



Kwaliteitsindicatoren
Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy)
Landelijke uitrol van de basisset, meting 2009



KwaliteitsIndicatoren
Eerstelijns Fysiotherapie

Karin Neeleman-van der Steen
Maarten Krol
Remco Feskens
Hilly Calsbeek
Jozé Braspenning

Nijmegen, maart 2010

Auteurs

Drs. CWM Neeleman-van der Steen

Drs. MW Krol

Dr. R Feskens

Dr. H Calsbeek

Dr. JCC Braspenning

Nijmegen, 31 maart 2010

ISBN 978-90-76316-31-4

Dit rapport is te downloaden via www.iqhealthcare.nl of op te vragen bij:

Mevr. drs. C.W.M. Neeleman-van der Steen
IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare
Universitair Medisch Centrum St Radboud
Postbus 9101, 114 IQ Healthcare
6500 HB NIJMEGEN
024-3614937 (secretariaat)
K.Neeleman-vanderSteen@iq.umcn.nl

Hier zijn eveneens de schoningsregels en verwerkingsregels op te vragen.

Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Calsbeek H, Braspenning JC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Landelijke uitrol van de basisset. Nijmegen: IQ healthcare, 2010).

Openbaar maken of vermenigvuldigen van dit rapport kan alleen na toestemming van de stuurgroep Zichtbare Zorg fysiotherapie. De stuurgroep is intellectueel eigenaar van de Basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	4
Basisset kwaliteitsindicatoren fysiotherapie met referentiescores 2009	5
Kernboodschappen en aanbevelingen	6
Samenvatting	8
1. Inleiding.....	9
2. Methode	10
2.1 Populatie	10
2.2 Kwaliefy meetsysteem.....	10
2.3 Procedure en communicatie met deelnemers.....	12
2.4 Procesevaluatie.....	13
2.5 Analyses.....	14
3. Resultaten.....	17
3.1 Respons deelname	17
3.2 De indicatoren: beschrijving, scores en casemix	18
3.2.1 Indicatoren van het Fysiotherapeutische Handelen	18
3.2.2 Indicatoren van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	24
3.2.3 Indicatoren over de Patiëntervaringen.....	27
3.3 Eigenschappen van het meetinstrument.....	32
3.3.1 Fysiotherapeutisch Handelen	33
3.3.2 Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	35
3.3.3 Patiëntervaringen	35
3.4 Procesevaluatie.....	37
4. Discussie.....	40
Literatuur.....	44
Bijlagen	46
Bijlage I: Samenstelling stuurgroep, projectgroep en projectteam.....	47
Bijlage II: Lijst met afkortingen	48
Bijlage III: Aangrijpingspunten Indicatoren van het fysiotherapeutische handelen in het zorgverleningsproces	49
Bijlage IV: Functionaliteiten Kwaliefy meetsysteem	50

Op te vragen bij eerste auteur:

- Voorbeeld Feedbackrapport fysiotherapeut en praktijk
- Volledige beschrijving resultaten procesevaluatie
- Schoningsregels en verwerkingsregels

Voorwoord

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, zoals het transparanter worden van de variatie in prestaties van de zorg. Transparantie is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt met vrije prijzen. Uit de CTG/ZAio Monitor fysiotherapie 2006 (1) bleek dat de transparantie voor de eerstelijns fysiotherapie op het gebied van kwaliteit en prijs onvoldoende was: verschillen in de kwaliteit van zorg tussen fysiotherapiepraktijken waren niet inzichtelijk genoeg voor zowel de zorgverzekeraar, de zorggebruiker als de zorgleverancier zelf omdat er geen systeem was aan de hand waarvan de kwaliteitsverschillen konden worden gemeten. Besloten is daarom een basisset van kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die gesteund wordt door alle betrokken partijen. Deze set, bestaande uit 23 indicatoren, is in november 2008 vastgesteld door de stuurgroep Zichtbare Zorg fysiotherapie.(2) Hierin waren (en zijn) vertegenwoordigd: het Koninklijk Nederlands Genootschap voor de Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In het voorjaar van 2009 werd besloten tot landelijke uitrol van de set binnen het programma Zichtbare Zorg fysiotherapie.

Het voorliggende rapport bevat informatie over de landelijke uitvraag van deze 'Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy)'. In opdracht van de stuurgroep Zichtbare Zorg fysiotherapie en onder projectleiderschap van het KNGF is de landelijke uitrol en evaluatie van Kwaliefy uitgevoerd door IQ healthcare (UMC St Radboud) in samenwerking met het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) van de Radboud Universiteit Nijmegen. Wij hopen dat de indicatoren en dit rapport zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van zorg aan patiënten die gebruik maken van fysiotherapie.

Ten slotte willen we op deze plaats alle fysiotherapeuten en patiënten bedanken voor hun bereidheid om de benodigde gegevens aan te leveren. Dankzij hen beschikken we over een schat aan informatie over de kwaliteit van de geleverde fysiotherapiezorg in Nederland en is het gelukt om een belangrijke slag te maken in het denken over en het meten van de kwaliteit van de zorg.

Nijmegen, 31 maart 2010

Basisset kwaliteitsindicatoren fysiotherapie met referentiescores 2009

De basisset Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie bestaat uit 23 indicatoren verdeeld over de thema's Fysiotherapeutisch Handelen (8 indicatoren), Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (5 indicatoren) en Patiëntervaringen (10 indicatoren).

Thema Fysiotherapeutisch Handelen (FH): % patiënten bij wie ...		Score (%)¹	Min (%)²	Max (%)²
1	Methodisch is gehandeld tijdens screening bij DTF patiënten	94	33	100
2a	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF	90	0	100
2b	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënten	88	0	100
3	Methodisch is gehandeld bij vaststellen doelen	99	0	100
4	Methodisch is gehandeld tijdens therapeutisch proces	95	0	100
5a	Behandelresultaat is vastgesteld	95	0	100
5b	Behandelresultaat alleen subjectief is vastgesteld	51	0	100
5c	Behandelresultaat objectief (en evt. subjectief) is vastgesteld	43	0	100
6	Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald	86	44	100
7	Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald	87	0	100
8a	Het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de DTF patiënt	92	12	100
8b	Het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de verwezen patiënt	92	0	100
Thema Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI):				
9	Mate van beschikbaarheid etalage-informatie	71	0	100
10	Mate waarin veiligheidproblemen worden opgespoord en opgelost	67	0	100
11	Mate waarin activiteiten plaatsvinden ten behoeve van het kwaliteitsbeleid	55	0	100
12	Mate van (multidisciplinaire) professionele samenwerking	62	0	100
13	Mate waarin vertrouwelijkheid van patiëntgegevens is gewaarborgd	38	0	100
Thema Patiëntervaringen (PE):				
14	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	94	71	100
15	Accommodatie	97	53	100
16	Communicatie en informatie	93	57	100
17	Bejegening ³	96	62	100
18	Samenwerking	86	17	100
19	Zelfstandigheid	87	8	100
20	Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)	83	0	100
21	Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	89	45	100
22	De behandelperiode	93	0	100
23	Patiëntenrechten	88	60	100

¹ gemiddelde landelijke praktijkscore, gebaseerd op praktijken met ≥ 15 geretourneerde vragenlijsten op de thema's FH en PE

² minimum en maximum score

³ cijfers bij deze indicator wijken na definitieve analyse af van eerdere publicatie in Fysiopraxis.(3)

Kernboodschappen en aanbevelingen

Kernboodschappen

1. Het kwaliteitssysteem met de basisset van 23 Kwaliteitsindicatoren voor de Eerstelijns Fysiotherapie is in 2009 landelijk aangeboden. Van de eerstelijns praktijklocaties heeft 45% deelgenomen, waarin 60% van de eerstelijns fysiotherapeuten werkzaam is.
2. De basisset geeft kwaliteitsinformatie over het Fysiotherapeutisch Handelen, de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie en de Patiëntervaringen. Hoe hoger de score, hoe meer kwaliteit er wordt geleverd. De landelijke gemiddelde praktijkcores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 43% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 38% tot 71%; en over de Patiëntervaringen van 83% tot 97%. De patiënten zijn over het algemeen erg tevreden over de fysiotherapeutische zorg en de praktijken onderscheiden zich nauwelijks op dit punt.
3. Het meetinstrument omvat inhoudsvalide indicatoren. Het aantal patiënten dat de Patiëntervaringen vaststelt en het aantal patiënten waarbij het Fysiotherapeutisch Handelen wordt beoordeeld geeft een beeld met een acceptabele tot goede betrouwbaarheid. Het onderscheid tussen de diverse praktijklocaties kan gemaakt worden met een nauwkeurigheid van 5% (onderscheidend vermogen), dat wil zeggen als de verschillen kleiner zijn dan 5% dan spreken we van een niet betekenisvol onderscheid tussen praktijklocaties.
4. Voorgesteld wordt om het meetinstrument enigszins aan te passen voor indicator 5 over het vaststellen van het behandelresultaat en indicator 12 over de professionele samenwerking. Voor beide aanpassingen hoeven geen extra vragen te worden toegevoegd. Indicator 5 wordt in vier onderdelen uitgewerkt: het behandelresultaat (overall; 5a); het subjectief behandelresultaat (5b), het objectief behandelresultaat (5c), en zowel het subjectief als objectief behandelresultaat (5d). Voor het vergelijken van de scores met andere praktijken is alleen onderdeel a geschikt gebleken, voor de onderdelen b, c en d zijn zodanig veel cases nodig om een verschil van 5% tussen praktijklocaties te kunnen aantonen, dat wordt afgezien van vergelijkende scores. Voorgesteld wordt om op indicator 12 over de professionele samenwerking een onderscheid te maken tussen solisten (12a) en meermanspraktijken (12b), omdat niet alle afzonderlijke vragen van toepassing zijn beide type praktijken.
5. De gegevensverzameling voor het Fysiotherapeutisch Handelen wordt uitgevoerd door de fysiotherapeuten zelf. Het betreft een subjectieve beoordeling, maar in het meetinstrument worden aanwijzingen gegeven om de beoordeling te objectiveren. Wat betreft de betrouwbaarheid heeft het de voorkeur om deze gegevens te extraheren uit een elektronisch patiëntendossier (EPD), echter, dit is vooralsnog niet of slechts ten dele haalbaar.
6. De feedback op locatie- en therapeutniveau wordt op prijs gesteld en zet praktijklocaties aan tot verbeteracties. Ruim driekwart (78%) van de praktijklocaties geeft aan daadwerkelijk met verbeterplannen aan de slag te gaan. De meeste praktijklocaties rapporteren meer gebruik te willen maken van objectieve meetinstrumenten en zij willen de praktische informatie voor patiënten verbeteren (inzicht in openingstijden, aanbod specialisaties, e.d.). Fysiotherapeuten wensen meer gedetailleerd inzicht om op maat een verbeterplan te kunnen opstellen en geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij de verbeterplannen.

7. Fysiotherapeuten zijn bereid te werken aan transparantie. De tijdsinvestering van ongeveer één werkdag per fysiotherapeut is een probleem. De meeste tijd zit in het verzamelen van gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen. Extractie van (een deel van) de gegevens uit een elektronisch patiëntendossier (EPD) kan aan dit knelpunt tegemoetkomen. Maar dit vergt aanpassing van zowel een EPD als het registratiegedrag van de fysiotherapeuten, wat een kwaliteitsslag op zich is. Dit betekent dat voorlopig de *web-based* gegevensverzameling nodig zal blijven om het systeem voor een ieder toegankelijk te maken.
8. Met de basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie en het bijbehorende kwaliteitssysteem is een eerste stap gezet op weg naar uniforme transparantie. Het systeem en de indicatoren moeten worden gezien als een groeimodel wat onderhoud en bijstelling verdient wanneer hiervoor aanleiding is.

Aanbevelingen

Op korte termijn te realiseren (meting 2010)

1. Etalage-informatie per 2010 *real time* beschikbaar maken zodat praktijken te allen tijde aanpassingen kunnen doen.
2. Feedback per 2010 ook op het *niveau van de fysiotherapeut* volledig beschikbaar maken, zowel over het Fysiotherapeutisch Handelen, als het onderdeel patiëntervaringen.
3. Feedback per 2010 op *itemniveau* (onderliggende vragen per indicator) beschikbaar maken ter ondersteuning van de verbeterplannen.
4. Het beschikbaar stellen van een 2^e server bij de dataverzameling ter vergroting van de datacapaciteit (reeds gerealiseerd).

Uitvoeren in feedback en eindrapportage 2010:

1. Indicator 5d toevoegen; indicator 12 splitsen in 12 a en 12b (uitleg zie boven).
2. De feedback aanpassen van een onderscheid in vier groepen naar een onderscheid in drie groepen: de extremen (hoog en laag) en de middengroep; hiervoor zullen de afkappunten ook moeten worden aangepast. Dit doet statistisch meer recht aan het daadwerkelijke onderscheid tussen de praktijken.
3. In het feedbackrapport extra informatie geven over de betrouwbaarheid en het onderscheidend vermogen van de score. Bij gebrek aan betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen geen waardering (bijvoorbeeld kleurindicatie) koppelen aan de indicatorscores.

Overige aanbevelingen

1. Een project opzetten om kennis beschikbaar te stellen waarmee leveranciers van een EPD aan de slag kunnen om op uniforme wijze (een deel van de) gegevens uit patiëntendossiers te extraheren voor het berekenen van de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen.
2. Onderzoek naar de invloed van de wijze van gegevensverzameling (vragenlijst of rechtstreeks uit EPD) op de indicatorscores om de vergelijkbaarheid te testen.
3. Beheer van de dataset op één plek, en een zogenaamde luikfunctie maken waar na autorisatie verschillende afnemers *real time* informatie kunnen krijgen.
4. Regelmatig onderhoud van de set op basis van nieuwe inzichten (inhoudelijk en klinimetrisch), die besproken worden in paneldiscussie(s) met inhoudsdeskundigen en stakeholders.

Samenvatting

Doel

Landelijke uitrol van de basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy), testen van de klinimetrische eigenschappen en het meten van de kwaliteit van het Fysiotherapeutisch Handelen.

Methode

Alle eerstelijns praktijken fysiotherapie werden benaderd deel te nemen aan Kwaliefy. Aan de fysiotherapeuten werd gevraagd om met *web-based* vragenlijsten gegevens te verzamelen over het Fysiotherapeutische Handelen (van 30 patiënten per fysiotherapeut) en de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (1 maal per praktijk). Tevens werd aan 30 patiënten per fysiotherapeut gevraagd naar hun ervaringen. De volgende eigenschappen van het meetinstrument (vragenlijsten en indicatoren) zijn onderzocht: haalbaarheid (complexiteit, toepasbaarheid, meetbaarheid), validiteit, betrouwbaarheid, onderscheidend vermogen, *case mix* stabiliteit en verbeterpotentieel. Het proces van afname werd geëvalueerd middels een schriftelijke enquête onder 200 praktijken en een telefonisch interview onder 39 praktijken. Daarnaast zijn vragen en opmerkingen aan de helpdesk benut.

Resultaten

45% van de eerstelijns praktijklocaties (n=3.231) waarin 60% van de eerstelijns fysiotherapeuten (n=7.745) werkzaam is, heeft deelgenomen aan Kwaliefy. De kwaliteitsinformatie over het Fysiotherapeutisch Handelen betreft 172.903 patiënten, de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie 3.231 praktijken en de Patiëntervaringen betreffen 131.956 patiënten. Hoe hoger de score, hoe meer kwaliteit er wordt geleverd. De landelijke gemiddelde praktijkcores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 43% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 38% tot 71%; en over de Patiëntervaringen van 83% tot 97%. De indicatoren voor Praktijkorganisatie en Etalage-informatie vertonen het grootste verbeterpotentieel. De klinimetrische eigenschappen van de set zijn voldoende tot goed. De betrouwbaarheid van het registreren kan worden verbeterd. Bij de huidige aantallen is een onderscheidend vermogen van 5% haalbaar. Deelname kostte de fysiotherapeut gemiddeld een werkdag. De procesevaluatie liet zien dat de tijdsinvestering een belemmerende factor is, met name bij het thema Fysiotherapeutisch Handelen (86%). Patiënten en fysiotherapeuten vinden bovendien de vragenlijst voor de Patiëntervaringen lang. De feedback werd zeer op prijs gesteld; 78% van de praktijklocaties geeft aan met verbeterplannen aan de slag te gaan.

Conclusie

De uitrol van de basisset en het bijbehorende meetsysteem is goed verlopen. De set kan beschouwd worden als een valide en betrouwbare set. De scores laten goede kwaliteit van zorg zien met verbeterpotentieel. Deelname kost de fysiotherapeuten en patiënten veel tijd. Elektronische dossiervoering vormt mogelijk een deel van de oplossing. Verder onderzoek is nodig naar hoe op uniforme wijze (een deel van de) gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen uit patiëntendossiers kan worden gehaald. Ook is onderzoek nodig naar de invloed van de wijze van gegevensverzameling (vragenlijsten, verschillende soorten elektronische patiëntendossiers) op de indicatorscores om de vergelijkbaarheid te testen evenals het eventueel inkorten van de vragenlijst patiëntervaringen. Met de basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie en het bijbehorende kwaliteitssysteem is een eerste stap gezet op weg naar uniforme transparantie. Het systeem en de indicatoren moeten worden gezien als een groeimodel dat onderhoud en bijstelling verdient wanneer hiervoor aanleiding is.

1. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van de landelijke gegevensverzameling ten behoeve van de basisset van 23 kwaliteitsindicatoren voor eerstelijns fysiotherapie (zie Box 1). Na een pilot in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit onder 51 fysiotherapiepraktijken (2) werd de set vastgesteld door de stuurgroep fysiotherapie. De set kan hierdoor rekenen op draagvlak onder alle betrokken partijen, te weten het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In mei 2009 is besloten dat de set landelijk geïmplementeerd kon worden binnen het programma Zichtbare Zorg fysiotherapie. Onder de naam *Kwaliefy (KwaliteitsIndicatoren Eerstelijns Fysiotherapie)* is de landelijke uitrol van het kwaliteitsindicatorensysteem in het najaar van 2009 van start gegaan.

De landelijke uitrol van *Kwaliefy* heeft drie doelen. Het eerste doel is het publiekelijk beschikbaar maken van landelijke kwaliteitsinformatie over fysiotherapielocaties. Een landelijke *benchmark* voor de prestaties van fysiotherapeutische zorg biedt een eerste aanzet voor kwaliteitsverbetering voor fysiotherapeuten, keuze-informatie voor patiënten, inkoopinformatie voor zorgverzekeraars, toezichtinformatie voor toezichthouders (IGZ/Zichtbare Zorg, NZa en VWS) en beleidsinformatie voor alle betrokken partijen (inclusief de koepelorganisaties KNGF, NPCF en ZN). Het tweede doel is het nader onderzoeken van een aantal klinimetrische eigenschappen. Uit de *pilot* in 2008 kwam naar voren dat een aantal klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid, validiteit en het onderscheidend vermogen weliswaar acceptabel was, maar nader onderzoek behoeft in een grotere studie. Het derde doel is het onderzoeken van de haalbaarheid van uitrol op grote schaal, waarbij de systematiek van dataverzameling, -schoning, - verwerking, - opslag en – doorvoer verder dient te worden ontwikkeld en aangepast aan de systematiek van Zichtbare Zorg. Dit heeft geleid tot de volgende drie vraagstellingen:

1. Wat is de kwaliteit van de zorg in de eerstelijns fysiotherapie?
2. Wat zijn de klinimetrische eigenschappen van het meetinstrumentarium waarmee de kwaliteit van zorg voor de eerstelijns fysiotherapie is vastgelegd?
3. Wat is de haalbaarheid van de landelijke uitrol van het kwaliteitsindicatorensysteem voor de eerstelijns fysiotherapie?

Box 1. Definitie kwaliteitsindicatoren

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 (4). 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. 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 (5). Uitkomstindicatoren beschrijven de directe gezondheidswinst voor de patiënten (6).

2. Methode

2.1 Populatie

De doelgroep van de landelijke uitrol bestond uit alle zelfstandig gevestigde eerstelijns fysiotherapeuten in Nederland. In 2009 waren dit 13.000 fysiotherapeuten, verdeeld over 7.199 praktijklocaties¹. Een fysiotherapiepraktijk kan uit meerdere locaties bestaan. Wanneer verder in het rapport geschreven is over 'praktijkniveau' of 'praktijk' wordt bedoeld 'locatieniveau' of 'praktijklocatie', tenzij anders vermeld.

In juli 2009 werden alle eerstelijns fysiotherapiepraktijken benaderd om deel te nemen aan het Kwaliefy project. Deze zijn door het KNGF aangeschreven per brief en per e-mail; een brochure was bijgevoegd. Het ledenbestand van het KNGF (juni 2009) is hiervoor geraadpleegd. Via diverse communicatiekanalen (zie Tabel 1) is aangegeven dat landelijke uitrol zou gaan plaatsvinden en dat praktijken zich konden aanmelden op de website www.kwaliefy.nl.

Hieraan voorafgaand zijn regionale informatiebijeenkomsten gehouden bij 13 Regionale Genootschappen Fysiotherapie (RGF). Tijdens deze bijeenkomsten werd het project toegelicht en werd praktische informatie gegeven over de applicatie en het gebruik ervan.

Bij aanmelding is per praktijk gevraagd om een contactpersoon aan te stellen. Deze kon vervolgens overige collega's aanmelden.

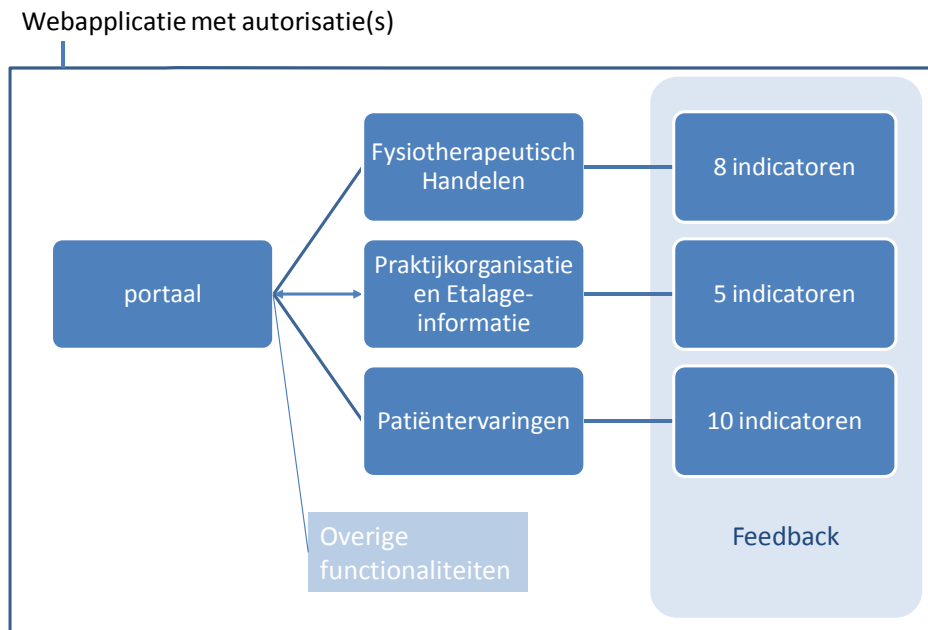
2.2 Kwaliefy meetsysteem

In totaal zijn drie vragenlijsten uitgezet. Een vragenlijst om het Fysiotherapeutisch Handelen (FH) in kaart te brengen, een vragenlijst om informatie te verzamelen over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI) en een vragenlijst om de Patiëntervaringen (PE) te meten. Alle drie de lijsten zijn eerder ontworpen en getest (2). In Bijlage III is een overzicht opgenomen waarin aangegeven wordt waar de 8 indicatoren voor het FH aangrijpen in het zorgverleningsproces van de fysiotherapeut. De vragenlijst Patiëntervaringen is identiek aan de CQ-index fysiotherapie. In 2009 is de CQ-index afgestemd op de vragenlijst Patiëntervaringen. (7) Tevens is gebruik gemaakt van de toen voorgestelde drie versies (voor volwassenen, adolescenten en ouders van kinderen).

Op basis van de vragenlijsten worden de 23 indicatoren berekend. Voor het aanleveren van de gegevens is een webapplicatie ontwikkeld met een portaalfunctie, die ook gebruikt is voor de feedbackrapportage (zie figuur 1).

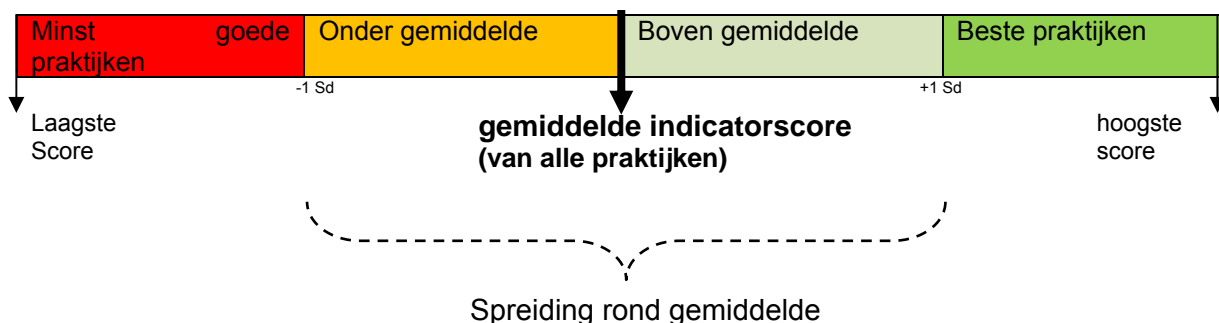
¹ Gebaseerd op bij KNGF bekende praktijklocaties (leden, BIG-register) in juni 2009: 7.199 praktijklocaties, 13.000 fysiotherapeuten

Meetsysteem Kwaliefy



Figuur 1: Overzicht van het Kwaliefy meetsysteem.

De feedbackrapportage op praktijkniveau bevat algemene gegevens van de praktijk (bijvoorbeeld het aantal ingevulde vragenlijsten, de gemiddelde leeftijd van de patiënten) en de indicatorscores. Daarbij was het mogelijk om de eigen score van de praktijk te vergelijken met de landelijke referentiecijfers. De praktijkscore kreeg een kleur (donkergroen, lichtgroen, oranje of rood), gebaseerd op de pilot. Een donkergroene kleur gaf een sterk positieve afwijking aan (score boven het landelijk gemiddelde + 1 Sd) en een rode kleur een sterk negatieve afwijking (score onder het landelijk gemiddelde -1 Sd). Oranje en lichtgroen gaven de spreiding (met 1 Sd) rond het gemiddelde aan, zie Figuur 2. Aan de praktijken is geadviseerd de scores nauwkeurig te bekijken, er met collega's over te praten en indien nodig op basis van de feedback een verbeterplan te maken. Een fictief voorbeeld van de feedback op praktijkniveau met de scores op alle 23 indicatoren is op te vragen bij de eerste auteur.



Figuur 2: Uitleg van aan indicatorscores gekoppelde kleuren (gebaseerd op pilot 2008)

2.3 Procedure en communicatie met deelnemers

Het aanleveren van de gegevens verliep via een portaal dat kon worden benaderd via de website www.kwaliefy.nl. Het portaal kende verschillende functionaliteiten die al dan niet na autorisatie van de gebruiker beschikbaar kwamen. In Bijlage IV zijn de functionaliteiten van het Kwaliefy meetsysteem genoemd. Gelijk met het toekennen van een inlogcode werd ook ingestemd met het publiekelijk beschikbaar stellen van de gegevens.

Aan elke deelnemende fysiotherapeut is gevraagd om:

- de gegevens van 30 uitbehandelde patiënten retrospectief te registeren voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen;
- ten minste 60 patiënten te benaderen om de vragenlijst Patiëntervaringen in te vullen. De patiënten moesten bekend zijn met de geleverde zorg die in de basisset van indicatoren is beschreven en uitbehandeld of –bij langdurige klachten- al langer in behandeling zijn. Het aantal van 60 is gebaseerd op een behaalde respons van 50% in de pilotstudie; gestreefd werd naar 30 ingevulde vragenlijsten per fysiotherapeut. De te benaderen patiënten konden andere patiënten zijn dan degenen over wie het Fysiotherapeutisch Handelen was ingevuld. Ook dienden patiënten onafhankelijk van de zorgverzekeraar gevraagd te worden voor deelname. Patiënten ontvingen daartoe een informatiefolder van hun fysiotherapeut met daarin een unieke code waarmee ze geautoriseerd konden inloggen in het webportaal.

Gestreefd werd om per praktijk over ten minste 100 patiënten informatie te verzamelen voor zowel het thema Fysiotherapeutisch Handelen als voor het thema Patiëntervaringen. Bovendien dienden de patiënten voor deze thema's een afspiegeling te zijn van de praktijkpopulatie van de fysiotherapeut (o.a. kortdurende versus langdurige klachten).

Van de bovenbeschreven procedure voor het meten van de Patiëntervaringen kon worden afgeweken, mits de gegevens aan Kwaliefy konden worden aangeleverd. Het meetbureau ADV heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Anders dan bij Kwaliefy werden hun patiënten via e-mail benaderd door de eigen zorgverzekeraar.

Naast het meten van het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen is per praktijk via de contactpersoon gevraagd om eenmalig gegevens vast te leggen over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie.

De deelnemende fysiotherapeuten, contactpersonen en patiënten hadden ruim twee maanden de tijd om de gegevens aan te leveren (1 september -8 november 2009). Geadviseerd is eerst de folders voor patiënten te genereren, deze aan patiënten uit te delen, vervolgens de vragenlijst Praktijkorganisatie en Etalage-informatie in te vullen en daarna de vragenlijst Fysiotherapeutisch Handelen (advies: 'vul deze lijst voor een aantal patiënten achter elkaar in, zoveel mogelijk gebundeld').

Als de gegevens compleet waren aangeleverd of als de uiterste aanleverdatum was verstreken werden de indicatoren over het Fysiotherapeutisch handelen uitgerekend en teruggekoppeld aan de fysiotherapeuten, waarbij gevraagd is deze op juistheid te controleren. Voor het projectteam was dit een check op de berekening van de indicatoren. Indien noodzakelijk konden op dat moment nog wijzigingen in de toepassing van de verwerkingsregels worden aangebracht. Daarna is de feedbackrapportage aangemaakt en zijn de databases opgeleverd voor de Stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie.

Bij aanvang van het project is een Helpdesk ingericht waar de deelnemende fysiotherapeuten en patiënten gedurende het project terecht konden met inhoudelijke en technische vragen en opmerkingen over het invullen van de vragenlijsten, de feedback, et cetera. De helpdesk was bereikbaar via een centraal telefoonnummer en e-mailadres. De basisvragen werden opgevangen door medewerkers van de KNGF-ledenservice. Beleidsvragen kwamen terecht bij de KNGF-projectmedewerkers van Kwaliefy, terwijl de inhoudelijke en technische vragen werden ondergebracht bij respectievelijk IQ healthcare en ITS.

Tijdens de meting werden deelnemers via nieuwsbrieven op de hoogte gehouden van de respons, de voortgang en andere projectgerelateerde ontwikkelingen. Via diverse andere communicatiekanalen (zoals het wekelijkse Fysio-e-nieuws, Fysiopraxis, website KNGF) werd de hele beroepsgroep hier ook deelgenoot van. In Tabel 1 zijn de communicatiekanalen en –materialen op een rij gezet.

Tabel 1 Communicatiekanalen en –materialen naar doelgroep en doel

Communicatiekanalen en -materialen	Doelgroep	Doel
Powerpointpresentatie	Fysiotherapeuten	Regiorondgangen
Inhoudelijke brochure met uitleg over project en logistiek	Fysiotherapeuten	Werving praktijken
Informatiefolder met uitleg over het project en de logistiek	Patiënten	Werving patiënten
Poster voor in de praktijk (pdf op het portaal)	Patiënten en deelnemende fysiotherapeuten	Werving en dataverzameling
Nieuwsbrief	Deelnemende fysiotherapeuten	Informeren over voortgang
Helpdesk	Patiënten en deelnemende fysiotherapeuten	Informeren, communiceren, problemen oplossen
Fysio-e-nieuws	Alle fysiotherapeuten	Informeren
Fysiopraxis	Alle belanghebbenden	Informeren
Website KNGF	Alle fysiotherapeuten en belanghebbenden	Informeren, communiceren
Portaal Kwaliefy	Fysiotherapeuten, patiënten	Informeren, communiceren

2.4 Procesevaluatie

Het werken met het kwaliteitssysteem is op drie manieren geëvalueerd. Na afloop van de meetperiode werd aan 200 deelnemende fysiotherapeuten een schriftelijke vragenlijst toegestuurd per e-mail. Deze kon via een beveiligde internetsite worden ingevuld.

Het aantal van 200 is gebaseerd op een steekproef van het totale deelnemersbestand waarbij rekening is gehouden met hoge en lage indicatorscores, solo-, meermanpraktijken en praktijken met een relatief hoge non-respons. In de vragenlijst kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan bod: belemmerende en bevorderende factoren bij de gegevensverzameling, feedbackrapportage, tijdsinvestering, gebruikte implementatiematerialen en het functioneren van de helpdesk. Tevens is de tijdsinvestering is voor iedereen vastgelegd in de webapplicatie zelf (*real time*). Daarnaast zijn 39 praktijken telefonisch benaderd ten behoeve van een aantal verdiepende vragen over patiëntervaringen. Deze vragen betroffen het benaderen van voldoende patiënten, of bij de benadering van patiënten rekening werd gehouden met het al dan niet beschikken van een computer of internet en welke problemen er waren gesignaleerd over het inloggen of over het invullen van de vragenlijsten. Ten slotte zijn de telefonische en schriftelijke vragen, opmerkingen en verbeteringsuggesties die zijn binnengekomen bij de helpdesk (KNGF, IQ en ITS) eveneens benut.

2.5 Analyses

Berekenen indicatoren

Op de aangeleverde gegevens zijn schoningsregels toegepast. Voorbeelden van schoningsregels zijn het verwijderen van onwaarschijnlijke waarden (out of range), dubbele records, logische inconsistenties, verplicht invullen van een variabele, et cetera. Vervolgens zijn de gegevens op locatieniveau verwerkt tot 23 indicatoren. Voor de indicatoren van het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen geldt dat de praktijkcores zijn gebaseerd op (maximaal) 30 patiënten per fysiotherapeut. Van elke indicator is op patiëntniveau een somgemiddelde bepaald, die vervolgens is geaggregeerd naar praktijkniveau en uitgedrukt in een mediaan voor elke indicator (zie box 2).

Box 2. 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.

De indicatoren over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie zijn berekend door op praktijkniveau de items op te tellen en om te zetten naar een percentage. Voor sommige indicatoren werden items geaggregeerd opgeteld. De schonings- en verwerkingsregels zijn opgenomen in een afzonderlijke rapportage.

Om een landelijk referentiecijfer (benchmark) te geven is van alle praktijkcores de gemiddelde indicatorscore berekend (het gemiddelde van alle praktijkmedianen), evenals de minimum- en maximumscore en de mate van spreiding rondom de score (in de feedbackrapportage uitgedrukt in een standaarddeviatie (sd) van -1 sd en $+1$ sd). De landelijke referentiecijfers zijn gebaseerd op de praktijken waarvoor een betrouwbaar aantal vragenlijsten (vooraf gesteld op 15) was aangeleverd.

Eigenschappen van het meetinstrument

Het meetinstrument bestaat uit indicatoren die gebaseerd zijn op gegevens afkomstig uit vragenlijsten. Op basis van de aangeleverde gegevens zijn een aantal eigenschappen van het meetinstrument onderzocht namelijk de haalbaarheid (toepasbaarheid, meetbaarheid en complexiteit), validiteit, betrouwbaarheid, casemix stabiliteit en verbeterpotentieel (8;9). Bij het thema POEI is alleen de haalbaarheid en het verbeterpotentieel onderzocht.

Haalbaarheid

Van alle vragenlijsten is de *toepasbaarheid* en de *meetbaarheid* geanalyseerd door te beschrijven in welke mate de vragen voor iedereen van toepassing zijn en in welke mate er sprake is van volledigheid van gegevens. We spreken van volledige gegevens als 95% van de vragen die toepasbaar waren zijn beantwoord.

Sommige indicatorscores bestaan uit één item en andere uit meerdere; dit is van invloed op de *complexiteit* van de indicatorscore. De complexiteit is geanalyseerd door een beschrijving te geven van de opbouw van de indicatoren.

Validiteit

Alle fysiotherapeuten hebben bij het invullen van de vragen ten behoeve van indicator 1, 2a en 2b behorend bij het Fysiotherapeutisch Handelen voor de eerste patiënt zowel een globaal als een gedetailleerd antwoord gegeven. Om een indruk te krijgen van de *inhoudsvaliditeit* van de globale antwoordcategorieën is de relatie tussen beide berekend (Pearson correlaties).

Voor een aantal indicatoren was het mogelijk om de *convergente validiteit* vast te stellen. Hiervoor worden de uitspraken over het behaalde behandelresultaat (subjectief en objectief) gegeven door de fysiotherapeuten vergeleken (Pearson correlaties) met de meningen van de patiënten (indicator 6 en 20; indicator 7 en 21).

Betrouwbaarheid

Voor de reflectieve indicatoren (schalen) die uit meerdere items bestaan (indicator 6,7, 14 tot en met 20 en 23) zijn de inter-item correlaties berekend (Pearson); als deze hoger liggen dan 0,7 komen de items in aanmerking voor exclusie. Schalen met een geringe betrouwbaarheid worden voorlopig geaccepteerd. Voor de formatieve indicatoren en de indicatoren die uit één item bestaan is dit geen zinvolle analyse (10).

De mate van *scheefheid* in de verdeling van de antwoorden op de vragenlijsten en de indicatorscores is onderzocht. Indicatoren met een enigszins scheve verdeling (skewness <-1 of >1) , maar wel met voldoende spreiding worden gehandhaafd. Indicatoren met een extreem scheve verdeling (skewness <-2 of >2) en onvoldoende spreiding worden in heroverweging genomen.

Per indicator over het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen is vastgesteld hoeveel patiënten per praktijk nodig zijn (*power*) om tot een betrouwbare uitspraak (*precisie*) over de scores van een praktijk te komen, waarbij we verschillen van 5% als statistisch relevant beschouwen (het gewenste *onderscheidend vermogen*).

De benodigde n verschilt per indicator. Tevens is het clustereffect berekend (uitgedrukt in ICC), om de benodigde aantallen hiervoor te corrigeren. Voor solopraktijken verwacht je dat de populatie homogener is (op basis van hogere ICC) en een kleiner aantal dan voldoende is om tot hetzelfde onderscheidend vermogen te komen. (11;12)

Voor de Patiëntervaringen is ook berekend of de wijze van gegevensverzameling via het bureau ADV tot andere resultaten heeft geleid dan de gegevens voortkomend uit het Kwaliefy meetsysteem.

Casemix stabiliteit

De *casemix stabiliteit* voor de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen is nagegaan door de invloed op de score van de volgende patiëntenkenmerken te analyseren:

- 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).

Voor de indicatoren over de Patiëntervaringen is ook nagegaan wat de invloed op de score is van de volgende patiëntenkenmerken:

- Behandeling afgerond;
- Algemene gezondheid;
- Opleiding;
- Doel behandeling (volledig herstel, afname, stabiliseren).

Voor het bepalen van de casemix stabiliteit zijn voor de indicatoren die geacht worden beïnvloed te worden door casemix regressie-analyses uitgevoerd (indicator 6, 7, 8, 14 t/m 23). Voor de procesindicatoren 1 t/m 5 wordt casemix stabiliteit niet berekend, omdat verwacht wordt dat deze processtappen hoe dan ook moeten worden uitgevoerd, ongeacht het kenmerk. Bijvoorbeeld: screening moet volgens de stappen van het methodisch fysiotherapeutisch handelen worden uitgevoerd, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Voor indicator 9 t/m 13 is geen casemix stabiliteit nagegaan omdat dit thema over praktijkgegevens gaat en niet over patiënten.

Het percentage verklaarde variantie en de bèta's $> 0,1$ worden gepresenteerd in de tabellen in paragraaf 3.2. Als de bèta behorend bij de onderzochte factor boven de 0,4 ligt, wordt voorgesteld om een casemix correctie toe te passen op de betreffende indicatorscore met deze factor.

Verbeterpotentieel

Om een beeld te krijgen van het verbeterpotentieel is bij de scores $> 90\%$ per indicator nagegaan hoeveel praktijken buiten de standaard deviatie rondom de mediaan ($-1Sd$) vallen.

3. Resultaten

3.1 Respons deelname

Na de wervingsactiviteiten hebben zich 3231 praktijklocaties (45% van de eerstelijns populatie) en 7745 fysiotherapeuten (60% van de eerstelijns populatie) aangemeld om deel te nemen aan Kwaliefy.² Per locatie namen gemiddeld 2,3 therapeuten deel (Tabel 2).

Tabel 2 Kenmerken van de praktijklocaties (n=3231)

Praktijkkenmerk	
Soort praktijk	
Solopraktijk (n=772)	23,9%
Monodisciplinaire meermanspraktijk (n=1621)	50,2%
Multidisciplinaire meermanspraktijk (n=837)	25,9%
Gemiddeld aantal fysiotherapeuten werkzaam in praktijk	4,9
Gemiddeld aantal fysiotherapeuten deelgenomen per praktijk	2,3
Solopraktijken	1
Meermanspraktijken (mono & multidisciplinair)	2,8

Voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen zijn gegevens van 172.857 patiënten verzameld, gemiddeld 53 vragenlijsten per praktijk en 22,3 vragenlijsten per (deelnemende) fysiotherapeut. 139.780 patiënten hebben ten behoeve van het thema Patiëntervaringen een vragenlijst ingevuld, gemiddeld 43 vragenlijsten per praktijk en 18 vragenlijsten per fysiotherapeut. Tabel 3 geeft een overzicht van de patiëntkenmerken per thema.

Tabel 3 Kenmerken van patiënten naar thema Fysiotherapeutisch Handelen (n=172.857) en Patiëntervaringen (n=139.780)

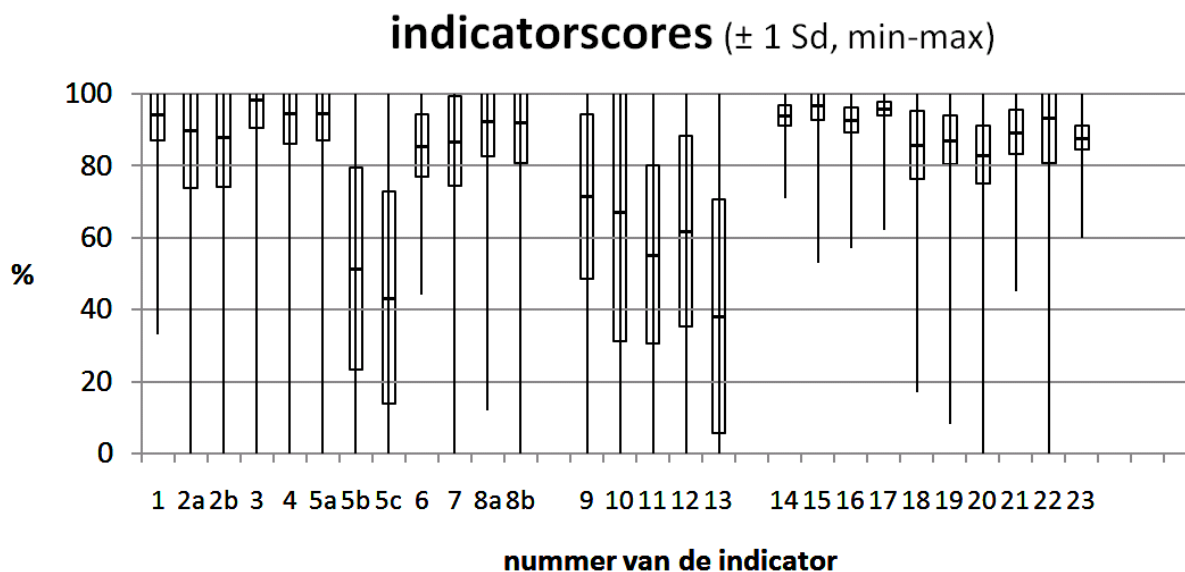
Patiëntkenmerk	FH	PE
% man	44%	41%
Gemiddelde leeftijd patiënten (Sd) in jaren	46,9 (17,5)	47,4 (15,1)
% > 18 jaar	-	92,9%
% adolescenten	-	2,5%
% ouders van kinderen	-	4,4%
% zeer kortdurende klachten (0-9 behandelingen)	58%	59%
% middellange klachten (9-18 behandelingen)	25%	26%
% DTF patiënten	42%	39%
in behandeling	88%	-
niet in behandeling	12%	-
% verwezen patiënten	58%	61%
in behandeling	96%	-
Niet in behandeling	4%	-

² Percentages zijn gebaseerd op het ledenbestand van KNGF per 1 juni 2009: 7.199 praktijklocaties, 13.000 fysiotherapeuten.

3.2 De indicatoren: beschrijving, scores en casemix

In deze paragraaf worden per thema de indicatoren gedefinieerd (inclusief teller en noemer) en worden de gemiddelde indicatorscores en, indien van toepassing, de *casemix*-stabiliteit gepresenteerd. Figuur 3 laat zien dat de meeste gemiddelde indicatorscores hoger zijn dan 80%, met name ten aanzien van de thema's Patiëntervaringen (indicatoren 14-23) en Fysiotherapeutisch Handelen (indicatoren 1-8). De kwaliteit van zorg kan hiermee over het algemeen als goed tot zeer goed worden genoemd. De indicatoren voor Praktijkorganisatie en Etalage-informatie vertonen het grootste verbeterpotentieel.

In onderstaande subparagrafen worden de 23 indicatoren afzonderlijk besproken.



Figuur 3: Gemiddelde indicatorscore, standaarddeviatie (sd) en spreiding (minimum-maximum).

3.2.1 Indicatoren van het Fysiotherapeutische Handelen

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=59.691
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.619 praktijken)	94,4%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 sd	87,0%
	Score + 1 sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	94,0-94,7%

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 Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Totaal aantal DTF-patiënten	N=53.206
	Indicatorscore (gebaseerd op 1.538 praktijken)	89,9%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	73,8%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	89,0-90,6%

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=88.910
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.863 praktijken)	87,9%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	74,1%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	87,3-88,5%

Indicator 3	Methodisch gehandeld bij vaststellen doelen	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie behandeldoel(en) zijn geïnventariseerd en vastgelegd op basis van de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie ten minste één behandeldoel is geïnventariseerd en vastgelegd en waarbij het doel is gebaseerd op de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N=156.163
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.410 praktijken)	98,5%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	90,4%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	98,2-98,9%

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=156.098
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.410 praktijken)	94,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	86,0%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	94,4-95,0%

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=156.142
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI 5a	Indicatorscore (gebaseerd op 2.410 praktijken)	94,6%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	87,0%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	94,3-94,9%
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI 5b	Indicatorscore (gebaseerd op 2.410 praktijken)	51,4%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	23,2
	Score + 1 sd	79,5
	95% Betrouwbaarheidsinterval	50,2-52,5%
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI 5c	Indicatorscore (gebaseerd op 2.410 praktijken)	43,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	13,7%
	Score + 1 sd	72,9%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	42,1-44,4%

Indicator 6	Beoogd behandelresultaat subjectief behaald	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandel doelstelling(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.	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.077 praktijken)	85,6%
	Minimum en maximumscore	44-100%
	Score - 1 sd	76,9%
	Score + 1 sd	94,3%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	85,2-86,0%
casemix	R ² =0,008 Alle factoren: beta's < 0,1	
	Geen casemix-correctie	

Indicator 7	Beoogd behandelresultaat objectief behaald	
Volledige definitie	Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandel doel(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.	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.415 praktijken)	86,8%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	74,3%
	Score + 1 sd	99,3%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	86,1-87,4
casemix	R ² =0,049 Factor 'Aantal behandelingen': bèta= 0,169 Overige factoren: bèta's < 0,1	
	Geen casemix-correctie	

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=44.874
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.368 praktijken)	92,45%
	Minimum en maximumscore	12-100%
	Score - 1 sd	82,5%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	91,5-92,6%

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	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.755 praktijken)	92,0%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	80,7%
	Score + 1 sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	91,9-92,6%

3.2.2 Indatoren van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie

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 is 6, indien geen behandelingen aan huis aantal onderdelen is 5	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.223 praktijken)	71,4%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	48,7%
	Score + 1 sd	94,3%
	95% betrouwbaarheidsinterval	70,6-72,2

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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.119 praktijken)	67,1%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	31,2%
	Score + 1 sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	65,8-68,3%
Opmerkingen	Praktijken met een geldig HKZ certificaat scoren automatisch 100% op deze indicator	

Indicator 11	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijken waarbij jaarlijks procedures worden doorlopen over klachtencommissie, kritische incidenten, patiëntenforum, 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 meermanspraktijk (6) Totaal aantal kenmerken solopraktijk (5) (geen kwaliteitsjaarverslag nodig))	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.108 praktijken)	55,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	30,5%
	Score + 1 sd	80,1%
	95% betrouwbaarheidsinterval	54,4-56,1%

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 & is er overleg buiten de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patiënten en samenwerking	
Noemer	Totaal aantal variabelen (=12)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.105 praktijken)	61,8%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	35,3%
	Score + 1 sd	88,2%
	95% betrouwbaarheidsinterval	60,8-62,7

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	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.105 praktijken)	38,2%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 sd	5,7%
	Score + 1 sd	70,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	89,6-90,7

3.2.3 Indicatoren over de Patiëntervaringen

Indicator 14	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.018 praktijken)	93,9%
	Minimum en maximumscore	71-100%
	Score - 1 sd	91,1%
	Score + 1 sd	96,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	93,8-94,1
casemix	R ² =0,045 Factor 'Gezondheid': bèta=0,124 Overige factoren: bèta < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Patiënten die thuis zijn behandeld worden geëxcludeerd.	

Indicator 15	Accommodatie	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op accommodatie (hygiëne praktijk), comfort oefenruimte, privacy, comfort zitplaatsen wachtruimte, wachten veraangemen, toegankelijkheid voor patiënt)	
Teller	Score patiënt op hygiëne, comfort oefenruimte, privacy, zitplaatsen wachtruimte, wachten veraangemen, toegankelijkheid	
Noemer	Totaal aantal vragen (6)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.991 praktijken)	96,7%
	Minimum en maximumscore	53-100%
	Score - 1 sd	92,8%
	Score + 1 sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	96,5-96,9
casemix	R ² =0,024 Factor 'Gezondheid': bèta=0,112 Overige factoren: bèta < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Patiënten die thuis zijn behandeld worden geëxcludeerd.	

Indicator 16	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.175 praktijken)	92,7%
	Minimum en maximumscore	57-100%
	Score - 1 sd	89,2%
	Score + 1 sd	96,3%
	95% betrouwbaarheidsinterval	92,6-92,9%
casemix	R ² =0,035 Factor 'Gezondheid': bèta =0,137 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie

Indicator 17	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.000 praktijken)	95,9%
	Minimum en maximumscore	62-100%
	Score - 1 sd	93,9%
	Score + 1 sd	97,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	95,8-96,0%
casemix	R ² =0,022 Factor 'Gezondheid': bèta=0,100 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie

Indicator 18	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 280 praktijken)	85,9%
	Minimum en maximumscore	17-100%
	Score - 1 sd	76,4
	Score + 1 sd	95,3
	95% betrouwbaarheidsinterval	84,7-87,0%
casemix	R ² =0,057 Factor 'Verwezen': bèta=0,167 Factor '0-9 behandelingen': bèta=-0,118 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Alleen van toepassing op patiënten die door verschillende fysiotherapeuten zijn behandeld	

Indicator 19	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.124 praktijken)	87,1%
	Minimum en maximumscore	8-100%
	Score - 1 sd	80,3
	Score + 1 sd	93,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	86,8-87,4
casemix	R ² =0,029 Factor 'Gezondheid': Bèta=0,134 Overige factoren: Bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie

Indicator 20	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.224 praktijken)	83,1%
	Minimum en maximumscore	0-100
	Score - 1 sd	75,0
	Score + 1 sd	91,2
	95% betrouwbaarheidsinterval	82,6-83,5
casemix	$R^2=0,115$ Factor 'Gezondheid': $\beta=0,204$ Factor 'Doel = afname klachten': $\beta=-0,160$ Factor 'Doel = Stabiliseren': $\beta=-0,105$ Overige factoren: $\beta's < 0,1$	
Opmerkingen	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 21	Specifiek (objectief) resultaat van de behandeling	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op het objectieve resultaat (klachten veranderd tov periode voor behandeling)	
Teller	Score Global perceived effect (GPE)	
Noemer	Totaal aantal vragen (1)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.224 praktijken)	89,4%
	Minimum en maximumscore	45-100%
	Score - 1 sd	81,4%
	Score + 1 sd	96,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	89,0-89,7%
casemix	$R^2=0,273$ Factor 'Gezondheid': $\beta=0,196$ Factor 'Doel= afname klachten': $\beta=-0,341$ Factor 'Doel= Stabiliseren': $\beta=-0,259$ Overige factoren: $\beta's < 0,1$	
Opmerkingen	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 22	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 1.224 praktijken)	93,4%
	Minimum en maximumscore	0-100
	Score - 1 sd	80,6
	Score + 1 sd	100
	95% betrouwbaarheidsinterval	92,6-94,1
casemix	R ² =0,028 Factor 'Gezondheid': bèta=0,119 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 23	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)	
Indicatorscore met spreiding (min/max), sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.051 praktijken)	87,8%
	Minimum en maximumscore	60-100
	Score - 1 sd	84,5
	Score + 1 sd	91,1
	95% betrouwbaarheidsinterval	87,7-87,9
casemix	R ² =0,134 Factor 'Gezondheid': bèta=0,201 Factor 'Doel = afname klachten': bèta=-0,182 Factor 'Doel = Stabiliseren': bèta= -0,125 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie

3.3 Eigenschappen van het meetinstrument

In deze paragraaf worden de haalbaarheid (toepasbaarheid, meetbaarheid en complexiteit), validiteit, betrouwbaarheid, casemix stabiliteit en verbeterpotentieel beschreven. In Tabel 4 is een globaal overzicht van alle indicatoren en hun eigenschappen opgenomen. Op basis van deze tabel kan geconcludeerd worden dat de haalbaarheid redelijk tot goed is. Het benodigde aantal vragenlijsten is 80-90 voor voldoende onderscheidend vermogen. Er is geen casemix correctie nodig.

Onderstaande subparagrafen bieden per themagebied een korte bespreking van de resultaten. Een uitgebreid cijfermatig overzicht is op te vragen bij de eerste auteur.

Tabel 4 Overzicht van de eigenschappen van het meetinstrument

Indi-cator	Toepasbaarheid/ meetbaarheid	Scheefheid		Verbeterpotentieel	Benodigde aantallen	Casemix- correctie
		itemniveau	indicatorniveau			
FH					Overall 23-80	
1	DTF	√	√	√	23	nvt
2a	DTF	√	√	√	69	nvt
2b	verwezen	√	√	√	53	nvt
3	√	extreem scheef	extreem scheef	Weinig	53	nvt
4	√	extreem scheef	extreem scheef	Weinig	53	nvt
5a	uitbehandeld	√	extreem scheef	√	80	nvt
5b	uitbehandeld	√		√	384 ²	nvt
5c	uitbehandeld	√		√	376 ²	nvt
6	uitbehandeld	√		√	48	Geen
7	uitbehandeld	√		√	79	Geen
8a	DTF	√		√	40	Geen
8b	verwezen	√		√	51	Geen
POEI						
9	√	extreem scheef	√	√	nvt	nvt
10	√		√	√	nvt	nvt
11	√		√	√	nvt	nvt
12	√		√	√	nvt	nvt
13	√		√	√	nvt	nvt
PE					Overall 8-90	
14	√	extreem scheef	√	Weinig	17	Geen
15	√	√	extreem scheef	√	10	Geen
16	√	extreem scheef	√	√	18	Geen
17	√	extreem scheef	extreem scheef	Weinig	8	Geen
18	door meerdere fysiotherapeuten behandeld	extreem scheef	√	√	43	Geen
19	√	√	√	√	43	Geen
20	Uitbehandeld	√	√	√	68	Geen
21	Uitbehandeld	√	√	√	36	Geen
22	Uitbehandeld	√	√	√	22	Geen
23	√	extreem scheef	√	√	90	Geen

¹ De minimale N verschilt per indicator. De benodigde N per indicator is genoemd. Deze waarde geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken worden deze aantallen gecorrigeerd door dit aantal te vermenigvuldigen met 0,95.

² geadviseerd is indicatoren 5b en 5c buiten beschouwing te laten om te vergelijken, omdat voor deze onderdelen dusdanig veel cases nodig zijn om een verschil van 5% tussen praktijken te kunnen aantonen. 5b en c zijn wel inzichtelijk voor het verbeterplan.

3.3.1 Fysiotherapeutisch Handelen

Haalbaarheid: complexiteit

De meeste indicatoren zijn complex van aard doordat de score is opgebouwd uit verschillende onderliggende items. Dit geldt voor de indicatoren 4 (5 items) en 3 (4 items). Met name wanneer dergelijke samengestelde scores gebruikt worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg, zal teruggerepen moeten worden naar de onderliggende items. De scores zelf zijn ongewogen optellingen van de itemscores en daarmee vrij eenvoudig interpreteerbaar. Minder eenvoudig interpreteerbaar is indicator 5 ("Behandelresultaat vastgesteld ") door de uitsplitsing naar het subjectief (en eventueel ook objectief) en objectief (en eventueel ook subjectief) vastleggen van behandeldoelen. Hoofdindicator 5a is daarbij het minst complex doordat of het een of het ander moet zijn gebeurd (conform de huidige richtlijn) en leent zich daarmee het beste voor publieke informatie; de indicatoren 5b en 5c lenen zich meer voor interne kwaliteitsverbetering, waarbij geadviseerd wordt 5c te splitsen om de interpreteerbaarheid te vergroten. Indicator 5 wordt dan in vier onderdelen uitgewerkt: het behandelresultaat (overall; 5a); het subjectief behandelresultaat (5b), het objectief behandelresultaat (5c), en zowel het subjectief als objectief behandelresultaat (5d). Voor deze aanpassing hoeven geen extra vragen te worden toegevoegd. (zie ook *betrouwbaarheid*)

Haalbaarheid: toepasbaarheid en meetbaarheid

De meeste indicatoren zijn toepasbaar op alle fysiotherapiepatiënten. Enkele indicatoren zijn alleen van toepassing op DTF-patiënten (indicator 1, 2a en 8a) of verwezen patiënten (indicator 2b en 8b).

Uit de pilot van 2008 bleek al dat alle gevraagde gegevens beschikbaar zouden moeten zijn. Analyses op itemniveau laten zien dat, rekening houdend met de toepasbaarheid, er niet extreem veel missende waarden zijn. Hoogste percentages missende waarden, variërend van 5-15%, zijn aangetroffen bij de (items van de) indicatoren 3 t/m 8. De missende waarden op deze indicatoren zijn vooral verklaarbaar doordat ook niet-uitbehandelde patiënten zijn meegenomen in het meetsysteem. Deze patiënten worden bij de berekening van indicator 5, 6, 7 en 8 geëxcludeerd. Het advies was om uitbehandelde patiënten te registreren. Bij patiënten met chronische aandoeningen werd gevraagd om een tussentijds evaluatiemoment te hanteren.

Geconcludeerd kan worden dat de toepasbaarheid en meetbaarheid goed zijn. Fysiotherapeuten moeten evenwel goed geïnformeerd zijn (blijven) over het aanleveren van gegevens van uitbehandelde patiënten. Dit komt bovendien de betrouwbaarheid (power/discriminerend vermogen) van de eigen praktijkcores ten goede.

Validiteit: Inhoudsvaliditeit

Voor zowel indicator 1 en 2b (hulpvraag) als indicator 2a en 2b (fysiotherapeutische diagnose) blijkt meer gedetailleerde informatie tot een lagere indicatorscore te leiden in vergelijking met het alleen bevragen van de hoofdvraag. Bij deze indicatoren leveren gedetailleerde gegevens kennelijk meer valide informatie.

De tijdsbelasting per vragenlijst werd verhoogd met het stellen van de extra vragen (geschat op 2 minuten extra per patiënt). Uit de procesevaluatie bleek dat 65% van de fysiotherapeuten de extra vragen nuttig vond.

Dit alles overwegende wordt geadviseerd de gedetailleerde vragen te blijven stellen voor elke eerste patiënt, omdat er dan voor de therapeut inzicht is in de items die nodig zijn om volledig aan de hulpvraag te voldoen (leereffect). Ook wordt geadviseerd extra toelichting te geven over hoeveel items we volledig vinden (is al voor een deel zo maar nog niet duidelijk genoeg).

Validiteit: Constructvaliditeit

Ten behoeve van de convergente validiteit zijn de scores van inhoudelijk vergelijkbare indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen met elkaar vergeleken. Tabel 5 laat zien dat de scores dicht bij elkaar liggen. De Pearson correlatie tussen de scores is echter laag. Dit kan worden verklaard omdat het niet dezelfde patiënten betreft.

Tabel 5 Convergente validiteit subjectief en objectief behandelresultaat

Indicator	score	Sd	N (praktijken)	Pearson's Correlatie coëfficiënt
6 FH: Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald 20 PE: Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)	84,9 82,9	9,7 10,6	2560	0,19*
7 FH: Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald 21 PE: Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	84,0 89,1	16,6 7,8	2411	0,10*

Interne consistentie reflectieve indicatoren

Inter-item correlatiecoëfficiënten (Pearson) bleken alle lager dan 0,7 (maximaal 0,55). De overlap in antwoordpatronen is dan zodanig dat op basis van dit resultaat geen items in aanmerking komen voor exclusie.

Betrouwbaarheid: steekproefomvang & discriminerend vermogen

Op basis van het kunnen aantonen van een verschil van 5% tussen praktijken, dienen 23 tot 80 vragenlijsten te worden ingevuld. Er zijn twee uitschieters: voor de indicatoren 5b en 5c zijn respectievelijk 384 en 376 vragenlijsten nodig. Voor het vergelijken van de scores met andere praktijken is daarom alleen onderdeel 5a geschikt, voor de onderdelen 5b en c (en ook 5d: zie *haalbaarheid*) zijn zodanig veel cases nodig om een verschil van 5% tussen praktijklocaties te kunnen aantonen, dat wordt afgezien van vergelijkende scores.

Op basis van deze resultaten is een aantal van 80 vragenlijsten per praktijk realistisch om voldoende betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de scores van de indicatoren. Dit aantal geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken moet dit aantal met factor 0,95 worden vermenigvuldigd.

Uitgaande van gemiddeld 2,8 fysiotherapeuten per meermanspraktijk betekent dit ongeveer 28 patiënten per fysiotherapeut.

Scheefheid

Bij twee indicatoren (indicator 3 en 4) zijn op itemniveau enkele extreem scheve verdelingen aangetroffen: zo formuleert ruim 90% de behandeldoelen op basis van de hulpvraag en fysiotherapeutische diagnose en legt ze vast; en legt ruim 90% de behandelplannen schriftelijk vast met de doelen en resultaten gespecificeerd. Dit heeft gevolgen voor de indicatorscores, deze vertonen ook een (extreem) scheve verdeling. De spreiding is wel groot (zie figuur 3), echter het verbeterpotentieel is gering. Het lijkt er op dat de vragen van indicator 3 en 4 voorlopig wel in systeem moeten blijven, aangezien zij van belang zijn bij het stapsgewijs klinisch redeneren.

Casemix

Geen van de onderzochte casemixfactoren bleken dusdanig van invloed op de indicatorscores (bèta-coëfficiënten $\geq 0,4$) dat correctie nodig is bij vergelijking van de scores tussen praktijken.

Verbeterpotentieel

De landelijke gemiddelde indicatorscores van het FH variëren van 43%-99% (zie ook figuur 3). Met een spreiding van 0-100 is voldoende ruimte voor verbetering. Bij enkele indicatoren is deze verbeterruimte echter gering (indicator 3 en 4).

3.3.2 Praktijkorganisatie en Etalage-informatie

Haalbaarheid: complexiteit

Alle vijf indicatoren zijn complex van aard doordat de score is opgebouwd uit verschillende (6-12) onderliggende items. Met name wanneer dergelijke samengestelde scores gebruikt worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg, zal teruggerepen moeten worden naar de onderliggende items. De scores zelf zijn ongewogen optellingen van de itemscores en daarmee eenvoudig interpreteerbaar.

Haalbaarheid: toepasbaarheid & meetbaarheid

Alle vijf indicatoren zijn toepasbaar op de totale praktijkpopulatie. Daarbij liet de pilot in 2008 al zien dat alle gevraagde gegevens beschikbaar zouden moeten zijn. Ook het aantal missende waarden is acceptabel. Eén uitzondering vormt indicator 12: 6 van de 12 onderliggende items hebben meer dan 5% missende waarden. Deze zijn echter verklaarbaar doordat bij solopraktijken (24% van alle praktijken) overleg met collega's binnen de praktijk niet van toepassing is. Indien bij deze indicator rekening wordt gehouden met solo- en meermanspraktijken, kan gesteld worden dat zowel de toepasbaarheid als de meetbaarheid voor alle indicatoren goed is.

Scheefheid

Bij één indicator (indicator 9) zijn op de volgende items extreem scheve verdelingen aangetroffen: 'informatie over kenmerken fysiotherapeuten', 'informatie over het type praktijk', 'informatie over de openingstijden' en 'prijslijst beschikbaar'. Overigens vertoont deze indicator zelf ook een scheve verdeling, echter, de spreiding is dermate groot (zie figuur 3) dat dit geen consequenties heeft.

Verbeterpotentieel

De landelijke gemiddelde indicatorscores van het thema POEI variëren van 38%- 71% (zie ook figuur 3). Met een spreiding van 0-100% en voldoende praktijken met een score buiten de spreiding rond het gemiddelde, is er voldoende ruimte voor verbetering.

3.3.3 Patiëntervaringen

Haalbaarheid: complexiteit

De set PE is een set van 10 indicatoren. De meeste indicatoren zijn complex van aard doordat de score is opgebouwd uit verschillende onderliggende items. Dit geldt voor de indicatoren 16 (10 items), 14 (8 items), 23 (7 items), 17 (7 items) en 15 (6 items). Met name wanneer dergelijke samengestelde scores gebruikt worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg, zal teruggerepen moeten worden naar de onderliggende items. De scores zelf zijn ongewogen optellingen van de itemscores en daarmee eenvoudig interpreteerbaar.

Haalbaarheid: toepasbaarheid & meetbaarheid

Met uitzondering van indicator 18 zijn alle indicatoren toepasbaar op de totale patiëntenpopulatie van fysiotherapeuten. Indicator 18 is alleen van toepassing op patiënten met meerdere behandelaars (12% van de patiëntenpopulatie). Uit de pilot in 2008 bleek dat alle gevraagde gegevens beschikbaar zouden moeten zijn. Ook het aantal missende waarden is acceptabel. Opgemerkt moet worden dat bij een aantal items van de indicatoren 14 t/m 23 relatief vaak 'niet van toepassing' is gescoord. Voorbeelden van dergelijke items zijn: komt het resultaat overeen met uw verwachting (nvt als patiënt nog niet is uitbehandeld), legde uw fysiotherapeut uit hoe u een oefening voor thuis moest uitvoeren (nvt als patiënt geen oefeningen voor thuis heeft gekregen). Dergelijke 'system missings' zijn niet zozeer van invloed op de meetbaarheid, immers de respondent heeft terecht geen waarde ingevuld, maar wel op de toepasbaarheid. Met name de indicatoren 20 t/m 22 zijn zodoende op slechts 35% van de patiëntenpopulatie van toepassing. Gezien de inhoudelijke relevantie van deze indicatoren heeft dit resultaat geen andere consequenties dan de betrouwbaarheid (power/discriminerend vermogen).

Discussiepunt is of 12% toepasbaarheid genoeg is voor indicator 18 (samenwerking). Geadviseerd is deze voorlopig in de set te laten maar dit punt verdient wel aandacht bij inhoudelijke volgende ronde.

Fysiotherapeuten moet geadviseerd blijven worden zoveel mogelijk uitbehandelde patiënten te benaderen. De manier van bevragen die de CQI hanteert (via zorgverzekeraar aan het eind van de behandeling) is hiervoor mogelijk bruikbaar. Nadeel is wel dat de therapeut dan van al zijn patiënten een e-mailadres moet hebben. Therapeuten hebben bij de telefonische procesevaluatie aangegeven dat ze beide manieren van benaderen zouden willen gebruiken, aangezien niet iedereen e-mail heeft (CQI manier) en met de folder (Kwaliefy manier) de lijst ook elders kan worden ingevuld.

Verder wordt geadviseerd alleen scores met voldoende grote n openbaar te maken.

Validiteit: constructvaliditeit

Zie vergelijking indicator 6 en 20 respectievelijk 7 en 21 bij paragraaf 3.3.1

Betrouwbaarheid: inter-item correlatie

Inter-item correlatiecoëfficiënten (Pearson) bleken alle lager dan 0,7 (maximaal 0,46). De overlap in antwoordpatronen is dan zodanig dat op basis van dit resultaat geen items in aanmerking komen voor exclusie.

Betrouwbaarheid: interne consistentie

De interne consistentie van de indicatoren varieert van goed tot matig: bij de indicatoren 16 en 19 bedraagt de Cronbach's alpha > 0,7; bij de indicatoren 17, 19 en 20 varieert de Cronbach's alpha tussen 0,5 en 0,7 en bij de indicatoren 14, 18 en 23 variëren de Cronbach's alpha's van 0,2- 0,5.

Betrouwbaarheid: steekproefomvang & discriminerend vermogen

Op basis van het kunnen aantonen van een verschil van 5% tussen praktijken, dienen 8 tot 90 vragenlijsten te moeten worden ingevuld. Op basis hiervan is een aantal van 90 vragenlijsten per praktijk realistisch om voldoende betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de scores van de indicatoren. Dit aantal geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken moet dit aantal met factor 0,95 worden vermenigvuldigd om een verschil van 5% tussen praktijken aan te kunnen tonen.

In de feedback en in de openbare informatie kan met dit gegeven (benodigde n per indicator) worden aangegeven of de steekproefomvang binnen de praktijklocatie voldoende was voor een discriminerende score (ZiZo noemt dit 'statistische betrouwbaarheid').

Met name ten aanzien van de indicatoren 20, 21 en 22 blijken te weinig patiënten met een afgeronde behandeling (of patiënten met chronisch aandoening die langdurig zijn behandeld) te hebben deelgenomen om een statistisch betrouwbare (discriminerende) score te kunnen berekenen.

Scheefheid

Bij vijf indicatoren (indicator 14, 16, 17, 18 en 23) zijn op itemniveau enkele extreem scheve verdelingen aangetroffen, met name bij indicator 17 waar meer dan de helft van de items (5 van de 7) een extreem scheve verdeling laten zien. Overigens vertonen twee indicatoren (15 en 17) zelf ook een extreem scheve verdeling en is de spreiding niet altijd even groot (zie figuur 3). Bij een eventuele heroverweging van deze indicatoren, met name indicator 17, dient hiermee rekening te worden gehouden.

Casemix

Geen van de onderzochte casemixfactoren bleken dusdanig van invloed op de indicatorscores (beta-coëfficiënten $\geq 0,4$) dat correctie nodig is bij vergelijking van de scores tussen praktijken.

Verbeterpotentieel

De landelijke gemiddelde indicatorscores van PE zijn vrij hoog en variëren van 83%- 97% (zie ook figuur 3). De spreiding laat minder verbeterruimte zien dan bij de andere twee thema's. Bij indicator 14 en 17 is de verbeterruimte zeer gering.

3.4 Procesevaluatie

Schriftelijke procesevaluatie

Aan de schriftelijke procesevaluatie hebben 112 fysiotherapeuten deelgenomen (respons 56%). De drie meest genoemde redenen voor deelname aan Kwaliefy waren: (1) het verkrijgen van inzicht in eigen handelen, praktijkvoering en/of patiëntervaring (57%), (2) naar buiten laten zien wat wij doen (handelen transparanter maken, vak beter presenteren) (51%) en (3) deelname was voorwaarde in contract van 2009 met mijn zorgverzekeraar (45%).

Ruim driekwart vond de vragenlijsten begrijpelijk (76% bij Fysiotherapeutisch Handelen; 79% bij Praktijkorganisatie en Etalage-informatie) en de folder voor de patiënt duidelijk (78%).

Belemmerende en bevorderende factoren

Ruim de helft (54%) gaf belemmerende factoren aan voor FH. De meest genoemde zijn: arbeidsintensiviteit, te veel vragen, en een traag systeem. Vier op de tien (41%) fysiotherapeuten gaven bevorderende factoren aan: achter elkaar invullen versnelt invultijd, vragen sluiten goed aan bij het eigen verslagleggingsysteem, systeem is duidelijk. Tweederde (67%) gaf belemmerende factoren aan voor PE. De meest genoemde zijn: patiënten hebben geen toegang tot internet/computer, patiënten hebben geen ervaring met internet/computers, patiënten waren niet gemotiveerd of hadden geen tijd om deel te nemen. Een kwart (26%) noemde de volgende bevorderende factoren voor PE: patiënten willen graag meewerken, een duidelijke folder/poster.

Feedback

Een overgrote meerderheid (80%) van de deelnemers stelt de ontvangen feedback op prijs. Van de praktijken onderneemt ruim driekwart (78%) verbeteracties. Het belangrijkste verbeterpunt waaraan gewerkt wordt is het gebruik van objectieve meetinstrumenten en het verbeteren van de etalage-informatie. Praktijklocaties wensen ondersteuning bij het aanpakken van verbeterplannen.

Tijdsinvestering

Een fysiotherapeut besteedde in 2009 gemiddeld een werkdag (7 tot 8,3 uur) aan Kwaliefy (zie Tabel 6). Dit is gemiddeld 16,0-19,2 uur per praktijk. De grootste tijdsbelasting besloeg het invullen van het Fysiotherapeutisch Handelen (14,4-18,2 minuten per vragenlijst). Aangegeven werd dat een halve dag per fysiotherapeut acceptabel is.

Patiënten waren ruim een kwartier bezig met het invullen van een vragenlijst.

Tabel 6 Tijdsinvestering

Thema	Aantal per praktijk (gemiddeld)	Proces-evaluatie geschatte tijd	Aan het systeem gemeten werkelijke tijd	Proces-evaluatie acceptabele tijd
FTH (invullen vragenlijsten)	53	18,2 min	14,4 min	7,2 min
POEI (invullen vragenlijst)	1	28,5 min	38,0 min	15,8 min
Benaderen patiënten		68,5 min	nvt	25,4 min
Totaal Gemiddelde tijd per praktijk		19,2 uur	16,0 uur ¹	7,6 uur
Per fysiotherapeut		8,3 uur	7,0 uur	3,3 uur
PE (invultijd per lijst per patiënt)			16,2 min	

¹ Voor het benaderen van patiënten is uitgegaan van 68,5 minuten per therapeut.

Implementatie

De voorlichtingsmaterialen (brochure, folders, artikelen, etc.), informatie op de website en de nieuwsbrieven hebben het meest bijgedragen aan een goed verloop van de uitrol. Voor verdere uitrol is het wenselijk om de vragenlijst Fysiotherapeutisch Handelen te koppelen aan bestaande software voor verslaglegging.

Tenslotte zou 57% van de deelnemers Kwaliefy aanraden bij een collega en geeft 72% aan bereid te zijn om weer mee te doen.

Meer cijfers lezen? Zie uitgebreide resultaten procesevaluatie (op te vragen bij eerste auteur).

Telefonische procesevaluatie

Van de 39 fysiotherapeuten is één niet benaderd omdat deze ook al een schriftelijke evaluatie had ingevuld. Van de overige 38 fysiotherapeuten konden er 24 worden bereikt in een belperiode van twee weken. Hiervan weigerde één fysiotherapeut deelname.

In de interviews is een aantal verdiepende vragen gesteld over de ervaringen van fysiotherapeuten met de procedure rondom het meten van patiëntervaringen. In lijn met de schriftelijke evaluatie gaf een meerderheid aan het lastig te vinden om (voldoende) patiënten te benaderen (74%), om redenen variërend van weinig 'geschikte' patiënten (met internet faciliteiten) tot lage motivatie of bereidwilligheid. Uiteindelijk is het bij ruim tweederde wel gelukt om het aantal van 30 vragenlijsten te halen. De meeste geïnterviewde fysiotherapeuten (70%) zeiden bij de werving van patiënten rekening te hebben gehouden met eventueel aanwezige internetfaciliteiten bij patiënten thuis. Men gaf de uitnodiging/folder bijvoorbeeld alleen mee aan degenen die thuis over een computer en internet beschikten.

In een aantal praktijken werd bovendien aangeboden om in de praktijk de vragenlijst in te vullen. Ook is door enkele fysiotherapeuten de vragenlijst op papier meegegeven waarna de antwoorden door de fysiotherapeut zelf zijn ingevoerd.

Ruim 60% van de fysiotherapeuten zei van patiënten geen klachten te hebben ontvangen over problemen met het inloggen op het portaal. De overige fysiotherapeuten gaven aan dat met name traagheid van het systeem als hinderlijk zou zijn ervaren. Over de vragenlijst zelf gaf ruim de helft van de fysiotherapeuten aan geen klachten of opmerkingen te hebben ontvangen. Bij de overige fysiotherapeuten betroffen dergelijke klachten of opmerkingen meestal de lengte van de vragenlijst, maar ook zou de inhoud soms als moeilijk of deels hinderlijk zijn ervaren door dubbelingen in de vragen.

Suggesties van de ondervraagde fysiotherapeuten om de procedure te verbeteren zijn: koppeling aan software en patiënten rechtstreeks (zonder fysiotherapeut als tussenpersoon) benaderen, meer afstemming met andere vragenlijsten over patiënttevredenheid, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars of HKZ-certificering, niet via internet maar op papier uitvragen, een kortere vragenlijst en een langere wervingstijd.

Helpdesk

Bij de helpdesks van KNGF, IQ healthcare en ITS zijn in 2009 in totaal ongeveer 14.500 contacten verwerkt (60% telefonisch, 40% via e-mail). 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 toegevoegd aan het tabblad voor 'veelgestelde vragen' op het portaal. Op de vragen is zo snel mogelijk (binnen twee werkdagen) gereageerd en de vragen zijn gedocumenteerd.

De meest voorkomende vragen of problemen betroffen inlogcodes (kwijt of niet ontvangen), inloggen, traagheid van de site, een vergoeding, en het invullen van 30 vragenlijsten door parttimers.

Verbeterpunten

Uit de bovenbeschreven drie evaluatievormen is een top vijf van verbeteracties opgesteld:

- Verlagen van de tijdsdruk/belasting voor de praktijken;
- Ten aanzien van de patiëntervaringen: verduidelijken van de vragen, minder vragen, en het verbeteren van de capaciteit van de servers;
- Verder onderzoeken en verbeteren van de validiteit en betrouwbaarheid van het systeem (met name het Fysiotherapeutisch Handelen);
- Meer ondersteuning bieden bij het geven van feedback;
- Verder onderzoeken van de geschiktheid van het meetsysteem voor bijzondere doelgroepen.

4. Discussie

Landelijke uitrol

De deelname aan het project was hoog. Het KNGF heeft veel bekendheid aan het project gegeven en de zorgverzekeraars hebben deelname aan het project gestimuleerd door in de contracten afspraken te maken over een financiële vergoeding. Hoewel de fysiotherapeuten bereid zijn om te werken aan transparantie over de geleverde zorg, is ook gebleken dat de tijdsinvestering van ongeveer één werkdag per fysiotherapeut als een probleem wordt ervaren. De meeste tijd zit in het verzamelen van gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen. Extractie van (een deel van) de gegevens uit een elektronisch patiëntendossier (EPD) kan aan dit knelpunt tegemoetkomen. Maar dit vergt aanpassing van zowel een EPD als het registratiegedrag van de fysiotherapeuten, wat een kwaliteitsslag op zich is. Dit betekent dat voorlopig de *web-based* gegevensverzameling nodig zal blijven om het systeem voor een ieder toegankelijk te maken.

Hoewel sommige therapeuten niet altijd een computer beschikbaar hadden, is het digitaal invullen niet als een belemmering ervaren. Voor het meten van de Patiëntervaringen vormde het feit dat veel patiënten geen toegang tot internet of ervaring met computers hadden de grootste belemmering. De vragenlijst Patiëntervaringen in digitale vorm is dus niet voor elke patiënt geschikt, hetgeen mogelijk tot enige selectie heeft geleid. Uit de procesevaluatie bleek dat een aantal praktijken hun eigen internetverbinding ter beschikking hadden gesteld aan patiënten of dat een papieren versie van de vragenlijst werd meegegeven die later door de fysiotherapeut zelf werd ingevoerd. Deze oplossingen zijn echter niet ideaal. Overwogen zou kunnen worden om zowel de procedure van Kwaliefy (via de fysiotherapeut, via een folder met inlogcode) aan te bieden als die van de CQ-index (via de zorgverzekeraar aan het eind van de behandeling). In de procesevaluatie gaven therapeuten aan behoefte te hebben aan een dergelijke keuzemogelijkheid. De indicatorscores van Kwaliefy blijken overigens nauwelijks te verschillen van de scores die op basis van de dataverzameling via ADV (ook *web-based*), via de zorgverzekeraar, zijn berekend. Mede omdat schriftelijke afname eveneens belemmeringen kent en met name een grote kostenpost met zich meebrengt, is er vooralsnog geen reden om het digitaal afnemen van de vragenlijst Patiëntervaringen niet te continueren.

Voorafgaand aan de pilot in 2008 is een discussie gevoerd over een specifiekere formulering van indicatoren rondom bepaalde aandoeningen. De stuurgroep heeft vervolgens besloten om eerst de huidige basisset te ontwikkelen en te toetsen. In de toekomst zouden vanuit deze set eventueel aandoeningspecifieke indicatoren ontwikkeld kunnen worden in een vervolgproject. Momenteel worden steeds meer aandoeningspecifieke indicatoren ontwikkeld, bijvoorbeeld op basis van richtlijnen voor lage rugpijn (13;14), enkelletsel (15), hartrevalidatie (16), claudicatio intermittens (17;18) en de ziekte van Parkinson (19). Een aantal van deze indicatoren is reeds opgenomen in een elektronisch dossier, maar er is nog onvoldoende uniformiteit. De handleiding voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen (6) kan hieraan bijdragen. Geadviseerd wordt om de basisset uit te breiden met aandoeningspecifieke indicatoren zodra het fysio-EPD gereed is. Uitbreiding naar aandoeningspecifieke indicatoren is vooral zinvol voor specialistische fysiotherapeuten en fysiotherapeuten die in aan bepaald netwerk werkzaam zijn, zoals ParkinsonNet en het netwerk looptherapie voor patiënten met claudicatio intermittens. Het is denkbaar dat op termijn over bijvoorbeeld de top vijf aandoeningen specifieke indicatoren (verder) ontwikkeld worden en gekoppeld worden aan de basisset.

Kwaliteit van de zorg

De landelijke gemiddelde praktijkcores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 43% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 38% tot 71%; en over de Patiëntervaringen van 83% tot 97%. De patiënten zijn dus over het algemeen erg tevreden over de fysiotherapeutische zorg en de praktijken onderscheiden zich nauwelijks op dit punt. De scores van de individuele praktijken kenden meer variatie, maar dit verandert niet het beeld van de hoge cijfers. Het gegeven van zeer tevreden patiënten strookt met sommige andere onderzoeksgegevens, echter in de fysiotherapie zijn patiënten over het algemeen meer tevreden dan bij andere vormen van zorg. Onderzoek naar het fysiotherapeutisch handelen laat vaak een lagere adherentie aan de richtlijnen zien (19-21). De vraag ontstaat dan of het beeld van het fysiotherapeutisch handelen in KwaliEfy een juiste weergave is van de werkelijkheid of dat de zelfrapportage hieraan (deels) debet is. In het onderzoek is voor een tweetal indicatoren (1 en 2) uitgezocht of de gebruikte antwoordcategorieën voldoende de werkelijkheid representeerden. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat de gedetailleerde uitvraag veel meer spreiding op de indicatorscore liet zien en dat de score ook lager uitpakte dan bij een globale beoordeling.

Een ander manier om meer grip te krijgen op de betekenis van de indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen is een vergelijking te maken tussen gegevens die uit een EPD geëxtraheerd worden en gegevens afkomstig van de vragenlijsten.

De scores op indicatoren ten aanzien van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie verschillen sterker, zowel onderling als tussen praktijken, waardoor zij geschikt lijken om opgenomen te worden in het kwaliteitsmeetsysteem.

Ruim driekwart van de praktijken heeft aangegeven verbeteracties te ondernemen naar aanleiding van de feedback. Een deel van hen wenst daarbij ondersteuning om 'op maat' verbeterplannen te kunnen maken. Bijna een kwart onderneemt geen verbeteracties; een deel van hen geeft aan meer informatie te willen op itemniveau om zodoende beter inzicht te krijgen in wat er nu precies verbeterd kan worden. Een volledig gedigitaliseerd feedbackrapport met beslissingsondersteuning, tot op itemniveau herleidbaar, zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. Dit is realiseerbaar door het systeem nog verder te automatiseren. Hiertoe dient de opgedane kennis beschikbaar gesteld te worden aan leveranciers van EPD's zodat op uniforme wijze de benodigde gegevens uit hun systemen geëxtraheerd kunnen worden om zo de indicatoren voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen te kunnen berekenen.

Eigenschappen van de basisset Kwaliefy

De *haalbaarheid* van de basisset, in termen van complexiteit, toepasbaarheid en meetbaarheid, is over het algemeen goed te noemen. De basisset is een vrij complexe set van indicatoren doordat de scores vaak opgebouwd zijn uit meerdere onderliggende items. De scores zelf zijn als ongewogen optellingen van de itemscores echter redelijk eenvoudig interpreteerbaar. Zoals een deel van de fysiotherapeuten zelf ook te kennen heeft gegeven, zal, wanneer een dergelijke samengestelde score aanleiding vormt om verbeteracties te ondernemen, teruggegrepen moeten worden naar de onderliggende items.

De toepasbaarheid van de indicatoren is over het algemeen hoog, met andere woorden, de meeste indicatoren zijn van toepassing op alle patiënten of praktijken, of een groot deel ervan, zoals de toepasbaarheid op alleen DTF-patiënten of verwezen patiënten, of alleen solo- of juist meermanspraktijken). Een uitzondering hierop vormt indicator 18 (Patiëntervaringen ten aanzien van de samenwerking tussen fysiotherapeuten) waar de toepasbaarheid slechts 12% van de patiëntenpopulatie bleek. Vanwege de inhoudelijke relevantie van deze indicator heeft dit resultaat vooralsnog geen consequenties.

De meetbaarheid ten slotte (gemeten aan het aantal missende waarden) is ook goed gebleken. Als grens werd gesteld dat ten minste 70% van de items ingevuld moest zijn om een geldige score te kunnen berekenen. Mede doordat de gegevens verzameld zijn met een *web-based* vragenlijst (waarin ingebouwd is dat de invuller niet naar de volgende vraag kan als er niets is ingevuld) zijn er weinig missende waarden gevonden. Fysiotherapeuten moeten evenwel goed geïnformeerd worden/blijven over het aanleveren van gegevens van uitbehandelde patiënten; doordat de periode van dataverzameling vrij kort was (twee maanden), hebben fysiotherapeuten ook niet-uitbehandelde patiënten geïnccludeerd. Dit om te kunnen voldoen aan de externe eis van een aantal zorgverzekeraars, namelijk een financiële vergoeding bij voldoende deelname. Deze externe prikkel kan er dus toe leiden dat sommige indicatoren minder goed ingevuld (kunnen) worden, hetgeen weer gevolgen kan hebben voor de betrouwbaarheid (onderscheidend vermogen) van de betreffende indicator.

De *inhoudsvaliditeit* van de basisset Kwaliefy is door de wijze van ontwikkeling afdoende, maar de zelfrapportage over het fysiotherapeutisch handelen geeft aanleiding om naar een meer betrouwbare methodiek te zoeken. Deze is vermoedelijk te vinden in het rechtstreeks extraheren van de benodigde gegevens uit het EPD waarin gerapporteerd wordt over de patiëntenzorg.

Ook de *betrouwbaarheid* is van groot belang bij het gebruik van kwaliteitsindicatoren en de interpretatie van de scores. In dit project is dan ook veel aandacht besteed aan de klinimetrische betrouwbaarheid in termen van interne consistentie, precisie en onderscheidend vermogen van de indicatoren. Over het algemeen is de betrouwbaarheid van de indicatoren acceptabel tot goed gebleken. Bovendien is met de huidige aantallen vragenlijsten (ten minste 30 per fysiotherapeut en 100 per praktijk) een betrouwbaar onderscheid van ten minste 5% te maken: voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen is hiertoe een aantal van 80 vragenlijsten per praktijk nodig, voor het thema Patiëntervaringen is dat 90. Deze aantallen gelden weliswaar voor meermanspraktijken; voor solopraktijken dienen deze aantallen met 0,95 te worden vermenigvuldigd. Hierbij zijn de indicatoren 5b en 5c (Fysiotherapeutisch Handelen) buiten beschouwing gelaten, voor deze onderdelen zijn dusdanig veel cases nodig om een verschil van 5% tussen praktijken te kunnen aantonen, dat wordt afgezien van vergelijkende scores.

Verder wordt geadviseerd om de Patiëntervaringen vragenlijst (of CQ-index) af te nemen bij patiënten met een afgeronde behandeling (met uitzondering van 'chronische' patiënten), om te voorkomen dat er te veel mensen nog maar enkele behandelingen hebben gehad en de uitspraken daardoor minder betrouwbaar zijn.

Analyses op het gebied van *casemix* lieten zien dat er vooralsnog geen aanleiding is om bij vergelijking van de indicatorscores (FH en PE) tussen praktijken een correctie toe te passen. Mogelijke factoren waarvoor gecorrigeerd zou kunnen worden en die in dit project werden getest zijn: leeftijd, geslacht, wijze van aanmelding (DTF of verwijzing) en duur van de behandeling. Bij de indicatoren op het gebied van Patiëntervaringen zijn bovendien factoren meegenomen als opleidingsniveau, algemene gezondheidstoestand, behandeling al dan niet afgerond, en het doel van de behandeling (volledig herstel of anders). Op basis van de resultaten luidt onze aanbeveling dat casemixcorrectie niet toegepast hoeft te worden bij onderlinge vergelijking.

Ten slotte is gekeken naar het *verbeterpotentieel* van de indicatoren. Voor de weergave van het verbeterpotentieel is een benchmark nodig. Hierover is nog geen consensus, willen we streven naar 100% (minimaal vereiste zorg)? Of is bij een aantal indicatoren 80% voldoende? Deze discussie dient nog te worden gevoerd. In dit project is uiteindelijk gekozen om het percentage praktijken met een gemiddelde score lager dan één standaarddeviatie van het landelijke gemiddelde als uitgangspunt te nemen voor het verbeterpotentieel per indicator. Deze aanpak sluit aan bij de weergave van de scores in de feedbackrapportages. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden de meeste verbeteringen gemaakt kunnen worden ten aanzien van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie. Ook op het thema Fysiotherapeutisch Handelen kunnen ondanks de hoge gemiddelde scores enkele kwaliteitsverbeteringen gemaakt worden, bijvoorbeeld op het gebied van het behalen van de behandelresultaten. De kwaliteitsscores op het themagebied Patiëntervaringen zijn dusdanig hoog dat er weinig ruimte is voor verbeteringen. Mogelijke verbeterlagen, ondanks de eveneens gemiddeld hoge scores, liggen op het gebied van de samenwerking tussen fysiotherapeuten en de ervaren zelfstandigheid van de patiënt (eigen inbreng in de behandeling en zelfmanagement).

Naar aanleiding van de eigenschappen van de set zijn er een aantal inhoudelijke discussiepunten waarover verantwoorde beslissingen genomen zouden moeten worden die worden ondersteund door alle stakeholders.

- Scheefheid versus spreiding versus content validiteit (indicator 3, 4, 14, 17).
- Afweging onderscheidend vermogen versus content validiteit (indicator 5b, c, d).
- Lage toepasbaarheid versus content validiteit (indicator 18).

Voorstel is dat hiervoor na de meting van 2010 een discussiebijeenkomst op initiatief van Zichtbare Zorg wordt gehouden met een panel van inhoudsdeskundigen en vertegenwoordiging van alle stakeholders.

Tot slot

Met de basisset Kwaliefy, het bijbehorende meetsysteem en de aanbevelingen die ondersteund worden door de stuurgroep Zichtbare Zorg fysiotherapie (zie bijlage I) is een belangrijke stap gezet in de richting van uniforme transparantie. Daarbij moeten de indicatoren en het meetsysteem worden gezien als een groeimodel dat onderhoud en bijstelling verdient op basis van ontwikkelingen in het veld, zoals een update van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging, een nieuwe KNGF-richtlijn of een wijziging in het zorgstelsel, en nieuwe wetenschappelijke inzichten in bijvoorbeeld de klinimetrische eigenschappen van de indicatoren.

Literatuur

Reference List

- (1) CTG/ZAio. Monitor fysiotherapie 2006. Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006. 2006.
- (2) Neeleman-van der Steen CWM, Ven Gvd, Krol MW, Bie RAd, Oostendorp RAB, Braspenning JCC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie (Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie). Het ontwikkelen en testen van een basisset van kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare; 2009 Feb.
- (3) Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Calsbeek H, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren 2009 (Kwaliefy). Eerste editie achter de rug! Fysiopraxis 2010 Feb;19(2):32-5.
- (4) Lawrence M, Olesen F. Indicators for quality in health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103-8.
- (5) Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000;51:1611-25.
- (6) Neeleman-van der Steen CWM, Braspenning J, Hendriks HJM, Nijkraake MJ, Rutten GMJ, Dulmen S, et al. Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen. Een Handleiding (concept). Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare; 2009 Sep.
- (7) Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie voor Patientervaringen (PE): de PE vragenlijst versus de Consumer Quality Index (CQI). Nijmegen: IQ healthcare UMC St Radboud; 2009.
- (8) Braspenning J, Hermens R, Calsbeek H, Grol R. Kwaliteit en veiligheid in de zorg: de rol van indicatoren. In: Grol R, Wensing M, editors. Implementatie. Effectieve verbetering van de patientenzorg. 4 ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2010.
- (9) Braspenning JCC, Hermens RPMG, Wollersheim H, Grol RPTM. Meten van (veranderingen in) de zorg: de rol van de indicatoren. In: Grol RPTM, Wensing M, editors. Implementatie. Effectieve verbetering van de patientenzorg. third ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006. p. 153-79.
- (10) Schwartz M, Ash AS. Matching the Method to the Purpose. Expert commentary: The National Quality Measures Clearinghouse. http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/expert/expert_commentary.aspx 2008 Available from: URL: http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/expert/expert_commentary.aspx
- (11) Sixma H, Hendriks M, Boer Dd, Delnoij DMJ. Handboek CQI Meetinstrumenten (deel 1 tot 4). Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg; 2009 Dec.
- (12) Boer Dd, Veenhof C, Delnoij DMJ. CQ Index Fysiotherapie, versie 2.3: psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg / NIVEL; 2009.
- (13) 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.

- (14) Rutten GMJ, Degen S, Nijhuis-van der Sanden MWG, Oostendorp RAB. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaF2). Apecifieke nekpijn, Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare; 2007 Nov.
- (15) 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).
- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) Kruidenier LM, Nicolai SP, Hendriks EJ, Bollen EC, Prins MH, Tejjink JA. Supervised exercise therapy for intermittent claudication in daily practice. *J Vasc Surg* 2009 Feb;49(2):363-70.
- (19) Nijkrake MJ, Keus SH, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JC, Oostendorp RA, et al. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009 Jun;45(2):239-45.
- (20) Nijkrake MJ, Keus SH, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JC, Oostendorp RA, et al. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009 Jun;45(2):239-45.
- (21) Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit? *Phys Ther* 2010 May 20.

Bijlagen

Bijlage I: Samenstelling stuurgroep, projectgroep en projectteam

Stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie

Doel: Commitment op bestuursniveau, goedkeuren
Frequentie overleg: 1x per 1 a 2 maanden
Deelnemers: Bestuurlijk vertegenwoordigers van KNGF, ZN, IGZ/ZiZo, NPCF, Consumentenbond (agendalid). VWS is toevoerder.

Projectgroep

Doel: voorbereiden stuurgroep, discussievoering
Frequentie overleg: 1x per 1 a 2 maanden
Deelnemers: vertegenwoordigers van KNGF, ZN, IGZ/ZiZo, NPCF, VWS.

Werkgroep

Doel: uitvoering:

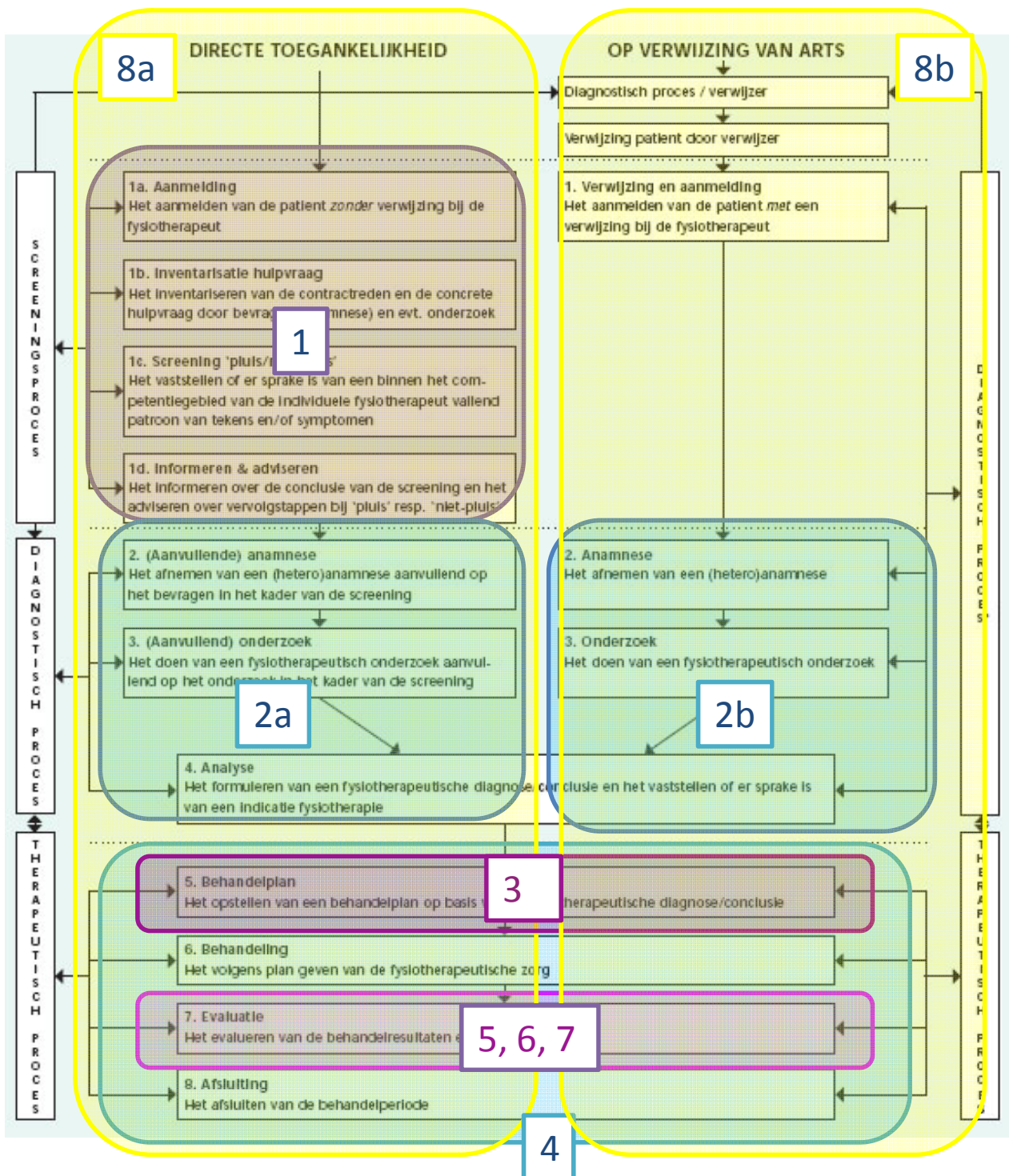
- Maken en bewaken van (inhoudelijke) afspraken
- Bewaken van het tijdsplan
- Behalen van de beoogde resultaten
- Afstemming met projectleiding ZiZo (overleg ZiZo en KNGF : maandelijks)

Frequentie overleg: wekelijks telefonisch, maandelijks met hele team.
Deelnemers: KNGF (algemeen projectleider), IQ healthcare UMC St Radboud, ITS Radboud Universiteit Nijmegen

Bijlage II: Lijst met afkortingen

CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CQ, CQI, CQ-index	Consumer Quality index
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
FH	Fysiotherapeutisch Handelen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ healthcare	Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg (Scientific Institute Quality of Healthcare)
ITS	Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PE	Patiëntervaringen
POEI	Praktijkorganisatie en Etalage-informatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZiZo	Zichtbare Zorg

Bijlage III: Aangrijpingspunten Indicatoren van het fysiotherapeutische handelen in het zorgverleningsproces



Bijlage IV: Functionaliteiten Kwaliefy meetsysteem

Webportaal & autorisatie

Wanneer naar de website www.kwaliefy.nl wordt genavigeerd, komt een gebruiker binnen op het portaal. Het portaal kent verschillende functionaliteiten die al dan niet na autorisatie (rolbepaling) van de gebruiker toegankelijk zijn. Niet geautoriseerde functionaliteiten zijn publiek toegankelijk, geautoriseerde functionaliteiten alleen voor personen waarvan de identiteit bij de beheerorganisatie bekend is: Dit zijn aangemelde contactpersonen van een praktijk, deelnemende fysiotherapeuten, deelnemende patiënten en helpdeskmedewerkers van ITS, IQ healthcare en KNGF. Autorisatie van de gebruiker vindt plaats door gebruik te maken van beveiligde inlogcodes. Informatie die publiekelijk toegankelijk is, kan dus zonder inlogcode benaderd worden.

Functionaliteiten

Geautoriseerde functionaliteiten binnen het portaal zijn

- Aanmelden: van praktijk, contactpersoon en deelnemende fysiotherapeuten (door geautoriseerd contactpersoon; per brief of mail is inlogcode verstrekt)
- Genereren informatiefolders voor patiënten (door geautoriseerd fysiotherapeut)
- Benaderen en invullen van de vragenlijsten (allen opgemaakt in NetQ):
- fysiotherapeutische handelen (door geautoriseerd fysiotherapeut)
- Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (door geautoriseerd contactpersoon praktijk)
- Patiëntervaringen (door geautoriseerd patiënt)
- Online bekijken en printen (pdf) van de eigen feedbackrapportage op fysiotherapeutniveau (alleen door geautoriseerd fysiotherapeut)
- Online bekijken en printen (pdf) van de praktijk feedbackrapportage (alleen door geautoriseerde fysiotherapeuten werkzaam in betreffende praktijk)
- Benaderen van de procesmonitor (door geautoriseerd helpdeskmedewerker)
- Benaderen van diverse *downloads* (poster voor praktijk, nieuwsbrieven, pdf van de vragenlijsten voor patiëntervaringen, presentaties et cetera)
- Genereren feedbackrapportage

Niet geautoriseerde functionaliteiten binnen het portaal zijn:

- Zoeken naar veelgestelde vragen (inhoudelijk, technisch/praktisch, feedback)
- Benaderen van de helpdesk per e-mail

Oefenen met de applicatie

Er is ook een applicatie gemaakt om het Kwaliefy meetsysteem te leren kennen en ermee te oefenen, met name voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen. Het testportaal was identiek aan de originele webapplicatie, echter de data hiervan werden niet bewaard en er was dus ook geen functionaliteit voor het genereren van feedback. In de periode van 15 juli tot 1 september 2009 kon hierop worden geoefend.

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Onze ambities

- Uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Bij een internationale visitatie werd IQ healthcare neergezet als 'excellent' en 'world leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.
- Verzorgen van onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Ondersteunen van zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en patiëntenorganisaties, instellingen, zorgverzekeraar en overheden bij de implementatie van optimale patiëntenzorg.

IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Het instituut is actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, de intra- en transmurale zorg, paramedische wetenschappen, verplegingswetenschap en ethiek. In het instituut werken ruim 120 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling van artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers en ethici.

Belangrijke thema's

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

Contact

IQ healthcare
UMC St Radboud
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
www.iqhealthcare.nl

Telefoon: 024 36 15 305
Fax: 024 35 40 166
Email: info@iq.umcn.nl

Bezoekadres: Geert Groteplein 21, route 114 Nijmegen.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

- Ontwikkelen van publieke kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie (PIF)
- Implementatie onderzoeken naar KNGF-richtlijnen met daarbij het meten van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen volgens KNGF-richtlijnen (PROKWAF)
- Het ontwikkelen van een web-based registratiesysteem voor de eerstelijns fysiotherapie (inclusief feedbackrapportage).
- Het opzetten van de NHG-Praktijkaccreditering (expertise vooral op de inhoud van het model)
- Vaststellen van de publieke indicatoren voor de huisartsenzorg.
- Uitwerken van een model voor 'pay-for-performance' in de huisartsenpraktijk.
- Publieke indicatoren eerstelijnszorg bij diabetes mellitus (Voorhoede)

Publicaties

- Neeleman-van der Steen CWM, van de Ven G, Krol MW, de Bie RA, Oostendorp RAB, Braspenning JCC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie (Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie). Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare/CEBP 2009.
- Neeleman-van der Steen CWM, Braspenning J, Hendriks HJM, Nijkrake MJ, Rutten GMJ, Dulmen S, et al. Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen. Een Handleiding (concept). Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare; 2009 Sep.
- Van Dulmen S, Schlieff A, Oostendorp R, Nijhuis- van der Sanden. Eindrapport Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie-3 (ProKwaF-3). Nijmegen: IQ healthcare 2009.
- Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit? Phys Ther 2010
- van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol, R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Vier klinimetrische criteria. Huisarts Wet 2010, 53(3): 141-6.
- Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, Klomp M, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk. Een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen, IQ healthcare, 2009.
- Calsbeek H, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijnszorg voor mensen met (het risico op) diabetes mellitus. Deel 2 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute Zorg -publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2009.