresultaat volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de leeftijd van de patiënt. - Er wordt geadviseerd om meer onderzoek te doen naar de reden waarom het doel is bijgesteld om inzicht te krijgen of hiervoor een casemixcorrectie toegepast moet worden. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor het aantal behandelingen, maar referentie waarden te geven voor de verschillende groepen (i.e. aparte scores berekenen voor patiënten met 0-9 behandelingen en patiënten met een hoger aantal behandelingen. Het nadeel hiervan is dat je dan per praktijk vaak te weinig patiënten overhoudt per groep. 	

Indicator 7. Beoogd behandelresultaat objectief behaald

Voortbordurend op de driedeling bij indicator 5 is bij indicator 7 verder ingezoomd op de objectieve vastgestelde uitkomst (5c).

De vraag was of het beoogde einddoel met behulp van meetinstrumenten is geobjectiveerd. Hierbij worden de volgende gegevens betrokken: namen van de meetinstrumenten, uitgangswaarde, eindwaarde en verschilscore. Vervolgens is gevraagd of hiermee het beoogde subdoel is bereikt.

Indicator 7	Beoogd behandelresultaat objectief behaald	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandelgoal(en), die bij aanvang en aan het eind van de behandeling objectief (in maat en getal) is (zijn) vastgesteld, is (zijn) behaald.	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie het beoogde eindresultaat, in maat en getal vastgesteld, is gehaald (gemiddelde van het objectieve resultaat per beoogd subdoel).	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten waarbij het behandelresultaat aan het eind van de behandeling <u>objectief</u> is vastgesteld.	N=1192
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 45 praktijken)	73%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	47%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten van 65 jaar en ouder is de indicatorscore lager dan patiënten van 45-64 jaar. Bij patiënten bij wie de behandeling is bijgesteld is de indicatorscore lager dan bij patiënten bij wie de behandeling niet is bijgesteld. Bij verwezen patiënten is de indicatorscore lager dan bij patiënten die via directe toegang bij de fysiotherapeut terecht zijn gekomen.	leeftijd, bijstellen, aanmelding
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor leeftijd en aanmelding, omdat het behandelresultaat volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de leeftijd van de patiënt en de manier van aanmelding. - Er wordt geadviseerd om meer onderzoek te doen naar de reden waarom het doel is bijgesteld om inzicht te krijgen of hiervoor een casemixcorrectie toegepast moet worden. 	

Overleg met de patiënt

De vorm en het aantal overlegmomenten met de patiënt verschilt afhankelijk van de manier van aanmelding. De indicator over overleg met de patiënt is daarom gesplitst in (8a) overleg met de DTF-patiënt en (8b) overleg met de verwezen patiënt.

Indicator 8a. Overleg met DTF-patiënt

Op een aantal momenten tijdens de zorgverlening door de fysiotherapeut is overleg met de patiënt noodzakelijk. Uit het dossier moet dan blijken of afstemming met de patiënt heeft plaatsgevonden over:

1. Het screeningsproces (bijvoorbeeld toestemming patiënt voor overleg met de (huis)arts, bijvoorbeeld over de hulpvraag³)
2. Het diagnostische proces (bijvoorbeeld overlegd over onderzoeksverrichtingen)
3. De geformuleerde doelen (bijvoorbeeld overlegd over doelen, overeenstemming over doelen)
4. Het therapeutische proces (bijvoorbeeld toestemming bijzondere/voorbehouden handelingen, behandelplan besproken met patiënt, afspraken over bv huiswerk oefeningen en thuisopdrachten besproken)
5. De tussentijdse evaluatie (bijvoorbeeld afstemmen (tussentijdse) evaluatie)
6. Het behandelresultaat (bijvoorbeeld resultaat besproken met patiënt)
7. De eindevaluatie (bijvoorbeeld eindresultaten geëvalueerd/besproken met patiënt, hulpvraag beantwoord)
8. Afsluiting (bv toestemming informeren huisarts)

Indicator 8a	Overleg met DTF-patiënt	
Volledige definitie	Percentage DTF-patiënten bij wie het zorgverleningsproces is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Teller	Aantal behandelde DTF-patiënten bij wie tijdens het zorgverleningsproces screening, het diagnostische proces, behandeldoelen, therapeutische proces, tussentijdse en eindevaluatie, behandelresultaat, eindevaluatie en afsluiting zijn afgestemd met de patiënt	
Noemer	Totaal aantal behandelde DTF patiënten	N=802
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 48 praktijken)	86%
	Minimum en maximumscore	14-100%
	Score - 1 sd	69%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none">- Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset.- Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemixcorrectie te worden toegepast.	

³ De hulpvraag is hier toegevoegd omdat deze blijkend uit de evaluatie duidelijker in beeld moet worden gebracht

Indicator 8b. Overleg met verwezen patiënt

Voor verwezen patiënten gelden zeven in plaats van acht momenten om met de patiënt af te stemmen (het zelfde als bij 8a m.u.v. het screeningsproces):

1. Het diagnostische proces
2. De geformuleerde doelen
3. Het therapeutische proces
4. De tussentijdse evaluatie
5. Het behandelresultaat
6. De eindevaluatie
7. Afsluiting

Indicator 8b	Overleg met verwezen patiënt	
Volledige definitie	Percentage verwezen patiënten bij wie het zorgverleningsproces is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Teller	Aantal verwezen en behandelde patiënten bij wie tijdens het zorgverleningsproces het diagnostische proces, behandeldoelen, therapeutische proces, tussentijdse en eindevaluatie, behandelresultaat, eindevaluatie en afsluiting zijn afgestemd met de patiënt	
Noemer	Totaal aantal verwezen behandelde patiënten	N=604
Indicatorscore	Indicatorscore (gebaseerd op 42 praktijken)	80%
	Minimum en maximumscore	43-100%
	Score - 1 sd	62%
	Score + 1 sd	98%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemixcorrectie te worden toegepast. 	

9.3.2 Thema 2: Praktijkorganisatie en Etalage-informatie

Indicatoren over de praktijk

De vijf indicatoren die aan de orde komen bij het thema Praktijkorganisatie en Etalage-informatie gaan over de veiligheid, kwaliteitsbeleid, professionele samenwerking, de beveiliging van patiëntgegevens en de beschikbare informatie over de praktijk.

De berekeningen zijn gebaseerd op de gegevens van 51 praktijken waarin 289 fysiotherapeuten werken (gemiddeld 6 per praktijk). De gegevens zijn aangeleverd door de 51 praktijkvertegenwoordigers (vaak in samenwerking met hun secretaresse of ander ondersteunend personeel).

Indicator 9. Etalage-informatie beschikbaar

Etalage-informatie (informatie die in folders, gemeentegidsen, op websites e.d. staat) gaat over het aanbod van de praktijk, informatie over de specialismen/kenmerken van de therapeuten, openingstijden en dergelijke.

Indicator 9	Etalage-informatie beschikbaar	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij ten minste op 2 manieren duidelijke informatie beschikbaar is over het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis en de prijslijst.	
Teller	Aantal kenmerken van de praktijk (het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis en de prijslijst) waarover ten minste op 2 manieren (website, folder wachtkamer, folder balie, prikbord) duidelijke informatie beschikbaar is	
Noemer	Totaal aantal onderdelen (6), indien geen behandelingen aan huis 5	N=49
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 49 praktijken)	80%
	Minimum en maximumscore	50-100%
	Score - 1 sd	67%
	Score + 1 sd	93%
Aanbeveling	- Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset.	

Indicator 10. Veiligheid gewaarborgd

De indicator over veiligheid heeft betrekking op de eerste hulp vaardigheden, arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken. Het is van belang of er over deze onderwerpen een schriftelijk protocol aanwezig is en of dit jaarlijks wordt nagelopen en indien nodig aanpassingen worden gedaan.

Praktijken met een geldig HKZ certificaat scoren automatisch 100% op deze indicator ervan uitgaande dat bij de HKZ-certificering uitgebreid aandacht is besteed aan de veiligheid (uitgebreider dan deze praktijktoets).

Als bron voor de onderwerpen van deze indicator is gebruik gemaakt van het Visitatie-instrument Accreditatie voor de huisartsenpraktijk. (15)

Indicator 10	Veiligheid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij veiligheid op het gebied van eerste hulpvaardigheden, arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken is geprotocolleerd en jaarlijks wordt nagelopen.	
Teller	Aantal veiligheidskenmerken (eerste hulpvaardigheden, Arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken) die zijn geprotocolleerd en jaarlijks worden nagelopen	
Noemer	Totaal aantal veiligheidskenmerken (4)	nvt
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore	Geen score te berekenen
	Minimum en maximumscore	-
	Score van 25 ^{ste} percentiel	-
	Score van 75 ^{ste} percentiel	-
Aanbeveling	Door een fout in de programmering is een berekening van de score niet mogelijk. Wij nemen aan dat deze indicator, net als de andere indicatoren uit dit thema wel onderscheidend gaan worden op basis van de vergelijking die gemaakt kan worden met de kenmerken van HKZ-praktijken en adviseren daarom deze indicator en de bijbehorende vragen op te nemen in de basisset.	

Indicator 11. Kwaliteitsbeleid gewaarborgd

Het kwaliteitsbeleid is verdeeld over een zestal onderwerpen te weten: klachtencommissie, kritische incidenten ((bijna) ongevallen), patientenforum, lokale protocollen, kwaliteitsjaarverslag en doelen kwaliteitsverbetering.

De centrale vragen per onderwerp zijn steeds

- Is er een procedure beschikbaar c.q. wordt er een rapportage bijgehouden (bijvoorbeeld "Heeft uw praktijk een klachtenprocedure voor patiënten die op verzoek beschikbaar is?") ;
- Wordt er actie ondernomen? (Bijvoorbeeld "Onderneemt de praktijk actie n.a.v. de klachten?")

Als bron voor de onderwerpen van deze indicator is gebruik gemaakt van het Visitatie-instrument Accreditatie voor de huisartsenpraktijk. (15)

Indicator 11	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij jaarlijks procedures worden doorlopen over klachtencommissie, kritische incidenten, patientenforum, update lokale protocollen, kwaliteitsjaarverslag, doelen kwaliteitsverbetering en waar indien nodig actie voor wordt ondernomen	
Teller	Gewogen gemiddelde van alle kenmerken waarvan rapportage is bijgehouden en zo nodig actie wordt ondernomen	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (6) (indien solopraktijk dan delen door 5 (nl geen kwaliteitsjaarverslag nodig))	N=51
Indicatorscore	Indicatorscore (gebaseerd op 51 praktijken)	52%
	Minimum en maximumscore	14-100%
	Score - 1 sd	28%
	Score + 1 sd	76%
Validatie	De verwachting is dat HKZ gecertificeerde praktijken op deze indicator hoog scoren. Er zijn echter maar 4 HKZ-gecertificeerde praktijken. Dit is een te laag aantal om deze vraag te valideren.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Geadviseerd wordt alle vragen te stellen en geen getapte structuur te gebruiken zoals in de praktijktoets 	

Indicator 12. Mate van professionele samenwerking

Met deze indicator is de inter- en multidisciplinaire samenwerking vastgesteld die binnen en buiten de praktijk plaatsvindt. Het gaat hierbij om overleg met collega-fysiotherapeuten, huisartsen, medisch specialisten, bedrijfsartsen e.d. over:

1. specifieke aandoeningen (bijvoorbeeld behandeling van patiënten met nekpijn)
2. individuele patiënten
3. de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld aansluiten van tijdstip van afspraken, beleid bij overdracht)

De afspraken die worden gemaakt dienen schriftelijk te worden vastgelegd.

Als bron voor de onderwerpen van deze indicator is gebruik gemaakt van het Visitatie-instrument Accreditatie voor de huisartsenpraktijk. (15)

Indicator 12	Mate van professionele samenwerking	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij binnen en buiten de praktijk overleg plaatsvindt over aandoeningen, individuele patiënten, de samenwerkingsorganisatie.	
Teller	Is er overleg binnen de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patiënten, de organisatie plus is er overleg buiten de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patiënten	
Noemer	Totaal aantal variabelen (=12)	N= 51
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 49 praktijken)	61%
	Minimum en maximumscore	17-100%
	Score - 1 sd	36%
	Score + 1 sd	86%
Validatie	De verwachting is dat HKZ gecertificeerde praktijken op deze indicator hoog scoren. Er zijn 4 HKZ-gecertificeerde praktijken. Dit is een te laag aantal om deze vraag te valideren.	
Aanbeveling	- Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset.	

Indicator 13. Vertrouwelijkheid patiëntgegevens gewaarborgd

Bij de beveiliging van patiëntgegevens moet worden gedacht aan:

- vertrouwelijke behandeling gegevens (alleen inzage behandelend therapeut waarnemer of stagiaire, derden alleen met toestemming)
- uitwisseling elektronisch (met toestemming van de patiënt)
- vernietigingsplicht (na 15 jaar)
- bewaren financiële gegevens apart van behandelgegevens
- computerbeveiliging volgens NEN-norm (7510, 7511, 7512)
- alleen inzage bij behandelrelatie patiënt - zorgverlener

Als bron voor de onderwerpen van deze indicator is gebruik gemaakt van de KNGF-richtlijn verslaglegging (13) en het Visitatie-instrument Accreditatie voor de huisartsenpraktijk.(15)

Indicator 13	Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij een protocol aanwezig is over de beveiliging van (elektronische) patiëntgegevens met daarin vastgelegd vertrouwelijkheid, uitwisseling, vernietigingsplicht, scheiden financiële en inhoudelijke gegevens, netwerk volgens NEN-norm en inzagerecht	
Teller	Aanwezigheid protocol over de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens met daarin vastgelegd vertrouwelijke behandeling patiëntgegevens, uitwisseling gegevens, vernietigingsplicht, scheiden financiële en paramedische gegevens, computernetwerk volgens NEN-norm, inzagerecht (6x ja/nee)	
Noemer	Totaal aantal variabelen	N= 51
Indicatorscore en referentiewaarden	Indicatorscore (gebaseerd op 51 praktijken)	28%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	0%
	Score + 1 sd	66%
Validatie	De verwachting is dat HKZ gecertificeerde praktijken op deze indicator hoog scoren. Er zijn 4 HKZ-gecertificeerde praktijken. Dit is een te laag aantal om deze vraag te valideren.	
Aanbeveling	De indicator over de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens heeft een lage score. Als we willen discrimineren tussen praktijken dan is dit geen goede indicator, maar als we de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen willen beoordelen is dit wel een goede indicator. Door de routing (Indien geen protocol aanwezig dan ook geen vervolgvragen gesteld en direct een 0-score) is te veel informatie verloren gegaan. Geadviseerd wordt de vervolgvragen aan iedereen te stellen. Geadviseerd wordt deze indicator (aangepast) op te nemen in de basisset.	

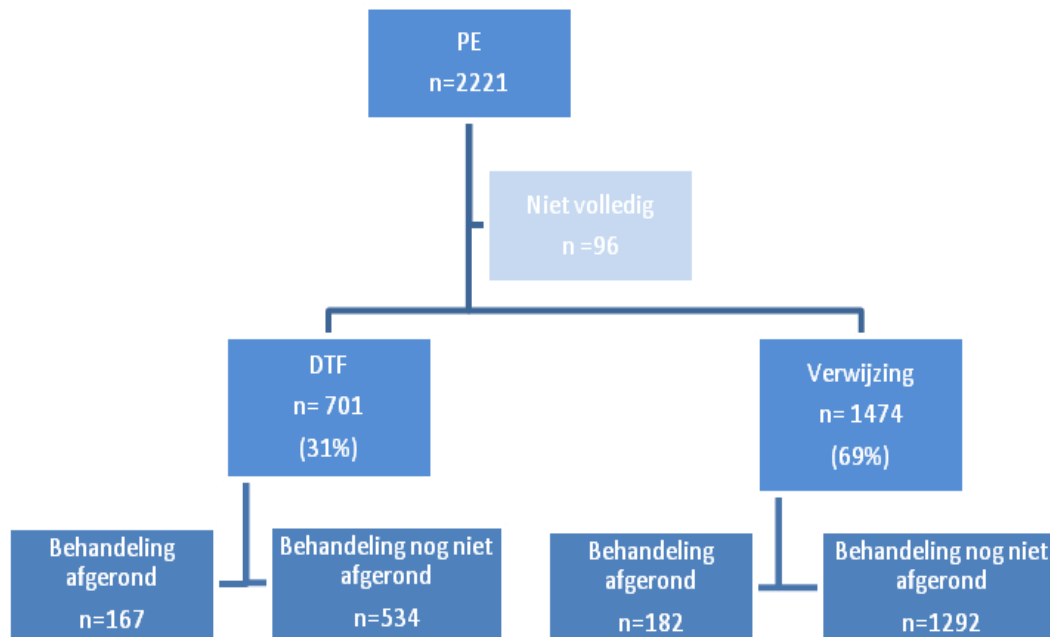
8.3.3 Thema 3: Patiëntervaringen

Patiëntervaringen zijn nagegaan op het gebied van:

- Bereikbaarheid en toegankelijkheid
- Accommodatie
- Communicatie en informatie
- Bejegening
- Samenwerking
- Zelfstandigheid
- Patiëntenrechten
- Resultaat van de behandeling (algemeen, behandelperiode, specifiek)

Er is extra informatie verzameld over groepsbehandelingen en er is een beoordeling/belangenscore gevraagd. Sommige vragen zijn bij meerdere indicatoren meegeteld. (bijvoorbeeld 'geïnformeerd over recht behandeldossier in te zien' telt mee bij (nr. 16) communicatie en informatie en (nr. 23) patiëntenrechten.

De berekeningen zijn gebaseerd op de gegevens van 2221 patiënten uit 51 praktijken. In Figuur 5 en Tabel 5 zijn een stroomschema en een overzicht van patiëntkenmerken weergegeven van de patiënten in het thema Patiëntervaringen.



Figuur 5: Stroomschema van patiënten in het thema Patiëntervaringen, de manier van aanmelding en wel/geen start van de behandeling na screening of diagnostiek.

Tabel 5: Kenmerken van patiënten in thema Patiëntervaringen.

Kenmerk	
% man	38%
Gemiddelde leeftijd patiënten (sd)	46,4 jaar (16,2)
% zeer kortdurende klachten (0-9 behandelingen)	52%
% middellange klachten (10-18 behandelingen)	25%

Aansluiting bij CQ-index

Voor het meten van de patiëntervaring is aangesloten bij de landelijke ontwikkeling van de CQ-index (CQI). De CQI fysiotherapie (versie 2) is momenteel nog niet afgerond. IQ healthcare heeft zitting in de werkgroep van de CQI fysiotherapie sinds januari 2008. Sindsdien is er ook een nieuwe conceptversie van de CQI. Hieraan is een groot aantal vragen, die zijn ontwikkeld in het kader van de prestatie-indicatoren fysiotherapie door IQ healthcare in samenwerking met het discussiepanel van het project PIF toegevoegd. Deze aanvullingen liggen vooral op het gebied van de onderwerpen 'zelfstandigheid' en de uitkomsten van de zorg (resultaat behandeling algemeen, behandelperiode en specifiek). Momenteel wordt een pilot uitgevoerd met de CQI fysiotherapie. De resultaten hiervan zijn op dit moment nog niet bekend. (verwacht begin 2009)

De in dit projectgebruikte Patiëntervaringen (PE) vragenlijst bestaat uit ongeveer 70 vragen, de concept CQI uit ongeveer 100. De vragen zijn grotendeels dezelfde. De PE vragenlijst is korter, omdat sommige vragen al op andere plaatsen worden gesteld of onnodig bleken voor het doel van het prestatie-indicatoren project en dit voor onnodige (dubbele) belasting van de fysiotherapeuten en/of patiënten zou leiden.

De indicatoren van het thema Patiëntervaringen zijn geanalyseerd volgens de methodiek van de CQ-index (versie 1.0). Voor de nieuwe indicatoren is de analysemethodiek voortgezet, ondanks dat er nog geen officiële CQI beschrijving is. Met het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) is afgesproken dat IQ healthcare en CKZ de CQI op basis van de ervaringen met de PE vragenlijsten gezamenlijk verder ontwikkelen om te komen tot één instrument dat breed kan worden toegepast voor het meten van patiëntervaringen binnen de fysiotherapie. Wij adviseren de ontwikkelingen hieromtrent te blijven volgen en de indicatorberekeningen hierop af te stemmen.

Indicator 14. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk

Bij bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk moet gedacht worden aan:

- Hoe vaak de fysiotherapiepraktijk goed bereikt kon worden;
- Werd er teruggebeld;
- Mogelijkheid tot zelf een fysiotherapeut te kiezen;
- Praktijk goed bereikbaar met het eigen vervoersmiddel;
- Binnen hoeveel dagen na aanmelding terechtkunnen;
- Hoe vaak binnen 15 minuten na de afgesproken tijd geholpen;
- Voldoende tijd besteed aan patiënt;
- Buiten kantooruren behandelen;
- Afspraak maken op een door patiënt gewenst tijdstip;
- Voldoende specialistische deskundigheid voor aandoening.

Voor patiënten die thuis zijn behandeld wordt voor deze indicator geen score berekend.

Indicator 14	Score patiëntervaring op bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op bereikbaarheid en toegankelijkheid (telefonische bereikbaarheid, terugbellen, zelf therapeut kiezen, bereikbaar met eigen vervoersmiddel, wachttijd na aanmelding, wachttijd wachtkamer, tijd voor patiënt, behandeling buiten kantooruren, afspraak op gewenst tijdstip en specialistische deskundigheid van de praktijk	
Teller	Score patiënt op telefonische bereikbaarheid, terugbellen, zelf therapeut kiezen, bereikbaar met eigen vervoersmiddel, wachttijd na aanmelding, wachttijd wachtkamer, tijd voor patiënt, behandeling buiten kantooruren, afspraak op gewenst tijdstip, specialistische deskundigheid	
Noemer	Totaal aantal vragen (9)	N= 1573
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 50 praktijken)	92%
	Minimum en maximumscore	83-96%
	Score - 1 sd	89%
	Score + 1 sd	95%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten bij wie de behandeling is afgerond is de score hoger dan bij patiënten die nog onder behandeling zijn. Bij patiënten jonger dan 15 jaar is de indicatorscore lager dan bij patiënten van 45-64 jaar.	Afgeronde behandeling, leeftijd
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score en de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset en de ontwikkelingen rond de CQ-index af te wachten. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor leeftijd en afgeronde behandeling, omdat de bereikbaarheid en toegankelijkheid voor elke patiënt goed zou moeten zijn, ongeacht de leeftijd van de patiënt of het wel of niet een afgeronde behandeling hebben. 	

Indicator 15. Accommodatie

Hoe patiënten de accommodatie ervaren hangt samen van de volgende onderwerpen:

- Is de praktijk schoon (wat/welke ruimte niet);
- Comfort oefenruimte;
- Voldoende privacy met omkleeden, tijdens gesprekken, bij de behandeling, van gegevens;
- Aanwezigheid voldoende comfortabele zitplaatsen voor wachtenden;
- Zijn er voorzieningen om wachten aangener te maken;
- Is praktijk toegankelijk voor elke patiënt.

Voor patiënten die thuis zijn behandeld wordt voor deze indicator geen score berekend.

Indicator 15	Score patiëntervaring op accommodatie	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op accommodatie (hygiëne praktijk), comfort oefenruimte, privacy, comfort zitplaatsen wachttruimte, wachten veraangenen, toegankelijkheid voor patiënt)	
Teller	Score patiënt op hygiëne, comfort oefenruimte, privacy, zitplaatsen wachttruimte, wachten veraangenen, toegankelijkheid	
Noemer	Totaal aantal vragen (6)	N= 1548
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 51 praktijken)	97%
	Minimum en maximumscore	72-100%
	Score - 1 sd	92%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score en met inachtneming van de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset en de ontwikkelingen rond de CQ-index af te wachten. - Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemixcorrectie te worden toegepast. 	

Indicator 16. Communicatie en informatie

Bij de communicatie en informatie tijdens de behandeling moet worden gedacht aan:

Informatie over

- Behandelduur;
- Vergoeding zorgverzekeraar;
- De behandelmogelijkheden;
- Verloop klachten/ziekte;
- Recht behandeldossier in te zien.

en verder:

- Komt behandelduur overeen met verwachting;
- Probeert fysiotherapeut probleem goed te begrijpen;
- Goede uitleg oefeningen;
- Adviezen die dagelijks kunnen worden gebruikt;
- Mogelijkheid tot vragen stellen;
- Uitleg begrijpelijk;
- Duidelijke uitleg wat fysiotherapeut aan het doen was.

Indicator 16	Score patiëntervaring op communicatie en informatie	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op communicatie en informatie tussen behandelaar en patiënt (over behandelduur (incl. verwachting), vergoeding, behandelmogelijkheden, verloop klachten/ziekte, recht op inzage behandeldossier, begrip voor probleem, begrijpelijke en duidelijke uitleg, uitleg bij oefeningen, adviezen dagelijks bruikbaar, vragen stellen)	
Teller	Score patiënt op geïnformeerd zijn over behandelduur (inclusief verwachting), vergoeding, behandelmogelijkheden, verloop klachten/ziekte, recht op inzage behandeldossier, begrip voor probleem, begrijpelijke en duidelijke uitleg, uitleg bij oefeningen, adviezen dagelijks bruikbaar, vragen stellen	
Noemer	Totaal aantal vragen(12)	N= 1801
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 51 praktijken)	90%
	Minimum en maximumscore	77-97%
	Score - 1 sd	86%
	Score + 1 sd	94%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten waarbij de behandeling is afgerond is de score hoger dan bij patiënten die nog onder behandeling zijn.	Afgeronde behandeling
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score en met inachtneming van de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset en de ontwikkelingen rond de CQ-index af te wachten. - Er wordt voornamelijk geadviseerd geen casemixcorrectie toe te passen voor afgeronde behandeling. Het aantal patiënten met een afgeronde behandeling is te laag om nu nauwkeurige uitspraken te doen. 	

Indicator 17. Bejegening

Onder bejegening wordt verstaan de ervaring van de patiënt over hoe de fysiotherapeut hem of haar bejegend. Hierbij zijn vragen gesteld over:

- Fysiotherapeut vraagt regelmatig hoe het gaat;
- Behandeling met beleefdheid;
- Fysiotherapeut luistert aandachtig;
- Fysiotherapeut neemt patiënt serieus;
- Fysiotherapeut zorg dat patiënt zich op zijn gemak voelt;
- Fysiotherapeut houdt rekening met specifieke wensen en omstandigheden van de patiënt;
- Tijdens behandeling gestoord.

Indicator 17	Score patiëntervaring op bejegening	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op bejegening (vragen hoe het nu gaat, beleefdheid, aandachtig luisteren, serieus nemen, op gemak voelen, specifieke omstandigheden patiënt, storen tijdens behandeling)	
Teller	Score patiënt op bejegening: vragen hoe het nu gaat, beleefdheid, aandachtig luisteren, serieus nemen, op gemak voelen, specifieke omstandigheden patiënt, storen tijdens behandeling)	
Noemer	Totaal aantal vragen (7)	N= 2193
Indicatorscore en referentiecijfers	Indicatorscore (gebaseerd op 51 praktijken)	
	99%	
	Minimum en maximumscore	89-100%
	Score - 1 sd	97%
	Score + 1 sd	100%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	- Ondanks de hoge score en met inachtneming van de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset en de ontwikkelingen rond de CQ-index af te wachten.	

Indicator 18. Samenwerking

De indicator samenwerking zegt iets over de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de fysiotherapeuten en andere hulpverleners betrokken bij de behandeling van de patiënt. Om hiervan een indruk te krijgen worden aan de patiënt die door verschillende fysiotherapeuten zijn behandeld vragen gesteld over of hij/zij:

- steeds opnieuw hetzelfde verhaal moest vertellen;
- tegenstrijdige info kreeg met eerder gegeven info; en
- heeft fysiotherapeut in overleg met patiënt de behandeling met de huisarts besproken.

Indicator 18	Score patiëntervaring op samenwerking	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op samenwerking indien door verschillende fysiotherapeuten behandeld (hetzelfde verhaal vertellen, tegenstrijdige info, in overleg met patiënt behandeling met huisarts besproken)	
Teller	Score patiënt op samenwerking (verschillende fysiotherapeuten, hetzelfde verhaal vertellen, tegenstrijdige info, in overleg met patiënt behandeling met huisarts besproken)	
Noemer	Totaal aantal vragen (4)	N= 248
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde mediaan uit 48 praktijken	79%
	Minimum en maximumscore	58-100%
	Score - 1 sd	69%
	Score + 1 sd	89%
Beïnvloedende factoren	Bij patiënten waarbij de behandeling is afgerond is de score hoger dan bij patiënten die nog onder behandeling zijn.	Afgeronde behandeling
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt vooralsnog geadviseerd geen casemixcorrectie toe te passen voor afgeronde behandeling. Het aantal patiënten met een afgeronde behandeling is te laag om nu nauwkeurige uitspraken te doen. 	

Indicator 19. Zelfstandigheid

Indicator 19 geeft een indruk van wat de fysiotherapeut bijdraagt aan de zelfstandigheid van de patiënt in de behandeling en hoe de samenwerking wordt ervaren. De volgende vragen zijn hierbij gesteld:

- fysiotherapeut werkt met patiënt aan bereiken behandeldoelen;
- fysiotherapeut geeft advies om nieuwe klachten te voorkomen;
- fysiotherapeut vraagt of oefeningen thuis goed gaan;
- fysiotherapeut vraagt wat is gedaan met adviezen.

Indicator 19	Score patiëntervaring op zelfstandigheid	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op zelfstandigheid (samen werken aan doelen, advies voorkomen nieuwe klachten, vragen naar oefening thuis, vragen naar wat gedaan is met adviezen)	
Teller	Score patiënt op samen werken aan doelen, advies voorkomen nieuwe klachten, vragen naar thuis oefenen, vragen naar wat gedaan is met adviezen)	
Noemer	Totaal aantal vragen (4)	N= 1676
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde uit 51 praktijken	83%
	Minimum en maximumscore	63-92%
	Score - 1 sd	77%
	Score + 1 sd	89%
Beïnvloedende factoren	Patiënten die laag zijn opgeleid hebben een lagere score op de indicator dan patiënten die middelbaar zijn opgeleid	opleidingsniveau
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor opleiding, omdat de zelfstandigheid voor elke patiënt goed zou moeten zijn, ongeacht de opleiding 	

Indicator 20. Algemeen resultaat van de behandeling (subjectief)

Bij navragen van het resultaat van de behandeling is veel informatie nodig. Hierbij moet worden gedacht aan:

- Heeft de fysiotherapeut grondig naar klachten gevraagd?
- Wat was de hulpvraag?
- Wat was het doel van de behandeling (volledig herstel, afname klachten, stabiliseren/handhaven)?
- Was er vertrouwen in de vakbekwaamheid?
- Kon patiënt dagelijkse bezigheden beter uitvoeren?
- Zijn resultaten met patiënt besproken?
- Is behandeling afgerond?
- In hoeverre komt het eindresultaat overeen met de verwachting?

Voor indicator 20 hebben we ons beperkt tot of het resultaat overeen kwam met de verwachting en of de patiënt dagelijkse bezigheden beter kon uitvoeren. Dit is een subjectieve patiëntervaring.

De overige informatie wordt als achtergrondinformatie beschouwd.

Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.

Indicator 20	Patiëntervaring op resultaat van de behandeling algemeen	
Volledige definitie	Score patiëntervaring over het resultaat van de behandeling: kwam dit overeen met verwachting en kon patiënt dagelijkse bezigheden beter uitvoeren?	
Teller	Score patiënt op resultaat in overeenstemming met de verwachting en beter dagelijkse bezigheden kunnen uitvoeren	
Noemer	Totaal aantal vragen (2)	N= 350
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde uit 46 praktijken	78%
	Minimum en maximumscore	50-100%
	Score - 1 sd	66%
	Score + 1 sd	90%
Beïnvloedende factoren	Geen.	
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Op basis van de onderzochte kenmerken hoeft geen casemixcorrectie te worden toegepast. 	

Indicator 21. Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling

Met behulp het meetinstrument 'Global Perceived Effect' (GPE) wordt het ervaren resultaat geobjectiveerd. Aan de patiënt wordt gevraagd op een negenpuntsschaal aan te geven in hoeverre de klachten zijn veranderd ten opzichte het begin van de behandelingsperiode.

Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.

Indicator 21	Score patiëntervaring op het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op het objectieve resultaat (klachten veranderd tov periode voor behandeling (globaal ervaren effect [GPE]))	
Teller	Score Global perceived effect	
Noemer	Totaal aantal vragen (1)	N= 350
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde uit praktijken	91%
	Minimum en maximumscore	75-100%
	Score - 1 sd	84%
	Score + 1 sd	98%
Beïnvloedende factoren	Patiënten die als beoogd einddoel hadden een afname van de klachten of het stabiliseren van klachten hebben een lagere score dan patiënten die volledig herstel beoogden. Bij patiënten met 0-9 behandelingen ("acuut") is indicatorscore lager dan bij patiënten met 10-18 behandelingen ("middellang")	Beoogd einddoel, Aantal behandelingen
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Ondanks de hoge score en met inachtneming van de spreiding, wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om een casemixcorrectie toe te passen voor het beoogde einddoel - Er wordt voornamelijk geadviseerd geen casemixcorrectie toe te passen voor afgeronde behandeling. Het aantal patiënten met een afgeronde behandeling is te laag om nu nauwkeurige uitspraken te doen. Het advies is dit opnieuw te beoordelen na landelijke uitrol. 	

Indicator 22. De behandelperiode

De indicator over de behandelperiode gaat in op de vraag of de duur van de behandelperiode overeenkomt met de verwachting van de patiënt. Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.

Indicator 22	Score patiëntervaring op de behandelperiode	
Volledige definitie	Score patiëntervaring over of de duur van de behandelperiode overeenkomt met de verwachting	
Teller	Score patiënt op vraag of de duur van de behandelperiode overeenkomt met de verwachting	
Noemer	Totaal aantal vragen (1)	N= 350
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde uit 48 praktijken	82%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 sd	65%
	Score + 1 sd	99%
Beïnvloedende factoren	Patiënten tussen 15-44 jaar hebben een lagere score dan patiënten tussen 45-64 jaar. Patiënten die zijn geïnformeerd over behandelduur hebben een hogere score dan patiënten die daarover niet zijn geïnformeerd	Leeftijd, geïnformeerd over behandelduur
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om geen casemixcorrectie toe te passen voor leeftijd, omdat de duur van behandelperiode overeenkomt met de verwachting van de patiënt, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Bovendien wordt voor de andere leeftijdscategorieën geen verschil gevonden - Er wordt geadviseerd om vooralsnog geen casemixcorrectie toe te passen voor of de patiënt geïnformeerd is over behandelduur. Het aantal patiënten dat niet is geïnformeerd is te laag om nu nauwkeurige uitspraken te doen. (advies: opnieuw beoordelen na landelijke uitrol). 	

Ondanks uitdrukkelijke instructie blijkt uit indicator 20, 21 en 22 dat te weinig patiënten met afgeronde behandeling (of patiënten met chronisch aandoening die langdurig zijn behandeld) hebben deelgenomen. Hierdoor kan voor een groot aantal praktijken voor deze indicatoren geen betrouwbare feedback worden gegeven. Geadviseerd wordt alleen nog maar patiënten te benaderen met volledig afgeronde behandeling (en bij patiënten met chronisch aandoeningen zoveel mogelijk vragen naar afgeronde episodes).

Indicator 23. Patiëntenrechten

Bij de indicator over patiëntenrechten komen veel verschillende onderwerpen aan de orde. In deze indicator zijn ook relatief veel vragen opgenomen die ook bij andere indicatoren aan de orde komen.

De volgende onderwerpen zijn opgenomen in de indicator:

- Zelf fysiotherapeut kunnen kiezen;
- Ervaring op specialistische deskundigheid;
- Privacy patiëntgegevens;
- Verschillende behandelingsmogelijkheden;
- Resultaat in overeenstemming met verwachting;
- Klachten veranderd volgens verwachting;
- Overwegen andere fysiotherapeut.

Indicator 23	Score patiëntervaring op patiëntenrechten	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op patiëntenrechten (keuze fysiotherapeut, specialistische deskundigheid, privacy, behandelingsmogelijkheden, resultaat in overeenstemming met verwachting, klachten veranderd volgens verwachting, overwegen andere ft)	
Teller	Score patiënt op keuze fysiotherapeut, specialistische deskundigheid, privacy, behandelingsmogelijkheden, resultaat in overeenstemming met verwachting, klachten veranderd volgens verwachting, overwegen andere fysiotherapeut)	
Noemer	Totaal aantal vragen (7)	N= 1056
Indicatorscore en referentiecijfers	Gemiddelde uit 51 praktijken	75%
	Minimum en maximumscore	65-79%
	Score - 1 sd	72%
	Score + 1 sd	78%
Beïnvloedende factoren	Bij de patiënten bij wie de behandeling is afgerond is de score hoger dan bij de patiënten die nog onder behandeling zijn. De patiënten die zijn geïnformeerd over behandelduur hebben een hogere score dan patiënten die daarover niet zijn geïnformeerd	Afgeronde behandeling, geïnformeerd over behandelduur
Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - Op basis van de score en de spreiding wordt geadviseerd om deze indicator op te nemen in de basisset. - Er wordt geadviseerd om vooralsnog geen casemixcorrectie toe te passen voor of de patiënt geïnformeerd is over behandelduur. Het aantal patiënten dat niet is geïnformeerd is te laag om nu nauwkeurige uitspraken te doen. 	

9.3.4 Betrouwbaarheid

Interne consistentie

Per thema is de betrouwbaarheid (interne consistentie) van de indicatorset bekeken. Voor het Fysiotherapeutisch Handelen is onderscheid gemaakt tussen DTF-patiënten en verwezen patiënten. In Tabel 6 zijn de Cronbach's alpha- waarden weergegeven. Voor het Fysiotherapeutisch Handelen is de betrouwbaarheid van de indicatorset acceptabel voor de verwezen patiënten (0,62) en goed (0,74) voor de DTF-patiënten. Het gaat hier om de betrouwbaarheid van de procesindicatoren die het methodische fysiotherapeutisch handelen evalueren. Voor de uitkomstindicatoren zijn voor dit onderdeel geen berekeningen mogelijk omdat deze uit een variabele bestaan. Om dit mogelijk te maken kan nog nagedacht worden over een samengestelde indicatorscore (uit 5, 6 en 7).

De betrouwbaarheid van de indicatorset voor de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie is acceptabel (0,67) en de betrouwbaarheid voor de indicatorset over de Patiëntervaringen is goed (0,77).

Er is hier nadrukkelijk naar de indicatorsets per thema gekeken en niet naar de afzonderlijke indicatoren. Het hele proces van het samenstellen van de set was immers bedoeld om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de kwaliteit op de drie deelgebieden. Verwacht wordt dat de betrouwbaarheid nog enigszins toeneemt bij de landelijke uitrol, aangezien er dan meer variatie zit in de groep deelnemers. We hebben nu te maken met een 'koplopergroep' met relatief weinig variatie.

Tabel 6 Betrouwbaarheid indicatorsets

	Aantal patiënten/ praktijken	Aantal indicatoren waarop van toepassing	indicatoren	Cronbach's alpha
Fysiotherapeutisch Handelen				
DTF-patiënten	787	6	1, 2a, 3, 4, 5a en 8a	0,74
Verwezen patiënten	585	5	2b, 3, 4, 5a en 8b	0,62
Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	49 praktijken	4	9, 11, 12, 13 ⁶	0,67
Patiëntervaringen	650	6	14, 15, 16, 17, 19, 23 ⁷	0,77

⁶ nr. 10 buiten beschouwing gelaten vanwege technisch probleem waardoor geen data beschikbaar zijn voor deze indicator.

⁷ nr. 18, 20, 21, 22 buiten beschouwing gelaten vanwege te weinig cases met geldige score

Hoeveel patiënten zijn er per praktijk nodig?

De vraag hoe betrouwbaar een indicatorscore is in samenhang met de benodigde hoeveelheid patiënten waarover gegevens worden verzameld, kan ook worden gesteld: Hoeveel patiënten zijn nodig als we een afwijking accepteren van 5%? Bij een indicatorscore van 86% zijn dit 182 patiënten. De calculatiemethode gaat uit van een normale verdeling en het aantal patiënten neemt toe als de score de 50% nadert en neemt af als score de 0% of 100% nadert (16). Een paar voorbeelden:

Voorbeeld 1

Bij een geaccepteerde afwijking van 5% en een indicatorscore van 75% zijn 283 patiënten nodig. Anders gezegd: Bij een indicatorscore van 75% en 283 patiënten, zal de indicatorscore in 95% van de gevallen tussen 70% en 80% liggen.

Voorbeeld 2

Bij een geaccepteerde afwijking van 10% en een indicatorscore van 75% zijn 72 patiënten nodig. Anders gezegd: Bij een indicatorscore van 75% en 72 patiënten, zal de indicatorscore in 95% van de gevallen tussen 65% en 85% liggen.

Voor het Fysiotherapeutisch Handelen is dit doorgerekend en geldt dat een statistisch betrouwbaar beeld met afwijking van niet meer dan 5% wordt verkregen als er gegevens van gemiddeld 220 patiënten (99-376) zijn aangeleverd.

Wanneer op dezelfde manier wordt doorgerekend, echter met een geaccepteerde afwijking van 10% dan zijn gegevens van gemiddeld 56 patiënten (25-96) per praktijk nodig.

Het aantal patiënten per praktijk lag gemiddeld op 66.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat er een betrouwbaar beeld wordt gecreëerd met de huidige methode als een afwijking van maximaal 10% wordt geaccepteerd.

De vraag is welke afwijking we bereid zijn te accepteren. Dit heeft te maken met de klinische relevantie van een dergelijke afwijking. Hier zijn in het algemeen geen uitspraken over te maken, maar een afwijking van 5% lijkt voor de meeste indicatoren weinig klinisch relevant. We denken daarom dat we de afwijking om 10% mogen stellen.

Het toewerken naar 220 patiënten (afwijking 5%) per praktijk is niet mogelijk met het huidige systeem, omdat dit teveel arbeid vergt. Voor de toekomst werken we het liefst toe toewerken naar een extractie vanuit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), om de betrouwbaarheid verder te verhogen.

Hoeveel praktijken zijn er nodig?

Hoeveel praktijken nodig zijn om een betrouwbare referentiewaarde te hebben is in dit project niet onderzocht. De scores van de praktijken lagen erg dicht bij elkaar, waardoor er relatief weinig praktijken nodig zijn voor het construeren van een betrouwbaar referentiecijfer. Uit onderzoek in de huisartsenpraktijken is gebleken dat ongeveer 45 nodig zijn om betrouwbare referentiecijfer te creëren (16). Naar de toekomst toe is het interessant om praktijken te vergelijken met diverse referentiegroepen naar bijvoorbeeld urbanisatiegraad of specialisatie.

De lezer dient zich te realiseren dat dit de eerste berekeningen zijn wat betreft betrouwbaarheid. Aanbevolen wordt bij landelijke uitrol de betrouwbaarheid nogmaals en uitgebreider te evalueren met grotere aantallen.

9.3.5 Vergelijking Fysiotherapeutisch Handelen en Patiëntervaringen

Voor de basisset prestatie-indicatoren zijn gegevens aangeleverd door fysiotherapeuten en patiënten. Voor beide groepen geldt dat indicatoren over het subjectieve en het objectieve resultaat van de behandeling zijn beschreven. Hoewel de patiënten over wie de fysiotherapeut rapporteert niet dezelfde zijn als de patiënten die de vragenlijst Patiëntervaringen invullen, kunnen de scores van de betreffende indicatoren op globaal niveau worden naast elkaar worden gezet. Hieronder is dit gebeurd.

Het Subjectieve behandelresultaat

	Beoordeling Fysiotherapeut (Fysiotherapeutisch Handelen)	Beoordeling Patiënt (Patiëntervaringen)
Indicator	6 Beoogd behandelresultaat (subjectief) behaald	20 Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)
Indicatorscore	68%	79%
Minimum en maximumscore	0-100%	50-100%
Score van 25 ^{ste} percentiel	67%	67%
Score van 75 ^{ste} percentiel	87%	83%

Het objectieve behandelresultaat

	Beoordeling Fysiotherapeut Fysiotherapeutisch Handelen	Beoordeling Patiënt Patiëntervaringen
Indicator	7 Beoogd behandelresultaat (objectief) behaald	21 Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling
Indicatorscore	79%	92%
Minimum en maximumscore	0-100%	75-100%
Score van 25 ^{ste} percentiel	67%	88%
Score van 75 ^{ste} percentiel	100%	100%

Uit bovenstaande blijkt dat patiënten meer tevreden zijn met het subjectieve en het objectieve behandelresultaat dan dat fysiotherapeuten dat zijn. De trend dat patiënten over het algemeen erg tevreden zijn zien is hier ook zichtbaar.

Globaal gezien blijkt ook dat de fysiotherapeut kritisch kijkt naar het eigen handelen en het resultaat daarvan.

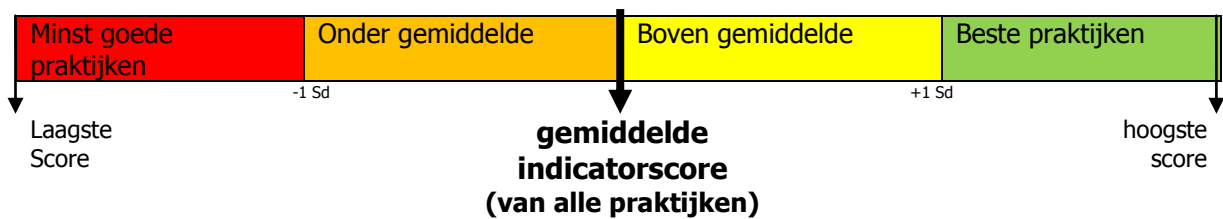
Het advies is om zowel de uitkomstindicatoren op fysiotherapeutniveau als op patiëntniveau te handhaven in de basisset.

9.4 Feedback

Elke praktijk heeft na de praktijktoets een feedbackrapportage ontvangen. Deze was via de website te raadplegen en kon worden uitgeprint als pdf. In het rapport zijn algemene gegevens van de praktijk genoemd (bijvoorbeeld het aantal ingevulde vragenlijsten, de gemiddelde leeftijd van de patiënten). Vervolgens zijn per thema de indicatorscores van de praktijk weergegeven. Ter vergelijking met het gemiddelde van de collega-praktijken is ook de gemiddelde score van de andere 50 deelnemende praktijken genoemd.

Aan de indicatorscore van de praktijk in een bepaalde kleur toegekend (groen, geel, oranje of rood). Aan de kleur van de score kan de praktijk zien waar de praktijkscore ligt ten opzichte van de andere praktijken (zie Figuur 6). Als een indicatorscore groen is, hoort de praktijk voor die indicator bij de beste praktijken die deelnamen aan het onderzoek. Als de indicatorscore rood is, hoort de praktijk voor die indicator bij de minst goede praktijken.

Figuur 6: Uitleg van aan indicatorscores gekoppelde kleuren



In Tabel 7 staat een voorbeeld van de indicatorscores van het thema Fysiotherapeutisch Handelen. Het volledige digitale feedbackrapport staat op de website en bevat dezelfde informatie als de pdf (die ook geprint kan worden), echter het digitale rapport is dynamischer en geeft direct zichtbare ondersteuningsinformatie. Bijvoorbeeld: Door met de muis over de indicatorscore te bewegen krijgt de praktijk meer informatie over de onderwerpen die bij de betreffende indicator horen en kan hiermee zien op welke onderwerpen een eventueel verbeterplan ingezet kan worden.

Aan de praktijken is geadviseerd de scores nauwkeurig te bekijken, er met collega's over te praten en indien nodig een verbeterplan te maken, eventueel met behulp van de ondersteunende informatie.

Een voorbeeld van een pdf-feedbackrapport is opgenomen in bijlage IV. Het dynamische feedbackrapport kan (na inloggen) via de website worden geraadpleegd.

Tabel 7 Indicatorscores Thema Fysiotherapeutisch Handelen (fictieve praktijk)

Indicator	Uw praktijk		Alle praktijken	
	Indicator-score (%)	Aantal patiënten (n praktijk)	Gem. indicator-score (%)	Aantal patiënten (n totaal)
1. Percentage patiënten bij wie methodisch is gehandeld in het screeningsproces bij DTF patiënten	92	30	91	1.220
2a. Percentage patiënten bij wie methodisch is gehandeld in het diagnostisch proces bij DTF patiënten	67	30	82	1.093
2b. Percentage patiënten bij wie methodisch is gehandeld in het diagnostisch proces bij verwezen patiënten	67	40	82	1.854
3. Percentage patiënten bij wie behandeldoelen zijn vastgesteld	100	70	93	2.965
4. Percentage patiënten bij wie methodisch is gehandeld tijdens het therapeutisch proces	93	70	89	2.962
5a. Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat is vastgesteld	93	70	90	2.964
5b. Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat subjectief is vastgesteld	80	56	52	2.964
5c. Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat objectief is vastgesteld	14 ¹	14	39	2.964
6. Percentage patiënten met beoogd resultaat subjectief (eigen inschatting) gehaald	67	56	79	1.148
7. Percentage patiënten met beoogd resultaat objectief gehaald	0 ¹	14	73	1.192
8a. Percentage DTF-patiënten bij wie het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt	79	30	86	802
8b. Percentage verwezen patiënten bij wie het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt	57	40	81	604

¹ Indien het aantal patiënten waarop de score is gebaseerd lager is dan 30 dan wordt er geen kleur toegekend (in verband met de betrouwbaarheid)

9.5 Haalbaarheid en acceptatie

110 Fysiotherapeuten hebben de procesevaluatie over de praktijktoets ingevuld. De vaakst genoemde redenen tot deelname waren het verkrijgen van inzicht in eigen handelen, praktijkvoering en/of patiëntervaring en het verbeteren van de patiëntenzorg. De overgrote meerderheid de vragenlijst begrijpelijk en 62% vond de extra vragen (over bv de hulpvraag) die bij de eerste vragenlijst gesteld waren nuttig. Hieronder zijn de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in relatie tot de haalbaarheid en acceptatie uitgewerkt.

Tijdsinvestering

Het invullen van de vragenlijsten kostte de fysiotherapeuten:

- gemiddeld 13 minuten per vragenlijst Fysiotherapeutisch Handelen (dus 6½ uur bij 30 vragenlijsten per fysiotherapeut, per praktijk)
- gemiddeld 45 minuten per vragenlijst Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (dus 1x per praktijk)
- Het benaderen van patiënten voor de vragenlijst Patiëntervaringen kostte de fysiotherapeut totaal gemiddeld ruim een half uur.

Gemiddeld gezien heeft een fysiotherapeut dus acht uur besteed aan het verkrijgen van de informatie voor de prestatie-indicatoren (exclusief het volgen van de training). Voor deelname aan het project ontvingen de therapeuten 8 accreditatiepunten.

Totaal 81% ziet de tijdsinvestering als een belemmerende factor voor de implementatie van de prestatie-indicatoren en 53% vond dat het invullen van de vragenlijst Fysiotherapeutisch Handelen teveel tijd kostte. Het is daarom nuttig te streven naar het incorporeren van de prestatie-indicatoren (met name die van het thema Fysiotherapeutisch Handelen) in de bestaande software. Het KNGF is momenteel bezig met het project Fysio-EPD met als doel een functioneel ontwerp te schrijven voor de softwareleveranciers waarin o.a. de prestatie-indicatoren zijn opgenomen. Ook andere softwaresystemen, waarmee momenteel verslaglegging van het handelen van de fysiotherapeut kan worden geregistreerd, zijn geschikt om prestatie-indicatoren vast te leggen. (17-19)

Samengevat adviseren wij voor de korte termijn om de informatie via een speciale internetsite te verzamelen (zoals nu is gebeurd) en de extra tijd voor de fysiotherapeut te vergoeden. Voor de lange(re) termijn moeten de indicatoren zoveel mogelijk worden geïntegreerd in softwarepakketten zodat de extra tijd voor het verzamelen van gegevens voor prestatie-indicatoren afneemt en daarmee de kosten kunnen worden gereduceerd.

Aanbieden via internet

De vragenlijsten zijn alleen via internet te benaderen. Een groot aantal fysiotherapeuten heeft aangegeven dat het ontbreken of beschikbaar zijn van een computer als een belemmering werd ervaren voor het op tijd aanleveren van de gegevens. Sommige van hen hadden meer registratievrijheid (open vragen) gewild. Het digitaal invullen zelf werd niet als belemmering ervaren.

De meerderheid van de fysiotherapeuten ervoer belemmerende factoren bij het werven van patiënten voor de vragenlijst Patiëntervaringen. De grootste belemmering was het feit dat veel patiënten geen toegang tot internet of ervaring met computers hadden. De vragenlijst Patiëntervaringen in digitale vorm is dus niet voor elke patiënt geschikt en vermoedelijk heeft het digitaal afnemen van de vragenlijst Patiëntervaringen tot enige selectie geleid.

Vooralsnog is dit geen reden om het digitaal afnemen van de vragenlijst Patiëntervaringen niet te continueren aangezien het schriftelijk afnemen ook belemmeringen heeft.

Er wordt aanbevolen de resultaten van de pilot CQ-index (die momenteel nog gaande is) in deze ook te bekijken en de conclusies hiervan ook mee te nemen in de afweging om het thema Patiëntervaringen digitaal en/of schriftelijk af te nemen.

Feedback

50 Therapeuten hebben de procesevaluatie over het feedbackrapport ingevuld. Zij stelden allen (100%) het ontvangen van het feedbackrapport op prijs. Het kostte ze gemiddeld 19 minuten om het feedbackrapport te lezen. Van de deelnemers vond 94% de teksten in het feedbackrapport begrijpelijk tot zeer begrijpelijk en 78% begreep de cijfers.

52% vond de informatie volledig tot zeer volledig en 22% vond dit niet (de rest was het 'noch eens / noch oneens' met de stelling). Een deel hiervan heeft aangegeven dat ze het lastig vonden om vanuit het feedbackrapport tot concrete verbeterpunten te komen. Ze wilden meer weten over waarin en hoe ze kunnen verbeteren en hebben hierbij behoefte aan ondersteuning. Aanbevolen wordt hiervoor tijd te begroten bij de landelijke implementatie.

Bijna driekwart (74%) vond dat zijn kennis over de prestaties van de praktijk werd vergroot (6% vond van niet; de rest was het noch eens / noch oneens) en 78% zei van plan te zijn het handelen aan te passen op grond van de feedback (4% zei van niet en 18% had geen mening). In Tabel 8 staat welke verbeterpunten door de praktijken als eerste worden aangepakt. Alle verbeterpunten die 3x of vaker zijn genoemd zijn opgenomen.

Aanbevolen wordt om rekening te houden met bovenstaande informatie bij de landelijke uitrol en waar nodig/gewenst ondersteuning te bieden bij het implementeren van de feedbackrapportage. Ook na het verschijnen van de feedbackrapporten moet de helpdesk bemenst blijven.

Een aantal praktijken gaf aan behoefte te hebben 'face-to-face' verder praten met deskundigen over het 'op maat' maken en implementeren van de verbeterplannen. Een volledig gedigitaliseerd feedbackrapport met beslissingsondersteuning, die tot op itemniveau herleidbaar is zou meer ondersteuning kunnen bieden. Dit is realiseerbaar door het systeem nog verder te automatiseren. Ook zou een regiogebonden bijeenkomst aangeboden kunnen worden om met praktijken die daaraan behoefte hebben enkele veelvoorkomende verbeterpunten door te nemen, evenals voorbeelden van verbeterplannen.

Tabel 8 Prioriteit verbeterpunten (n=50)

Verbeterpunt	Aantal keer genoemd
• Meer/beter objectief vastleggen, meetinstrumenten gebruiken	23
• Verslaglegging verbeteren, meer en beter noteren, verslagleggingssysteem verbeteren	7
• Meer/beter subjectief vastleggen	5
• Vertrouwelijkheid patiëntgegevens verbeteren	5
• Methodisch Handelen Verbeteren	5
• Communicatie verbeteren	5
• Etalage informatie verbeteren	3
• HKZ deelname/kwaliteitshandboek opstellen	3

Implementatiemiddelen

De deelnemers hebben in de procesevaluatie aangegeven zowel de implementatiemiddelen (training, foldermateriaal, poster, testportaal, helpdesk, telefonische benadering en nieuwsbrieven) over het algemeen (zeer) nuttig te vinden.

Er wordt om bovengenoemde redenen aanbevolen de ontwikkelde materialen, de training, de helpdesk en de nieuwsbrieven ook te gebruiken/benutten bij landelijke uitrol.

Acceptatie / weer mee doen

71% Van de fysiotherapeuten zou het project aanraden aan een collega en 71% zou opnieuw deelnemen aan het project als ze opnieuw zouden worden gevraagd.

10. Algemene en themaoverstijgende discussiepunten

De indicatorspecifieke discussiepunten en discussiepunten over de feedbackrapporten zijn reeds toegelicht in paragraaf 8.3, 8.4 en 8.5. Algemene en themaoverstijgende discussiepunten, die nog niet aan de orden zijn gekomen worden hier besproken.

Indicatoren en feedback op de indicatoren

Het voorstel is om voorlopig alle voorgestelde indicatoren in de basisset Prestatie-indicatoren op te nemen. Alle partijen kunnen zich vinden in de basisset. Sommige indicatoren moesten worden geherformuleerd (bv indicator 5) en bij sommige moet een andere routing in het systeem komen (bv indicator 10 en 13), Voor de indicatoren van de Patiëntervaringen dienen de ontwikkelingen rondom de CQ-index fysiotherapie te worden gevolgd. Verder is geadviseerd de Patiëntervaringen vragenlijst (of CQI) af te nemen bij patiënten die een afgeronde behandeling hebben (met uitzondering van "chronische" patiënten), om te voorkomen dat er te veel mensen nog maar enkele behandelingen hebben gehad en de uitspraken minder betrouwbaar zijn.

De praktijken ervaren de feedback op hun handelen als (zeer) waardevol. De feedbackrapportages kunnen nog verder worden geoptimaliseerd en ondersteuning bij het implementeren van verbeterplannen is bij landelijke uitrol gewenst.

Casemix

Ons voorstel is om bij de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen voorlopig geen casemixcorrectie toe te passen. De door ons onderzochte kenmerken geven hiertoe ook geen aanleiding. Een uitzondering betreft indicator 6, waarvoor geldt dat het beoogde behandelresultaat minder goed wordt behaald bij een 0-9 behandelingen dan wanneer er meer behandelingen worden verricht. Ons voorstel is om dit onderscheid zichtbaar te houden en te werken met het stratificeren van de referentiecijfers (casemix-stratificatie): één voor 0-9 behandelingen en één voor meer dan 9 behandelingen. Om dan tot betrouwbare uitspraken te kunnen komen zijn wel meer patiënten per praktijk nodig. Geadviseerd wordt bij evaluatie na de brede uitrol hierop verdere berekeningen uit te voeren.

Validiteit en betrouwbaarheid

Inhoudsvaliditeit is verkregen door de indicatoren te baseren op de KNGF-richtlijn Verslaglegging, het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) en de CQ-index en door het houden van consensusrondes met de verschillende belanghebbende partijen. Voor het Fysiotherapeutisch Handelen zijn gedetailleerde en globale vragen met elkaar vergeleken.

De indicatorensets per thema leveren een acceptabel (Chronbach's alfa tussen de 0,62 en 0,77) beeld op over respectievelijk de kwaliteit van het Fysiotherapeutisch Handelen, de kwaliteit van de praktijkorganisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg volgens de patiënten.

Er wordt een betrouwbaar beeld gecreëerd met de huidige methode als een afwijking van 10% wordt geaccepteerd; er zijn dan gemiddeld 56 patiënten per praktijk nodig. (zie ook 9.3.4). Het toewerken naar 220 patiënten (afwijking 5%) per praktijk is niet mogelijk met het huidige systeem, omdat dit teveel arbeid vergt. Voor de toekomst werken we het liefst toe toewerken naar een extractie vanuit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en kan de betrouwbaarheid verder worden verhoogd.

Hoeveel praktijken nodig zijn om een betrouwbare referentiewaarde te hebben is in dit project niet onderzocht, omdat de praktijkcores dichtbij elkaar liggen. Uit onderzoek in de huisartsenpraktijken is gebleken dat ongeveer 45 nodig zijn om betrouwbare referentiecijfer

te creëren. Naar de toekomst toe is het interessant om praktijken te vergelijken met diverse referentiegroepen naar bijvoorbeeld urbanisatiegraad of specialisatie.

De vragenlijsten zijn door fysiotherapeuten zelf ingevuld. Sommige panelleden hebben aangegeven enige controle hierop wenselijk te vinden. Als in de toekomst gegevens uit het fysiotherapeutisch EPD worden gedestilleerd is dit minder aan de orde.

Selectie

De praktijktoets was bedoeld om de indicatorenset bij te stellen. Enkele formuleringen zijn aangepast (zie boven), beïnvloedende factoren (casemix) zijn bepaald en misschien hadden sommige indicatoren buiten beschouwing moeten worden gelaten, vanwege een te gering discriminerend vermogen (bijvoorbeeld indicator nummer 3).

Wat betreft dit laatste punt is enige voorzichtigheid ingebouwd. Het is waarschijnlijk dat de geïncludeerde praktijken grotendeels tot de 'koplopers' behoren. Ze hebben zich op vrijwillige basis aangemeld voor het Prestatie-indicatoren project. Voor de tijdsinvestering (gemiddeld ongeveer 8 uur per fysiotherapeut) ontvingen zij geen financiële compensatie. Bij landelijke uitrol is daarom de verwachting dat de scores lager zullen uitvallen dan de scores bij deze praktijktoets. Een hoge indicatorscore heeft daarom niet bij voorbaat geleid tot het verwijderen van de indicator uit de basisset. Geadviseerd wordt na de landelijke uitrol hier (ook) nog eens kritisch naar te kijken. Wel moet er dan rekening mee worden gehouden niet 'zo maar' indicatoren te verwijderen die hoog scoren, maar ook te waken voor het in stand houden van de logische volgorde van indicator 1 t/m 7 in relatie met het methodisch fysiotherapeutisch handelen.

Groeimodel

De voorliggende basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie en de aanbevelingen daarbij maken deel uit van een groeimodel. De ontwikkelingen binnen het vakgebied gaan snel en zullen steeds verwerkt moeten worden in de set Prestatie-indicatoren. Er zal aandacht moeten blijven voor het onderhouden van de basisset van indicatoren. Het onderhoud betreft (direct) noodzakelijke aanpassingen als gevolg van bijvoorbeeld het uitkomen van een update van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging, een nieuwe KNGF-richtlijn of een wijziging in het zorgstelsel. Maar het kan ook gaan om wenselijke aanpassingen, omdat nieuwe ontwikkelingen het mogelijk maken het raamwerk verder in te vullen of uit te breiden.

Hieronder is dit toegelicht aan de hand van een drietal ontwikkelingen die een positieve invloed kunnen hebben op de implementatie en de inhoud van de prestatie-indicatoren.

A. Fysio-EPD

Momenteel wordt gewerkt aan een functioneel ontwerp voor het fysiotherapeutisch Electronisch Patientendossier (Fysio-EPD). (20) De wens is de prestatie-indicatoren op te nemen in het fysio-EPD. Dit betekent dat de vragen die horen bij de onderwerpen van het Fysiotherapeutisch Handelen overgenomen moeten worden in het functioneel ontwerp. Hier wordt aan gewerkt.

Meerdere andere softwaresystemen, waarmee verslaglegging van het handelen van de fysiotherapeut kan worden geregistreerd, zijn geschikt om prestatie-indicatoren te gaan vastleggen. (17-19;21) In één van deze systemen is de huidige basisset reeds opgenomen en wetenschappelijk onderzocht. (19)

B. Aandoenings specifieke indicatoren

Voorafgaand aan de praktijktoets is veel discussie geweest of indicatoren niet wat specifiekere rondom bepaalde aandoeningen geformuleerd konden worden. De projectgroep heeft toen besloten eerst een basisset te ontwikkelen en te toetsen om vanuit deze set aandoenings specifieke indicatoren te ontwikkelen. Bovendien is het ontwikkelen van

aandoenings specifieke indicatoren een project op zich. Er worden momenteel steeds meer indicatoren ontwikkeld op basis van specifieke richtlijnen, bijvoorbeeld over lage rugpijn (18;22), enkelletsel (21), hartrevalidatie (23) en claudicatio intermittens (24). Een aantal van deze indicatoren is al opgenomen in een elektronisch dossier (maar nog niet in het functioneel ontwerp van het fysio-EPD). Geadviseerd wordt de basisset uit te breiden met aandoenings specifieke indicatoren als het fysio-EPD gereed is. Uitbreiding naar aandoenings specifieke indicatoren is zeker nodig voor specialistische fysiotherapeuten en fysiotherapeuten die in aan bepaald netwerk zijn verbonden. Momenteel is een aantal specialistische fysiotherapeuten verenigd in aandoenings specifieke netwerken (bijvoorbeeld ParkinsonNet, netwerk looptherapie voor patiënten met claudicatio intermittens). Het is denkbaar dat op termijn rondom bijvoorbeeld de top 5 aandoeningen die in een netwerk zijn opgenomen specifieke indicatoren (verder) te ontwikkelen en opnemen.

C. LIMIT project

Het LIMIT project (LInken van Meetinstrumenten aan ICF-Terminologie) heeft als doel het verkrijgen van een praktisch overzicht van meetinstrumenten die per gezondheidsprobleem kunnen worden gebruikt om de waarde van het betreffende gezondheidsprobleem in maat en getal vast te leggen. Dit overzicht richt zich voornamelijk op aanbevolen meetinstrumenten uit KNGF-richtlijnen. Verwacht wordt dat algoritmes waarin de relatie tussen fysiotherapeutische diagnose, behandeldoelen en meetinstrumenten kan worden gelegd kunnen worden verfijnd. Dit geldt voor indicator 4 t/m 7. Het LIMIT project wordt in 2008 afgerond. (25)

Kleine praktijken

We moeten in dit soort trajecten aandacht houden voor kleine praktijken. In kleine praktijken is het moeilijk om voldoende patiënten te includeren, zeker voor aandoenings specifieke indicatoren. De betrouwbaarheid komt dan in het geding. Ook is het bij kleine praktijken eenvoudiger om het handelen aan een individuele fysiotherapeut toe te schrijven, waarmee openbaar maken privacygevoelig wordt.

Prestatie-indicatoren = kwaliteitsindicatoren

Reeds in een vroeg stadium is door het panel aangegeven dat Prestatie-indicatoren synoniem zijn met kwaliteitsindicatoren. In de nationale en internationale literatuur worden deze termen ook door elkaar heen gebruikt. (zie ook inleiding: *Definitie prestatie-indicatoren*) De titel van dit project was 'Prestatie-indicatoren Fysiotherapie'. Tijdens één van de laatste bijeenkomsten (najaar 2008) is door een van de betrokken partijen de term 'prestatie-indicator' ter discussie gesteld. Liever zag men de term 'prestatie-indicator' vervangen worden door 'kwaliteitsindicator'. Dit werd door eenieder onderschreven. De set van nu herbergt alle perspectieven van kwaliteit die de verschillende partijen zien. Feit is en blijft dat de kracht van de set kwaliteitsindicatoren vooral ligt in het gezamenlijk ontwikkelen van de set van 23 indicatoren die wordt gedragen door alle partijen.

11. Vaststellen basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie

De basisset Prestatie-indicatoren Fysiotherapie is op 3 november 2008 vastgesteld door de stuurgroep.

Het eindverslag wordt (is) in februari 2009 goedgekeurd door de stuurgroep.

Literatuur

- (1) CTG/ZAio. Monitor fysiotherapie 2006. Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006. 2006.
- (2) Lawrence M, Olesen F. Indicators for quality in health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103-8.
- (3) Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000;51:1611-25.
- (4) Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ 2003 Apr 12;326(7393):816-9.
- (5) Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care 2002;358-64.
- (6) HKZ harmonisatiemodel. 2008. (Internet Communication)
- (7) Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Certificatieschema Extramurale Fysiotherapiepraktijken. versie 2005 ed. Utrecht: Stichting HKZ; 2005.
- (8) Committee on Quality of Health Care in America IoM. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- (9) British Medical Association. Clinical Indicators General Practitioners GB. BMA . 2008. (Internet Communication)
- (10) Berg MJv, Bakker DHd, Roosmalen Mv, Braspenning JCC. De staat van de huisartsenzorg. Beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg. 2005.
- (11) Witmer H, Bouma M, Braspenning JCC, in 't Veld K, Grol RPTM. NHG-Praktijkaccreditering; een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG; 2005.
- (12) KNGF. Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut. Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie 2006.
- (13) Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Verhoeven ALJ, Hendriks HJM. KNGF-richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging. Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie 2007.
- (14) Bilo JMG, et al. Eindrapport applicatie Prestatieindicatoren Fysiotherapie ITS. 2008. Nijmegen, ITS Nijmegen.
- (15) Braspenning J, Dijkstra R, Tacken M, Bouma M, Witmer H. Visitatie Instrument Accreditering (VIA®) voor de huisartsenpraktijk (module praktijkvoering). Nijmegen/Utrecht: KWAZO/WOK NHG; 2007.

- (16) Kirschner K, Braspenning J, Batenburg J, Rijt Dv, Muijers P, Everdingen Cv, et al. Value for Money: Een model voor honoreren van kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Nijmegen: UMC St Radboud, Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg; 2008.
- (17) Rutten GM, Degen S, Oostendorp RAB. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaF1). Aspecifieke lage rugpijn. Nijmegen: UMC St Radboud, Kwaliteit van Zorg; 2006.
- (18) Rutten GMJ, Degen S, Nijhuis-van der Sanden MWG, Oostendorp RAB. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaF2). Apecifieke nekpijn, Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare; 2007.
- (19) Dulmen S, Schrief A, Nijhuis-van der Sanden MWG. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaF). Kwaliteit Fysiotherapeutische Verslaglegging. Nijmegen: IQ healthcare; 2009.
- (20) KNGF. Ontwikkeling Programma van Eisen Fysiotherapeutisch Electronisch Patienten Dossier. 2009. (Internet Communication)
- (21) Wees Jvd, Hendriks EJM, Jansen MJ, Beers Hv, Bie RAd, Dekker J. Adherence to physiotherapy clinical guideline acute ankle injury and determinants of adherence: a cohort study. BMC Musculoskeletal Disorders 2007 May 22;8(45).
- (22) Rutten GM, Harting J, Rutten ST, Bekkering GE, Kremers SP. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study. J Eval Clin Pract 2006 Oct;12(5):491-500.
- (23) Neeleman-van der Steen CWM, Hendriks HJM, Graus J, Herwaarden Fv, Jongert MWA, Oosterwegel A, et al. Belangrijkste aanbevelingen KNGF-richtlijn Hartrevalidatie worden nageleefd. Resultaten van een prospectieve cohortstudie. Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie 2008;118(1):2-11.
- (24) Neeleman-van der Steen CWM, Braspenning J, et al. Methode indicatorontwikkeling voor KNGF-richtlijnen (in voorbereiding). 2009.
- (25) Berkel DMv, Staal B, Hendriks E, Heerkens YF. LIMIT project: Linken van Items in Meetinstrumenten naar ICF-Terminologie. 2008.

Bijlagen

Bijlage I:
Samenstelling Project

Bijlage II:
Voorlopige Basisset
(maart 2008)

Bijlage IIIa:

Vragenlijst Fysiotherapeutisch
Handelen

Bijlage IIIb:

Vragenlijst Praktijkorganisatie en
Etalage-informatie

Bijlage IIc:
Vragenlijst Patiëntervaringen

Bijlage IV:
Feedbackrapport

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

ProKwaf (IQ healthcare)

In ProKwaF is een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) ontwikkeld voor de fysiotherapeut, waarin het fysiotherapeutisch zorgproces systematisch en transparant wordt vastgelegd. Het EPD ondersteunt de fysiotherapeut bij het methodisch handelen door de systematische wijze van verslaglegging en de mogelijkheid om feedback te genereren op het eigen handelen. De patiënt kan toegang krijgen tot het eigen dossier en wordt betrokken bij de evaluatie van het eigen herstelproces. Met dit EPD is communicatie en verslaglegging aan derden mogelijk; zo kunnen bijvoorbeeld proces- en uitkomstindicatoren uit de basisset worden geëxtraheerd om de kwaliteit van het zorgproces transparant te maken voor professionals, patiënten, toezichhouders en zorgverzekeraars. Dit EPD is inmiddels getest en wetenschappelijk onderzocht en kan op korte termijn in de markt worden gezet.

Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare en CEBP

1. Bekkering GE, van Tulder MW, Hendriks EJ, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, Oostendorp RAB. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Physical Therapy* 2005;85(6):544-555. Kiezen 2 of 3 proefschrift trudy bekijken.
2. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.
3. Rutten GM, Harting J, Rutten ST, Bekkering GE, Kremers SP. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study. *J Eval Clin Pract.* 2006 Oct;12(5):491-500.
4. Neeleman-van der Steen CWM, Hendriks HJM, Graus J, Herwaarden Fv, Jongert MWA, Oosterwegel A, et al. Belangrijkste aanbevelingen KNGF-richtlijn Hartrevalidatie worden nageleefd. Resultaten van een prospectieve cohortstudie. *Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie* 2008;118(1):2-11.
5. Wees Jvd, Hendriks EJM, Jansen MJ, Beers H v, Bie RA de, Dekker J. Adherence to physiotherapy clinical guideline acute ankle injury and determinants of adherence: a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007 May 22;8(45).
6. van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebbeck T, de Bie RA, Dekker J, Hendriks EJ. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Aust J Physiother* 2008;54(4):233-41.
7. Bendermacher BL, Willigendael EM, Nicolai SP, Kruidenier LM, Welten RJ, Hendriks E, et al. Supervised exercise therapy for intermittent claudication in a community-based setting is as effective as clinic-based. *J Vasc Surg* 2007 Jun;45(6):1192-6.

