

Kwaliteitsindicatoren
Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy)
Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010



KwaliteitsIndicatoren
Eerstelijns Fysiotherapie

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

Nijmegen, november 2010

Auteurs

Drs. CWM Neeleman-van der Steen
Drs. MW Krol
Dr. R Feskens
Dr. H Calsbeek
Dr. JCC Braspenning

Nijmegen, november 2010

ISBN 978-90-76316-76-5

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, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning JC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010. 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	5
REFERENTIESCORES BASISSET KWALITEITSINDICATOREN FYSIOTHERAPIE 2009-2010. 7	
KERNBOODSCHAPPEN EN AANBEVELINGEN	8
SAMENVATTING.....	11
1. INLEIDING	13
2. METHODE	14
2.1 Populatie	14
2.2 Het kwaliteitssysteem Kwaliefy	14
2.3 Procedure en communicatie met deelnemers.....	16
2.4 Procesevaluatie	18
2.5 Analyses.....	18
3. RESULTATEN	22
3.1 Respons deelname	22
3.2 De indicatoren: beschrijving, scores en casemix	23
3.2.1 Indicatoren van het Fysiotherapeutische Handelen.....	24
3.2.2 Indicatoren van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	30
3.2.3 Indicatoren over de Patiëntervaringen	33
3.3 Eigenschappen van het meetinstrument.....	38
3.3.1 Fysiotherapeutisch Handelen.....	39
3.3.2 Praktijkorganisatie en Etalage-informatie	41
3.3.3 Patiëntervaringen.....	42
3.4 Procesevaluatie.....	43
4. DISCUSSIE.....	47
Literatuur.....	53
BIJLAGEN	55
BIJLAGE I: Samenstelling stuurgroep, projectgroep en projectteam	56
BIJLAGE II: Lijst met afkortingen.....	57
BIJLAGE III: Aangrijpingspunten Indicatoren van het fysiotherapeutische handelen in het zorgverleningsproces	58
BIJLAGE IV: Functionaliteiten Kwaliefy meetsysteem	60

Op te vragen bij eerste auteur:

- Voorbeeld Feedbackrapport fysiotherapeut en praktijk
- Volledige beschrijving resultaten procesevaluatie
- Schoningsregels en verwerkingsregels
- Uitgebreide cijfermatig overzicht eigenschappen meetinstrument

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 praktijklocaties fysiotherapie 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 (ZiZo) 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, waarvoor twee metingen zijn uitgevoerd (september-november 2009 en april-juli 2010).

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 fysiotherapeutische zorg 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, november 2010

REFERENTIESCORES BASISSET KWALITEITSINDICATOREN FYSIOTHERAPIE 2009-2010

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	95	42	100
2a	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF	91	0	100
2b	Methodisch is gehandeld tijdens diagnostisch proces bij verwezen patiënten	89	33	100
3	Methodisch is gehandeld bij vaststellen doelen	99	0	100
4	Methodisch is gehandeld tijdens therapeutisch proces	96	0	100
5a	Behandelresultaat is vastgesteld	95	6	100
5b	Behandelresultaat alleen subjectief vastgesteld	49	0	100
5c	Behandelresultaat alleen objectief vastgesteld	21	0	100
5d	Behandelresultaat zowel objectief als subjectief vastgesteld	26	0	100
6	Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald	86	25	100
7	Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald	87	0	100
8a	Het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de DTF patiënt	94	16	100
8b	Het fysiotherapeutisch handelen is besproken met en akkoord bevonden door de verwezen patiënt	95	29	100
Thema Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI):				
9	Mate van beschikbaarheid etalage-informatie	71	0	100
10	Mate waarin veiligheidproblemen worden opgespoord en opgelost	76	0	100
11	Mate waarin activiteiten plaatsvinden ten behoeve van het kwaliteitsbeleid	63	0	100
12	Mate van (multidisciplinaire) professionele samenwerking	68	0	100
13	Mate waarin vertrouwelijkheid van patiëntgegevens is gewaarborgd	47	0	100
Thema Patiëntervaringen (PE):				
14	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	94	79	100
15	Accommodatie	97	67	100
16	Communicatie en informatie	93	68	100
17	Bejegening	96	71	100
18	Samenwerking	87	33	100
19	Zelfstandigheid	88	42	100
20	Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)	84	67	100
21	Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	90	73	100
22	De behandelperiode	94	71	100
23	Patiëntenrechten	88	60	100

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

² minimum- en maximumscore, gebaseerd op praktijklocaties met ≥ 15 geretourneerde vragenlijsten

KERNBOODSCHAPPEN EN AANBEVELINGEN

Kernboodschappen

1. In 2009/2010 heeft op vrijwillige basis 49% van de eerstelijns praktijklocaties aan Kwaliefy deelgenomen, waarin 80% van de eerstelijns fysiotherapeuten werkzaam is. Deze praktijklocaties hebben gegevens aangeleverd voor de basisset van 23 Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie en zij hebben feedback ontvangen, waarin de locatiescores konden worden vergeleken met de landelijke scores.
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 landelijk gemiddelde praktijkscores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 21% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 47% tot 76% en over de Patiëntervaringen van 84% tot 97%. De patiënten zijn over het algemeen erg tevreden over de fysiotherapeutische zorg en de praktijklocaties onderscheiden zich nauwelijks op dit punt.
3. Het meetinstrument bevat inhoudsvalide indicatoren. Het onderscheid tussen de diverse praktijklocaties kan gemaakt worden met een nauwkeurigheid van 5% (onderscheidend vermogen). Met andere woorden, als de verschillen kleiner zijn dan 5% dan spreken we van een niet betekenisvol onderscheid tussen praktijklocaties.
4. Het verzamelen van gegevens kost veel tijd, in totaal ongeveer één werkdag voor een deelnemende fysiotherapeut. Het verkrijgen van gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen vanuit het elektronische patiëntendossier (EPD) zal op termijn aanlevering van gegevens vergemakkelijken en de betrouwbaarheid doen toenemen. Aangezien nog niet iedere fysiotherapeut met een EPD werkt, blijft de huidige *web-based* gegevensverzameling nodig om het systeem voor een ieder toegankelijk te maken.
5. De feedback op locatie- en therapeutniveau wordt erg op prijs gesteld en zet praktijklocaties aan tot verbeteracties. Tachtig procent 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, et cetera).
6. Gebaseerd op de berekeningen van de betrouwbaarheid in combinatie met de haalbaarheid is een aantal van 25 vragenlijsten per therapeut (thema fysiotherapeutisch handelen) voldoende. Hoewel een aantal van ten minste 75 patiënten per praktijklocatie voor dit thema ideaal is, kan bij de huidige *web-based* gegevensverzameling op basis van de gemiddelde praktijkgrootte worden aangestuurd op 25 patiënten per therapeut als criterium voor voldoende deelname.
7. Met de basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie en het bijbehorende kwaliteitssysteem is een belangrijke 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. Ook moet er aandacht zijn en blijven voor het beheer en de interpretatie van de gegevens. Doorontwikkeling verdient aanpak met betrokkenheid van alle *stakeholders* en de uitvoerende partijen.

Aanbevelingen

Aanpassingen indicatoren Fysiotherapeutisch Handelen

Op basis van de studie (3) waarin operationalisaties van de indicatoren zijn gemaakt die geschikt zijn voor de EPD's, stellen wij de volgende aanpassingen voor (zie ook bijlage V):

- a. Indicator 1 en 2 (methodisch gehandeld tijdens screening en diagnostisch proces) worden samengevoegd vanwege de logica. Het onderscheid tussen patiënten met een verwijzing en DTF patiënten blijft bestaan.
- b. Indicator 6 en 7 (beoogd behandelresultaat behaald, subjectief respectievelijk objectief) worden samengevoegd, waarbij het onderscheid tussen subjectief en objectief wordt losgelaten, omdat de impliciete gedachte dat behaalde resultaten altijd objectief moeten worden vastgesteld niet houdbaar is.
- c. In zijn algemeenheid wordt het gebruik van meetinstrumenten aanbevolen (diagnose of evaluatie), daarom is het voorstel om hier een aparte indicator van te maken.
- d. In een EPD zijn minder items geschikt om indicator 8 (fysiotherapeutisch handelen besproken met en akkoord bevonden door patiënte) te berekenen. Eventueel kunnen in de vragenlijst patiëntervaringen vragen over ervaren overleg opgenomen worden.

EPD gerelateerd

Voor het uitvragen van het Fysiotherapeutisch handelen met behulp van een EPD moet nog een aantal stappen worden doorlopen:

- a. Training voor fysiotherapeuten aangaande het registratiegedrag wordt aanbevolen.
- b. Het testen van extractieprogrammatuur voor alle aanbieders, zodat optimalisatie ervan voor zo min mogelijk meetfouten zorgt.
- c. Omzetting van de gegevens uit de EPD's in Kwaliefy indicatoren met daaraan gekoppeld een toets om na te gaan in welke mate de uitvoering geslaagd is. Bijvoorbeeld door middel van vignetten (patiëntbeschrijvingen).
- d. Een pilot gegevensverzameling in een aantal fysiotherapiepraktijklocaties en een vergelijking van de web-based vragenlijsten met de extractiegegevens uit de EPD's ten behoeve van een betrouwbaarheidstoets.

Patiëntervaringen

Op basis van de resultaten uit dit rapport stellen we de volgende aanbevelingen voor:

- a. Verder onderzoek naar eventuele reductie van het aantal vragen van de vragenlijst Patiëntervaringen (onderscheidend vermogen, samenvoegen van indicatoren)
- b. (Verder) onderzoek naar (mogelijke) verschillen tussen meetbureaus.
- c. Het aanpassen/geschikt maken van de vragenlijst voor de geriatrische patiënten.
- d. Het verbeteren van de koppeling met meetbureaus voor de CQ-index om praktijklocaties van juiste feedback te kunnen voorzien.

Interpretatie, onderhoud en beheer

Door het verkregen inhoudelijk inzicht te combineren met het veldwerk van KNGF, IQ healthcare en ITS, de contacten met fysiotherapeuten, andere stakeholders (zoals patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, inspectie) en de gebruikers van de openbare dataset, worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- a. Voor het vergelijken van scores tussen praktijklocaties wordt bij indicator 5 vooralsnog aanbevolen om alleen 5a (behandelresultaat is vastgesteld) te gebruiken; voor de onderdelen 5b (behandelresultaat is subjectief vastgesteld), 5c (behandelresultaat is objectief vastgesteld) en 5d (behandelresultaat is zowel subjectief als objectief vastgesteld) zijn

dusdanig veel cases nodig om een verschil van 5% tussen praktijklocaties aan te kunnen tonen dat deze zich minder goed lenen voor vergelijkingsdoeleinden. Deze uitsplitsing leent zich wel goed voor opname in de feedbackrapporten ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering.

- b. Indicatoren hebben een signalerende functie. Aanbevolen wordt om over de interpretatie in gesprek te gaan met alle belanghebbenden om de juiste kwaliteitsverbeteringen te initiëren. Op praktijkniveau is soms sprake van nuanceringen die de indicatorscores in een ander licht plaatsen. Soms in de vorm van een verklaring die mogelijk uitdrukking geeft aan een betere kwaliteit van zorg.
- c. Onderhoud van de set op basis van huidige inzichten (inhoudelijk en klinimetrisch), die besproken (moeten) worden in paneldiscussie(s) met inhoudsdeskundigen en stakeholders, ruim voordat een nieuwe meting plaatsvindt. Bijvoorbeeld het bediscussiëren van aanpassingen van indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen ten behoeve van extractie uit het EPD, het inkorten van de vragenlijst patiëntervaringen, het bediscussiëren van de toepasbaarheid, scheefheid en spreiding gerelateerd aan het belang van enkele indicatoren bij Praktijkorganisatie en Etalage-informatie.
- d. Verder onderzoek naar het gebruik van de 23 indicatoren en de gevolgen daarvan wordt aanbevolen om zodoende meer inzicht te krijgen in de (omvang van de) daadwerkelijke verbeteracties.
- e. Aanbevolen wordt om de basisset uit te breiden met aandoeningspecifieke indicatoren zodra het werken met de EPD's goed is ingevoerd.
- f. Partijen die werken met de openbare data hebben regelmatig behoefte aan ondersteuning bij de interpretatie ervan. Het systeem voor terugkoppeling van vragen uit het veld, de veelgestelde vragen en de 'lees mij' informatie bij de openbare dataset moet hierop continu kunnen worden aangepast. Hierbij worden inhoudelijke, technische en organisatorische rollen onderscheiden, waardoor een multidisciplinaire aanpak vereist is. Een luikfunctie voor alle datasets kan hieraan ook een bijdrage leveren.
- g. Optimaliseren van de unieke identificatie van praktijklocaties en therapeuten.

SAMENVATTING

Doel

Testen van de haalbaarheid van de landelijke uitrol van de basisset Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy), testen van de klinimetrische eigenschappen en het meten van de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie.

Methode

Alle eerstelijns praktijklocaties fysiotherapie werden benaderd deel te nemen aan Kwaliefy, eerst in september-november 2009, later nogmaals in april-juni 2010. De fysiotherapeuten werden verzocht om met *web-based* vragenlijsten gegevens te verzamelen over het Fysiotherapeutisch Handelen (van 30 patiënten per fysiotherapeut) en over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (1 maal per praktijk). Tevens werd aan 30 patiënten per fysiotherapeut gevraagd naar hun ervaringen. Degenen die reeds in 2009 hadden deelgenomen, konden hun gegevens meenemen in de meting van 2010. 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 beide keren geëvalueerd middels een schriftelijke enquête onder 200 fysiotherapeuten en een telefonische enquête onder 39 praktijklocaties (2009). Daarnaast zijn vragen en opmerkingen aan de helpdesk benut.

Resultaten

In totaal heeft 49% van de eerstelijns praktijklocaties (n=3.593), waarin 80% van de eerstelijns fysiotherapeuten (n=10.395) werkzaam is, deelgenomen aan Kwaliefy. De kwaliteitsinformatie over het Fysiotherapeutisch Handelen betreft 293.413 patiënten, de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie 3.553 praktijklocaties en de Patiëntervaringen 243.707 patiënten. Hoe hoger de score, hoe meer kwaliteit er wordt geleverd. De landelijke gemiddelde praktijkcores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 21% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 47% tot 76%; en over de Patiëntervaringen van 84% 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 tussen praktijklocaties van 5% haalbaar, dat wil zeggen dat verschillen van 5% of meer als betekenisvol kunnen worden gedeut. Deelname kostte de fysiotherapeut gemiddeld een werkdag. De procesevaluatie liet zien dat deze tijdsinvestering een belemmerende factor is, vooral bij het thema Fysiotherapeutisch Handelen (79%). Patiënten en fysiotherapeuten vinden bovendien de vragenlijst voor de Patiëntervaringen lang. De feedback daarentegen werd zeer op prijs gesteld (84%); 80% van de praktijklocaties zegt met verbeterplannen aan de slag te gaan of zijn gegaan.

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. Momenteel wordt onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen uniform uit patiëntendossiers kunnen worden geëxtraheerd. 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 belangrijke stap gezet op weg naar uniforme transparantie. Het systeem en de indicatoren moeten worden gezien als een dynamisch model dat onderhoud en bijstelling verdient, evenals aandacht voor interpretatie en beheer, 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 praktijklocaties (2) werd de set vastgesteld door de stuurgroep ZiZo 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*) heeft de landelijke uitrol van het kwaliteitsindicatorensysteem in het najaar van 2009 en voorjaar van 2010 plaatsgevonden. De projectorganisatie is opgenomen in Bijlage I.

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 in lijn met 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.

Fysiotherapiepraktijklocaties 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) behandelruimtes. 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. Een fysiotherapiepraktijk kan uit meerdere locaties bestaan. De berekeningen voor Kwaliefy vinden plaats op het niveau van de praktijklocatie.

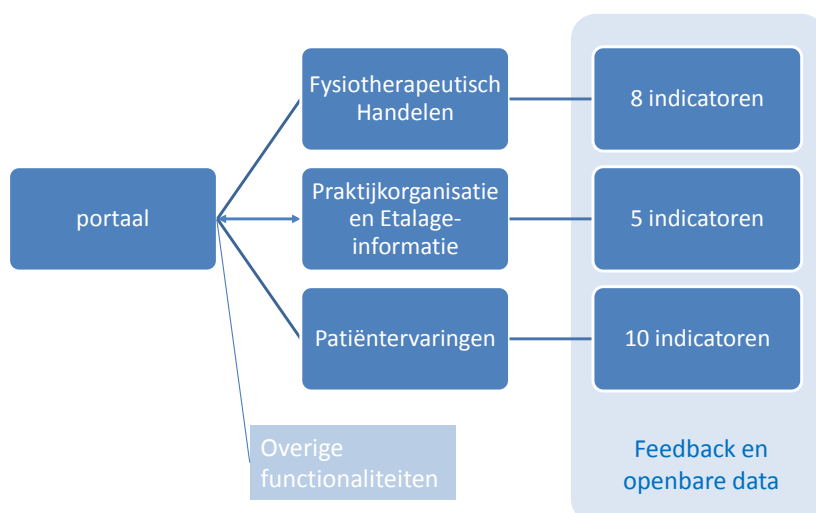
In juni 2009 en later nogmaals in maart 2010 werden alle eerstelijns praktijklocaties benaderd om deel te nemen aan het Kwaliefy project. Deze zijn door het KNGF aangeschreven per brief en per e-mail; een brochure was bijgevoegd. Het ledenbestand van het KNGF (zo'n 13.000 fysiotherapeuten verdeeld over ongeveer 7.200 praktijklocaties¹) is hiervoor geraadpleegd.

2.2 Het kwaliteitssysteem Kwaliefy

Dataverzameling

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 zorgverleningproces van de fysiotherapeut. De vragenlijst Patiëntervaringen (volwassenenversie) is identiek aan de CQ-index fysiotherapie. In 2009 is de CQ-index afgestemd op de vragenlijst Patiëntervaringen (7). Bij Kwaliefy is tevens gebruik gemaakt van twee subversies, namelijk voor adolescenten en ouders van kinderen.

Voor het aanleveren van de gegevens is een webapplicatie ontwikkeld met een portaalfunctie, die ook gebruikt is voor de feedbackrapportage (zie figuur 1).



Figuur 1: Overzicht van het kwaliteitssysteem Kwaliefy.

¹ Gebaseerd op bij KNGF bekende praktijklocaties (leden, Big-register) in juni 2009: 7.199 praktijklocaties, maart 2010: 7262 praktijklocaties (beide tijdstippen ongeveer 13.000 fysiotherapeuten).

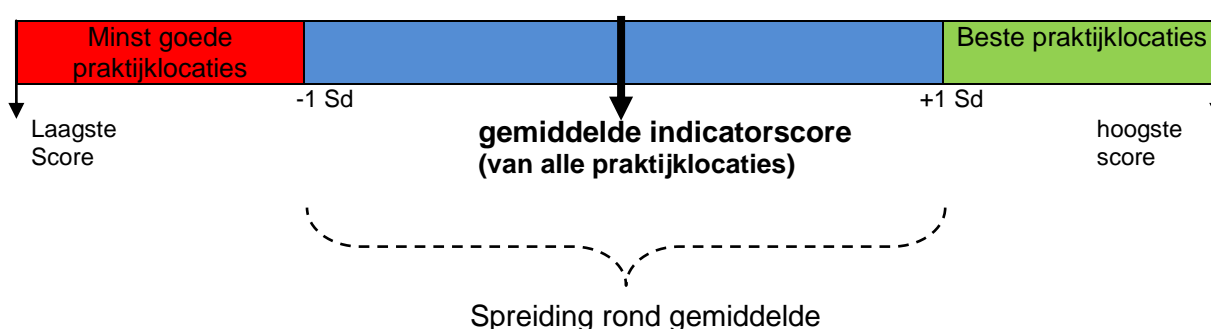
Indicatoren

Op basis van de vragenlijsten zijn 23 indicatoren berekend. Tussen de meting van 2009 en 2010 is het meetinstrument enigszins aangepast voor indicator 5 over het vaststellen van het behandelresultaat en voor indicator 12 over de professionele samenwerking. Voor beide aanpassingen hoefden geen extra vragen te worden gesteld. Indicator 5 is in vier onderdelen uitgewerkt: het behandelresultaat is vastgesteld (overall; 5a); alleen subjectief vastgesteld (5b), alleen objectief vastgesteld (5c), en zowel subjectief als objectief vastgesteld (5d). Indicator 12 is gesplitst in interne overlegvormen (12a) en externe overlegvormen (12b), omdat de vragen over intern overleg niet van toepassing zijn op solopraktijken. Bij de huidige uitvoer bestaat indicator 12 voor solisten uit zes items en voor meermanspraktijken uit twaalf items.

Feedback

Over de 23 indicatoren is twee keer feedback gegeven. De eerste feedbackrapportage werd gegeven aan individuele therapeuten en ging over de 8 indicatoren van het fysiotherapeutisch handelen en over de patiëntervaringen (10 indicatoren). De therapeuten kregen behalve hun eigen indicatorscores ook de itemscores (de scores van de vragen van elke indicator) te zien. Deze feedback was tevens een technische check of het inlezen van de data en het berekenen van de indicatoren goed verliep. Indien noodzakelijk konden op dat moment nog wijzigingen in de toepassing van de verwerkingsregels worden aangebracht. De tweede feedbackrapportage (of spiegelrapportage) werd op het niveau van de praktijklocatie gegeven. Opgenomen waren algemene gegevens van de praktijklocatie (bijvoorbeeld het aantal ingevulde vragenlijsten, de gemiddelde leeftijd van de patiënten), indicatorscores op alle drie de thema's en landelijke referentiecijfers. De praktijkscore kreeg een kleur (groen, blauw of rood): een groene kleur gaf een sterk positieve afwijking aan (namelijk de score boven het landelijk gemiddelde plus een standaard deviatie (gem +1 Sd)) en een rode kleur een sterk negatieve afwijking (score onder het landelijk gemiddelde minus een standaarddeviatie (gem - 1 Sd)). De kleur blauw gaf de spreiding (met 1 Sd) rond het gemiddelde aan, zie Figuur 2. Een fictief voorbeeld van de feedback op locatieniveau met de scores op alle 23 indicatoren is op te vragen bij de eerste auteur.

Aan de praktijklocaties is geadviseerd de scores van het tweede feedbackrapport nauwkeurig te bekijken, er met collega's over te praten en indien nodig op basis van de feedback een verbeterplan te maken. Indien wenselijk, konden individuele rapportages naast het praktijklocatierapport worden gelegd, zodat meer inzicht en aanknopingspunten voor verbetering werden verkregen.



Figuur 2: uitgangpunten bij de aan indicatorscores gekoppelde kleuren

Openbare data

Na de verspreiding van en reacties op de feedbackrapporten werd de openbare dataset gereed gemaakt. In de openbare dataset waren opgenomen:

- Identificatiegegevens voor de praktijklocaties;
- De 23 indicatorscores van de praktijklocaties, alsmede de het aantal cases (noemer) voor de betreffende indicator), en de betrouwbaarheid (voldoet het aantal cases bij de betreffende indicator aan de minimale n voor een onderscheidend vermogen van 5%);
- Landelijke referentiecijfers van de 23 indicatoren (i.e. 23 gemiddelde indicatorscores);
- Etalage-informatie van de praktijklocaties (openingstijden, behandeling aan huis, specialisaties, aantal fysiotherapeuten, prijslijst, keurmerk et cetera).

Bij de openbare dataset hoorde een codeboek en een 'lees mij' bestand waarvan gebruikers kennis dienden te nemen. Hierin waren aanwijzingen ter verduidelijking van de interpretatie van de gegevens opgenomen.

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 de webapplicatie Kwaliefy genoemd. Tegelijk met het toekennen van een inlogcode werd instemming gevraagd met het publiekelijk beschikbaar stellen van de gegevens.

Via diverse communicatiekanalen (zie Tabel 1) is aangegeven dat landelijke uitrol zou gaan plaatsvinden en dat praktijklocaties zich konden aanmelden op de website www.kwaliefy.nl.

In juni 2009 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.

Deelnemende fysiotherapeuten werden 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 dienden bekend te zijn met de geleverde zorg die in de basisset van indicatoren is beschreven en uitbehandeld of –bij langdurige klachten- al langer in behandeling te 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 gevraagd te worden voor deelname. Patiënten ontvingen een informatiefolder van hun fysiotherapeut met daarin een unieke code waarmee ze konden inloggen in het webportaal.

Bovendien dienden de patiënten voor deze thema's een afspiegeling te zijn van de praktijkpopulatie van de fysiotherapeut (o.a. kortdurende versus langdurige klachten).

Aangezien de meetperiodes van 2009 en 2010 dicht op elkaar zaten, konden praktijklocaties hun gegevens van 2009 accorderen op locatieniveau. Dit wil zeggen dat ze, indien gewenst, de verzamelde data van 2009 konden meenemen naar 2010. Voor de thema's 'fysiotherapeutisch handelen' en 'patiëntervaringen' werd het aantal aangeleverde lijsten zichtbaar gemaakt; indien het juiste aantal vragenlijsten in 2009 niet was gehaald kon dit worden aangevuld. De vragenlijst 'praktijkorganisatie en etalage-informatie' diende te worden geactualiseerd en kon daarna worden geaccordeerd. Praktijklocaties konden er ook voor kiezen alles opnieuw aan te leveren.

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

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 steeds ruim twee maanden de tijd om de gegevens aan te leveren (1 september - 8 november 2009 en/of 15 april - 1 juli 2010). Geadviseerd is om 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, dat scheelt tijd').

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 de respectievelijke onderzoeksinstituten 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-news, 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 regiorondgangen	Fysiotherapeuten	Informereren
Inhoudelijke brochure met uitleg over project en logistiek	Fysiotherapeuten	Werving praktijklocaties
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	Informereren over voortgang
Helpdesk	Patiënten en deelnemende fysiotherapeuten	Informereren, communiceren, problemen oplossen
Fysio-e-news	Alle fysiotherapeuten	Informereren
Fysiopraxis	Alle belanghebbenden	Informereren
Website KNGF	Alle fysiotherapeuten en belanghebbenden	Informereren, communiceren
Portaal Kwaliefy	Fysiotherapeuten, patiënten	Informereren, communiceren

2.4 Procesevaluatie

Het werken met Kwaliefy is op drie manieren geëvalueerd. Na afloop van beide meetperiodes (2009 en 2010) werd aan 200 deelnemende fysiotherapeuten (steeds één per praktijk) 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 praktijklocaties met een relatief hoge non-respons. In 2010 zijn hiertoe andere praktijklocaties benaderd dan in 2009. 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. Daarnaast zijn 39 praktijklocaties 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, binnengekomen bij de helpdesks van KNGF, IQ en ITS, 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 (idealiter) 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 landelijke referentiecijfers (*benchmarks*) te bepalen is van alle praktijkcores de gemiddelde indicatorscore berekend, 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).²

Eigenschappen van het meetinstrument

Het meetinstrument bestaat uit indicatoren die gebaseerd zijn op gegevens afkomstig uit vragenlijsten. Op basis van de aangeleverde gegevens is een aantal eigenschappen van het meetinstrument onderzocht, namelijk 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 *inhoudvaliditeit* van de globale antwoordcategorieën (ten behoeve van de indicatorscore) is de relatie tussen beide berekend (Pearson correlatie).

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).

² De landelijke referentiecijfers zijn gebaseerd op praktijklocaties waarvan ten minste 15 vragenlijsten waren aangeleverd voor FH en PE. Dit is een pragmatische keuze. Statistisch gezien zou uitgegaan moeten worden van het aantal patiënten dat per praktijk nodig is (power) om tot een betrouwbare uitspraak (precisie) over de scores van die praktijk te komen. Hier is echter van afgezien vanwege de verschillende benodigde aantallen per indicator. Bovendien zou de representativiteit van de populatie sterk in het geding komen, doordat vrijwel geen solisten en kleinere meermanspraktijken zouden kunnen worden meegenomen en de landelijke benchmark aldus gebaseerd zou zijn op enkel grote meermanspraktijken.

Betrouwbaarheid

Voor betrouwbaarheid worden meerdere criteria gehanteerd. Ten eerste moeten de inter-item correlaties van de indicatoren niet te hoog zijn. Ten tweede moet de indicator betrouwbaar zijn om uitspraken over praktijklocaties te doen en onderling te kunnen vergelijken.

Voor de reflectieve indicatoren (schalen bestaande uit meerdere items: indicator 6, 7, 14 t/m 20, 23) zijn de inter-item correlaties berekend (Pearson); als deze hoger zijn 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).

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/Qualizorg tot andere resultaten heeft geleid dan de gegevens voortkomend uit het Kwaliefy meetsysteem.

Scheefheid

De mate van *scheefheid* in de verdeling van de antwoorden op de vragenlijsten en de indicatorscores is eveneens 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.

Casemix stabiliteit

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

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

Voor het bepalen van de casemix stabiliteit zijn voor die indicatoren die beïnvloed zouden kunnen worden door deze patiëntkenmerken, casemix regressieanalyses uitgevoerd. Het gaat om de volgende indicatoren: indicator 6, 7, 8, 14 t/m 23. Voor de procesindicatoren 1 t/m 5, 8 wordt

casemix stabiliteit niet berekend omdat dat deze processtappen hoe dan ook moeten worden uitgevoerd, ongeacht bepaalde patiëntkenmerken.

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 bepaald 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 groter is dan 0,4 wordt casemix correctie aanbevolen op de betreffende indicatorscore met deze factor.

Verbeterpotentieel

Van verbeterpotentieel is sprake bij scores $< 90\%$. Daarnaast is bij scores $\geq 90\%$ nagegaan hoeveel praktijklocaties buiten de standaarddeviatie onder de mediaan (-1 Sd) liggen. Indien minder dan 10% van de praktijklocaties lager scoorde dan deze mediaan -1 Sd, werd het verbeterpotentieel voor de betreffende indicator aangemerkt als 'weinig'.

3. RESULTATEN

3.1 Respons deelname

Na de wervingsactiviteiten hebben zich in eerste instantie 3.628 praktijklocaties (50% van de eerstelijns praktijklocaties) en 10.897 fysiotherapeuten (84% van de eerstelijns fysiotherapeuten) aangemeld om deel te nemen aan Kwaliefy.³ 3.593 (49%) praktijklocaties en 10.395 fysiotherapeuten (80%) hebben daadwerkelijk data verzameld en feedback gekregen. Per locatie namen gemiddeld 3,0 therapeuten deel (Tabel 2).

Tabel 2 Kenmerken van de participerende praktijklocaties (n=3.565)

Praktijkkenmerk		
Soort praktijk		
Solopraktijk (n=807)	22,7%	
Monodisciplinaire meermanspraktijk (n=1775)	49,9%	
Multidisciplinaire meermanspraktijk (n=974)	27,4%	
Gemiddeld aantal fysiotherapeuten werkzaam in praktijk	4,8	
Gemiddeld aantal fysiotherapeuten deelgenomen per praktijk (FH)	3,0	
Solopraktijken		1,2
Meermanspraktijken (mono & multidisciplinair)		3,6
Gemiddeld aantal fysiotherapeuten deelgenomen per praktijk (PE)	3,0	
Solopraktijken		1,2
Meermanspraktijken (mono & multidisciplinair)		3,5

Voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen zijn gegevens van 293.413 patiënten verzameld in 3.445 praktijklocaties, gemiddeld 85 vragenlijsten per praktijk en 28,2 vragenlijsten per (deelnemende) fysiotherapeut. Na de eerste meting in 2009 was dat 53 per praktijk en 22 per fysiotherapeut.

243.707 patiënten hebben ten behoeve van het thema Patiëntervaringen een vragenlijst ingevuld, gemiddeld 72 vragenlijsten per praktijk en 23,3 vragenlijsten per fysiotherapeut. Na de eerste meting in 2009 was dat 41 per praktijk en 19 per fysiotherapeut. Tabel 3 geeft een overzicht van de patiëntkenmerken per thema. De percentages zijn vergelijkbaar met de LIPZ populatie (13) en geven een representatief beeld van de patiëntenpopulatie van de eerstelijns fysiotherapie.

Tabel 3 Kenmerken van patiënten naar thema Fysiotherapeutisch Handelen (FH; n=293.413) en Patiëntervaringen (PE; n=243.707)

Patiëntkenmerk	FH	PE
% man	43%	40%
Gemiddelde leeftijd (Sd) patiënten in jaren	47,5 (20,8)	47,2 (18,4)
% > 18 jaar	-	92,3%
% adolescenten	-	2,8%
% ouders van kinderen	-	4,9%
% zeer kortdurende klachten (0-9 behandelingen)*	58%	60%
% middellange klachten (9-18 behandelingen)*	26%	26%
% DTF patiënten	41%	37%
in behandeling	85%	
niet in behandeling	15%	
% verwezen patiënten	59%	63%
in behandeling	96%	
Niet in behandeling	4%	

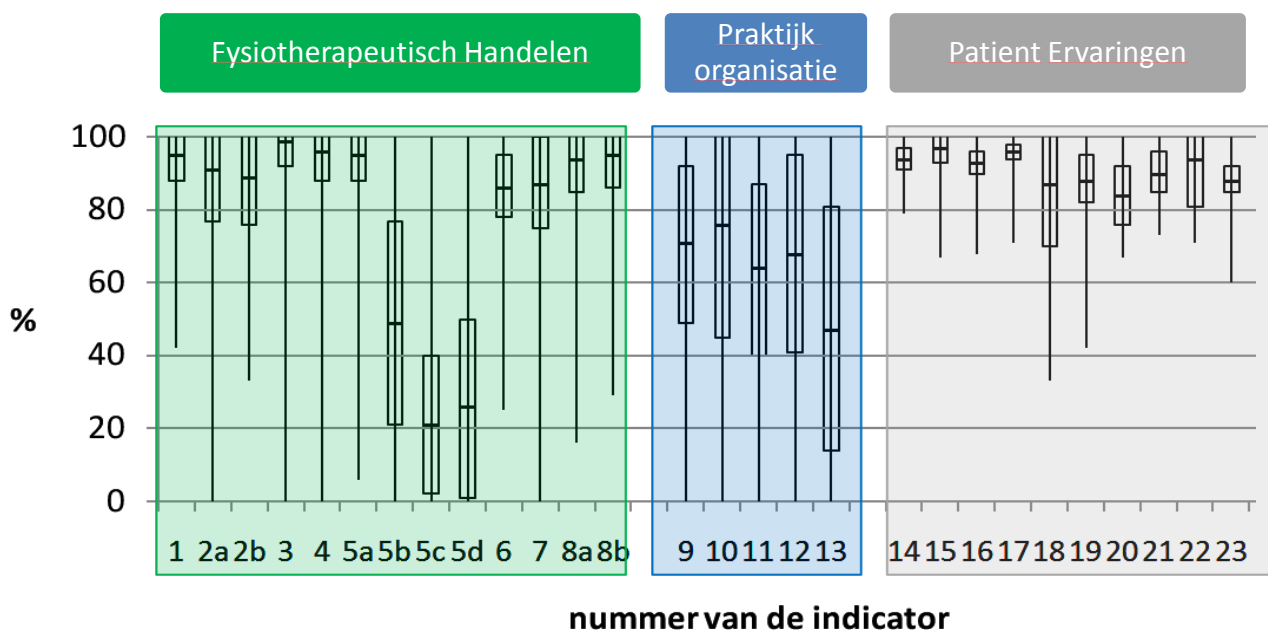
*: voor zover uit dossier te halen

³ Gebaseerd op bij KNGF bekende praktijklocaties (leden, BIG-register) in juni 2009: 7.199 praktijklocaties, in maart 2010: 7.262 praktijklocaties. (ongeveer 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 (9-13) vertonen het grootste verbeterpotentieel.

In onderstaande subparagrafen worden de 23 indicatoren afzonderlijk besproken. De gepresenteerde cijfers zijn gebaseerd op praktijklocaties met ≥ 15 geretourneerde vragenlijsten op de indicatoren van de thema's FH en PE.



Figuur 3: Gemiddelde indicatorscore in %, +/- standaarddeviatie (Sd; bredere balk) en spreiding (minimum-maximum, dunne lijn) voor de indicatoren van het fysiotherapeutisch handelen (groen), praktijkorganisatie en etalage-informatie (blauw) en patiëntervaringen (grijs).

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=108.036
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.468 praktijklocaties)	94,8%
	Minimum en maximumscore	42-100%
	Score - 1 Sd	87,8%
	Score + 1 Sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	94,5-95,1%

Indicator 2a	Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces DTF	
Volledige definitie	Percentage DTF-patiënten bij wie in het diagnostisch proces de fysiotherapeutische diagnose (analyse van functioneringsproblemen, lokalisatie, ernst, onderliggende medische, externe en persoonlijke factoren, beloop en verwacht herstel) is geïnventariseerd en vastgelegd.	
Teller	Het aantal DTF-patiënten bij wie de fysiotherapeutische diagnose volgens de richtlijn is gesteld en in het dossier vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal DTF-patiënten.	N=94.954
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.350 praktijklocaties)	91,0%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	76,5%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	90,4-91,6%

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=156.198
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.743 praktijklocaties)	89,2%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 Sd	76,1%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	88,7-89,7%

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=266.200
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.319 praktijklocaties)	98,9%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	92,3%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	98,7-99,2%

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=263.752
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.317 praktijklocaties)	95,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	88,3%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	95,4-95,9%

Indicator 5	Behandelresultaat vastgesteld	
Volledige definities	5a Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5b Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat alleen subjectief is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5c Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat alleen objectief is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5d Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat subjectief & objectief is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
Tellers	5a Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5b Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat alleen subjectief is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5c Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat alleen objectief (ten minste 1 meetinstrument met scores) is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
	5d Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat (ten minste 1 meetinstrument met scores) subjectief & objectief is geïnterpreteerd en vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten.	N=266.179
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI 5a	Indicatorscore (gebaseerd op 3.319 praktijklocaties)	95,2%
	Minimum en maximumscore	6-100%
	Score - 1 Sd	88,2%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	94,9-95,4%
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI 5b	Indicatorscore (gebaseerd op 3.319 praktijklocaties)	48,6%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	20,7%
	Score + 1 Sd	76,5%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	47,7-49,6%
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI 5c	Indicatorscore (gebaseerd op 3.319 praktijklocaties)	20,8%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	1,5%
	Score + 1 Sd	40,2%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	20,2-21,5%
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI 5d	Indicatorscore (gebaseerd op 3.319 praktijklocaties)	25,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	1,1%
	Score + 1 Sd	50,3%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	24,9-26,5%

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 2.983 praktijklocaties)	86,3%
	Minimum en maximumscore	25-100%
	Score - 1 Sd	77,7%
	Score + 1 Sd	94,8%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	86,0-86,6%
casemix	R ² =0,102 Factor 'leeftijd': bèta -0,177 Factor 'doel bijgesteld': bèta -0,214 Overige factoren: bèta < 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 2.288 praktijklocaties)	87,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	74,5%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	86,8-87,8%
casemix	R ² =0,049 Factor 'Doel bijgesteld': bèta= -0,173 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=82.199
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.186 praktijklocaties)	93,8%
	Minimum en maximumscore	16-100%
	Score - 1 Sd	84,5%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	93,4-94,2%

Indicator 8b	Overleg met verwezen patiënt	
Volledige definitie	Percentage verwezen patiënten bij wie het zorgverleningsproces is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Teller	Aantal verwezen en behandelde patiënten bij wie tijdens het zorgverleningsproces het diagnostische proces, behandeldoelen, therapeutische proces, tussentijdse en eindevaluatie, behandelresultaat, eindevaluatie en afsluiting zijn afgestemd met de patiënt.	
Noemer	Totaal aantal verwezen behandelde patiënten.	N=139.055
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.629 praktijklocaties)	95,1%
	Minimum en maximumscore	29-100%
	Score - 1 Sd	85,8%
	Score + 1 Sd	100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	94,7-95,4%

3.2.2 Indicatoren van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie

Indicator 9	Etalage-informatie beschikbaar	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties 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 kenmerken (doorgaans is dit 6, indien geen behandelingen aan huis worden gegeven is het aantal kenmerken 5).	
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.545 praktijklocaties)	70,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	49,2%
	Score + 1 Sd	92,2%
	95% betrouwbaarheidsinterval	70,0-71,4%

Indicator 10	Veiligheid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties 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) of geldig HKZ-certificaat.	
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.553 praktijklocaties)	76,2%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	44,7%
	Score + 1 Sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	75,2-77,3%
Opmerkingen	Praktijklocaties met een geldig HKZ certificaat scoren automatisch 100% op deze indicator	

Indicator 11	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij jaarlijks procedures worden doorlopen over klachtencommissie, kritische incidenten, patientenforum, update lokale protocollen, kwaliteitsjaarverslag, doelen kwaliteitsverbetering en waar indien nodig actie voor wordt ondernomen.	
Teller	Gewogen gemiddelde van alle kenmerken waarvan rapportage is bijgehouden en zo nodig actie wordt ondernomen.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk 6, bij een solopraktijk 5, omdat daar geen kwaliteitsjaarverslag nodig is).	
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.500 praktijklocaties)	63,5%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	40,1%
	Score + 1 Sd	86,9%
	95% betrouwbaarheidsinterval	62,7-64,3%

Indicator 12	Mate van professionele samenwerking	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij binnen en buiten de praktijk overleg plaatsvindt over aandoeningen, individuele patienten, de samenwerkingsorganisatie.	
Teller	Is er overleg binnen de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patienten, de organisatie & is er overleg buiten de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patienten en samenwerking.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk zijn dit er 12, bij een solopraktijk 6, aangezien solisten geen intern overleg hebben).	
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.540 praktijklocaties)	68,1%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	40,8%
	Score + 1 Sd	95,4%
	95% betrouwbaarheidsinterval	67,2-69,0%

Indicator 13	Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties 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 kenmerken: 8	
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.540 praktijklocaties)	47,1%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score - 1 Sd	13,6%
	Score + 1 Sd	80,6%
	95% betrouwbaarheidsinterval	46,0-48,2%

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 ⁴	Totaal aantal vragen (8).	N=162.432
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.894 praktijklocaties)	93,8%
	Minimum en maximumscore	79-100%
	Score - 1 Sd	90,8%
	Score + 1 Sd	96,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	93,7-94,0%
casemix	R ² =0,047 Factor 'Gezondheid': bèta=0,137 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).	N=160.284
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.879 praktijklocaties)	96,9%
	Minimum en maximumscore	67-100%
	Score - 1 Sd	93,1%
	Score + 1 Sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	96,7-97,0%
casemix	R ² =0,026 Factor 'Gezondheid': bèta=0,119 Overige factoren: bèta < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Patiënten die thuis zijn behandeld worden geëxcludeerd.	

⁴ Voor het thema patiëntervaringen is in deze rij in de tweede kolom steeds het aantal items genoemd waarop de noemer van de indicator betrekking heeft en in de derde kolom het aantal patiënten in de noemer waarop de benchmark is berekend.

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 (10).	N=196.131
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 3.034 praktijklocaties)	93,1%
	Minimum en maximumscore	68-100%
	Score - 1 Sd	89,6%
	Score + 1 Sd	96,6%
	95% betrouwbaarheidsinterval	93,0-93,3%
casemix	R ² =0,037 Factor 'Gezondheid': bèta =0,144 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).	N=164.032
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.917 praktijklocaties)	96,0%
	Minimum en maximumscore	71-100%
	Score - 1 Sd	94,0%
	Score + 1 Sd	98,0%
	95% betrouwbaarheidsinterval	95,9-96,1%
casemix	R ² =0,023 Factor 'Gezondheid': bèta=0,101 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 (2); totaal aantal vragen indien door meerdere fysiotherapeuten behandeld (3).	N=83.124
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.072 praktijklocaties)	87,4%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score - 1 Sd	69,5%
	Score + 1 Sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	86,6-88,1%
casemix	R ² =0,039 Factor 'Verwezen': bèta=0,170 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Aantal items afhankelijk van behandeling door meerdere therapeuten (zie noemer).	

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).	N=175.448
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.947 praktijklocaties)	88,3%
	Minimum en maximumscore	42-100%
	Score - 1 Sd	81,7%
	Score + 1 Sd	94,8%
	95% betrouwbaarheidsinterval	88,0-88,5%
casemix	R ² =0,030 Factor 'Gezondheid': Bèta=0,131 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).	N=81.487
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.023 praktijklocaties)	
	Minimum en maximumscore	
	Score - 1 Sd	
	Score + 1 Sd	
	95% betrouwbaarheidsinterval	
casemix	R ² =0,121 Factor 'Gezondheid': bèta=0,202 Factor 'Doel = afname klachten': bèta=-0,164 Factor 'Doel = Stabiliseren': bèta= -0,112 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
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 t.o.v. periode voor behandeling).	
Teller	Score Global Perceived Effect (GPE).	
Noemer	Totaal aantal vragen (1).	N=81.461
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.023 praktijklocaties)	
	Minimum en maximumscore	
	Score - 1 Sd	
	Score + 1 Sd	
	95% betrouwbaarheidsinterval	
casemix	R ² =0,279 Factor 'Gezondheid': bèta=0,190 Factor 'Doel= afname klachten': bèta=-0,345 Factor 'Doel= Stabiliseren': bèta= -0,270 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
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).	N=81.516
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.024 praktijklocaties)	93,8%
	Minimum en maximumscore	71-100%
	Score - 1 Sd	81,1%
	Score + 1 Sd	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	93,3-94,4%
casemix	R ² =0,092 Factor 'Gezondheid': bèta=0,118 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).	N=166.093
Indicatorscore met spreiding (min/max), Sd en 95% BI	Indicatorscore (gebaseerd op 2.899 praktijklocaties)	88,4%
	Minimum en maximumscore	60-100%
	Score - 1 Sd	85,1%
	Score + 1 Sd	91,7%
	95% betrouwbaarheidsinterval	88,3-88,5%
casemix	R ² =0,132 Factor 'Gezondheid': bèta=0,196 Factor 'Doel = afname klachten': bèta=-0,182 Factor 'Doel = Stabiliseren': bèta= -0,131 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, scheefheid, 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 per praktijklocatie is 76-89 om voldoende onderscheidend vermogen te bereiken, dat wil zeggen als indicatorscores minder dan 5% afwijken van de benchmark dan wordt deze afwijking als niet betekenisvol geïdentificeerd. 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

Indicator	Toepasbaarheid/ meetbaarheid	Scheefheid		Verbeterpotentieel	Benodigde aantallen ¹	Casemix- correctie
		itemniveau	indicatorniveau			
FH					Overall 20-76	
1	DTF	√	√	√	20	nvt
2a	DTF	√	√	√	64	nvt
2b	verwezen	√	√	√	48	nvt
3	√	extreem scheef	extreem scheef	Weinig	44	nvt
4	√	extreem scheef	extreem scheef	Weinig	45	nvt
5a	√	√	extreem scheef	√	72	nvt
5b	√	√	√	√	383 ²	nvt
5c	√	√	√	√	263 ²	nvt
5d	√	√	√	√	293 ²	nvt
6	√	√	√	√	48	Geen
7	√	√	√	√	76	Geen
8a	DTF	√	extreem scheef	√	36	nvt
8b	verwezen	√	extreem scheef	√	41	nvt
POEI						
9	√	extreem scheef	√	√	nvt	nvt
10	√	√	√	√	nvt	nvt
11	√	√	√	√	nvt	nvt
12	√	√	√	√	nvt	nvt
13	√	√	√	√	nvt	nvt
PE					Overall 7-89	
14	√	extreem scheef	√	Weinig	9	Geen
15	√	√	√	Weinig	14	Geen
16	√	extreem scheef	√	Weinig	18	Geen
17	√	extreem scheef	√	Weinig	7	Geen
18	√	extreem scheef	√	√	89	Geen
19	√	√	√	√	46	Geen
20	Uitbehandeld	√	√	√	56	Geen
21	Uitbehandeld	√	√	Weinig	29	Geen
22	Uitbehandeld	√	√	Weinig	70	Geen
23	√	extreem scheef	√	√	17	Geen

¹ Het benodigde aantal patiënten verschilt per indicator. Het in deze kolom genoemde benodigde aantal per indicator geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken worden deze aantallen gecorrigeerd door ze te vermenigvuldigen met 0,95.

² Geadviseerd wordt om de deelindicatoren 5b, 5c en 5d buiten beschouwing te laten bij vergelijkingen, vanwege het grote aantal benodigde cases om een verschil van 5% tussen praktijklocaties te kunnen aantonen. Deze indicatoren 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. 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, 5c en 5d lenen zich alleen voor interne kwaliteitsverbetering (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 op basis van de huidige manier verslaglegging meetbaar 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 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 (Pearson's R tussen 0,271 en 0,435). 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 62% van de fysiotherapeuten in 2009 en 57% in 2010 de extra vragen nuttig vond.

Dit alles overwegende wordt geadviseerd bij retrospectief uitvragen van het thema fysiotherapeutisch handelen, 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 genoemd, maar blijkbaar 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 (praktijklocaties)	Pearson's correlatie coëfficiënt
6 FH: Beoogd behandelresultaat (subjectief) is behaald	86,1	8,9	3306	0,17***
20 PE: Het algemene resultaat van de behandeling (subjectief)	83,7	9,6		
7 FH: Beoogd behandelresultaat (objectief) is behaald	85,8	14,9	3141	0,14***
21 PE: Het specifieke (objectieve) resultaat van de behandeling	90,0	6,9		

***: significant bij $p \leq 0,001$

Betrouwbaarheid: Interne consistentie reflectieve indicatoren

Inter-item correlatiecoëfficiënten (Pearson) van items die samen een indicator vormen, bleken alle lager dan 0,7 (maximaal 0,64). De overlap in antwoordpatronen is dan zodanig dat op basis van dit resultaat geen items in aanmerking komen voor exclusie.

Betrouwbaarheid: steekproefomvang & discriminerend vermogen

Om een verschil van 5% tussen praktijklocaties als betekenisvol te kunnen duiden, dienen 20 tot 76 vragenlijsten te worden ingevuld. Er zijn drie uitschieters: voor de indicatoren 5b, c en d zijn respectievelijk 383, 263 en 293 vragenlijsten nodig. Voor het vergelijken van de scores met andere praktijklocaties is daarom alleen onderdeel 5a geschikt. Voor 5b, c en d zijn dermate veel cases nodig om een verschil van 5% tussen praktijklocaties te kunnen aantonen, dat wordt afgezien van vergelijkende scores. Het schrappen van 5 b, c en d wordt ook vanuit de inhoudsvaliditeit ondersteund. Niet voor elke patiënt geldt immers dat kwaliteit wordt geleverd als er meetinstrumenten worden ingezet. Een voorbeeld hiervan is het revalidatieproces van iemand met een enkeldistorsie. Als deze persoon op een gegeven moment aangeeft weer te voetballen dan is een meetinstrument (vragenlijst die door de patiënt wordt ingevuld) om het herstel te meten overbodig. (3)

Op basis van deze resultaten is een aantal van 76 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 ruim 3 fysiotherapeuten per meermanspraktijk betekent dit ongeveer 25 patiënten per fysiotherapeut.

Geadviseerd wordt alleen scores met voldoende grote n openbaar te maken.

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 (0-100; 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 praktijklocaties.

Verbeterpotentieel

De landelijke gemiddelde indicatorscores van het FH variëren van 86%-99% (5b, c, d niet meegerekend) (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. Indicator 13 is bovendien complex omdat er in de teller 2 stappen worden gemaakt, namelijk eerst op basis van de aan/afwezigheid van een protocol voor de veiligheid van patiëntgegevens en daarna op de inhoud van dat protocol (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

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 gaan over overleg binnen de praktijk. Deze zijn niet van toepassing op solopraktijken (23% van alle praktijklocaties). Voor hen wordt indicator 12 berekend met de 6 items over overleg buiten de praktijk.

Er 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 'prijzlijst 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 47%-71% (zie ook figuur 3). Met een spreiding van 0-100% en voldoende praktijklocaties 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

De indicatoren zijn toepasbaar op de totale patiëntenpopulatie van fysiotherapeuten. Indicator 18 heeft echter een aparte berekening. Twee items gelden voor alle patiënten. Een ander item voor indicator 18 is alleen van toepassing op patiënten met meerdere behandelaars (12% van de patiëntenpopulatie). Voor vrijwel alle patiënten wordt indicator 18 berekend met twee items, voor mensen die door meerdere therapeuten behandeld zijn met drie items. Daarnaast gelden indicatoren 20, 21 en 22 alleen voor patiënten waarbij de behandeling afgerond is.

Uit de pilot van 2008 bleek dat alle gevraagde gegevens meetbaar zouden moeten zijn. Het aantal missende waarden blijkt 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 38% van de patiëntenpopulatie van toepassing. Gezien de inhoudelijke relevantie van deze indicatoren heeft dit resultaat de consequentie dat de betrouwbaarheid afneemt.

Indicator 18 (samenwerking) is sinds de vorige uitvoer aangepast, maar het blijft een discussiepunt of 39% toepasbaarheid genoeg is. Het blijft belangrijk om fysiotherapeuten te adviseren zoveel mogelijk uitbehandelde patiënten te benaderen. De manier van bevragen die de CQI hanteert (via een meetbureau aan het eind van de behandeling) is hiervoor mogelijk bruikbaar. Een nadeel is dat de fysiotherapeut dan van al zijn patiënten een e-mailadres moet hebben en toestemming moet vragen voor gebruik ervan t.b.v. de CQI. Fysiotherapeuten gaven tijdens de telefonische procesevaluatie aan dat ze beide manieren van benaderen zouden willen gebruiken, aangezien niet iedereen e-mail heeft (CQI) en met de folder en inlogcode (Kwaliefy) de lijst ook elders kan worden ingevuld.

Validiteit: constructvaliditeit

Zie vergelijking indicator 6 en 20 respectievelijk 7 en 21 bij paragraaf 3.3.1 (pagina 40)

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: bij de indicatoren 16 en 19 bedraagt de Cronbach's alpha > 0,7; bij de indicatoren 15, 17, 20 en 23 varieert de Cronbach's alpha tussen 0,5 en 0,7. Indicator 14 heeft een Cronbach's alpha van 0,4, die van indicator 18 bedraagt 0,2.

Betrouwbaarheid: steekproefomvang & discriminerend vermogen

Om een verschil van 5% tussen praktijklocaties als betekenisvol te kunnen duiden, dienen 7 tot 89 vragenlijsten te worden ingevuld. Op basis hiervan wordt voorgesteld, dat per praktijklocatie minimaal 89 vragenlijsten ingevuld moeten worden aangeleverd. Dit aantal geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken moet dit aantal met factor 0,95 worden vermenigvuldigd en komt daarmee uit op 85.

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.

Betrouwbaarheid: verschillende meetbureaus

Er zijn verschillen gevonden in indicatorscores tussen de lijsten van ADV/Qualizorg en die van Kwaliefy. Deze bedragen 2-6% per indicator, alle bij Kwaliefy hoger dan bij ADV/Qualizorg. Mogelijk is selectiebias door de verschillende benadering van patiënten hieraan debet; de respondenten van ADV/Qualizorg zijn per e-mail benaderd door het meetbureau, terwijl voor Kwaliefy een deel van de patiënten door de eigen therapeut zijn uitgenodigd om deel te nemen. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten na benadering door hun therapeut meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven.

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. Bij een eventuele heroverweging van deze indicatoren dient hiermee rekening te worden gehouden.

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 praktijklocaties.

Verbeterpotentieel

De landelijke gemiddelde indicatorscores van PE zijn vrij hoog en variëren van 84%-97% (zie ook figuur 3). De spreiding laat minder verbeterruimte zien dan bij de andere twee thema's. Bij de indicatoren 14 tot en met 17, 21 en 22 is er weinig ruimte voor verbetering.

3.4 Procesevaluatie

Schriftelijke procesevaluatie

De schriftelijke procesevaluatie is tweemaal uitgevoerd: na afloop van de gegevensverzameling van 2009 en na de gegevensverzameling van 2010. Aan de schriftelijke procesevaluatie van 2009-2010 hebben in totaal 188 fysiotherapeuten deelgenomen (respons 47%). De drie meest genoemde redenen voor deelname aan Kwaliefy waren: (1) het verkrijgen van inzicht in het eigen handelen, de praktijkvoering en/of patiëntervaringen (57%); (2) deelname was voorwaarde in het

contract van 2009 en/of 2010 met mijn zorgverzekeraar (47%); (3) het aan derden laten zien wat wij doen/handelen transparanter maken (45%). Ruim driekwart van de respondenten vond de vragenlijsten en folder voor de patiënt begrijpelijk en duidelijk: 75% t.a.v. het Fysiotherapeutisch Handelen, 83% t.a.v. de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie en 75% t.a.v. de folder.

Belemmerende en bevorderende factoren

Ongeveer de helft van de responderende fysiotherapeuten (48%) gaf belemmerende factoren aan voor het verzamelen van gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen. De meest genoemde factoren zijn: tijdsbelasting, te veel vragen, en een traag systeem (in 2009). Vier op de tien (40%) fysiotherapeuten gaven bevorderende factoren aan: het achter elkaar invullen versnelt de invultijd, het systeem is duidelijk en de vragen sluiten goed aan bij het eigen verslagleggingsysteem.

Tweederde van de respondenten (67%) noemde enkele belemmerende factoren voor de gegevensverzameling over patiëntervaringen: patiënten hebben geen ervaring met het internet of computers, patiënten hebben geen toegang tot het internet of een computer, patiënten zijn niet gemotiveerd of hebben geen tijd om deel te nemen. Bijna een derde (29%) noemde bevorderende factoren, waarbij de bereidheid van patiënten om mee te werken de belangrijkste was.

Feedback

Een overgrote meerderheid (82%) van de deelnemers gaf aan de ontvangen feedback op prijs te stellen. Van de praktijklocaties zou het grootste deel (86%) verbeteracties ondernemen. 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. Fysiotherapeuten gaven in 2009 bovendien aan meer inzicht te willen op itemniveau ten aanzien van het thema praktijkorganisatie en etalage-informatie (in 2009, gerealiseerd in 2010).

Tijdsinvestering

Gemiddeld besteedde een fysiotherapeut een werkdag (8,5 uur (gemeten aan systeem) tot 10,3 uur (zelfrapportage in procesevaluatie)) aan KwaliEfy (zie Tabel 6). Omgerekend is dat gemiddeld 25,4-30,8 uur per praktijk. De grootste tijdsbelasting besloeg het invullen van het Fysiotherapeutisch Handelen, namelijk 14,5-18,2 minuten per vragenlijst. Over het algemeen werd een halve dag per fysiotherapeut acceptabel gevonden. Patiënten waren ongeveer een kwartier bezig met het invullen van de vragenlijst.

Tabel 6 Tijdsinvestering

Thema	Aantal vragenlijsten per praktijk (gemiddeld)	Proces-evaluatie: geschatte tijd	Aan het systeem gemeten werkelijke tijd	Proces-evaluatie: acceptabele tijd
FTH (invullen vragenlijst)	85,2	18,3 min	14,5 min	6,8 min
POEI (invullen vragenlijst)	1	29,5 min	15,9 min	15,3 min
PE (benaderen van (60) patiënten)		73,5 min	n.v.t.	27,5 min
TOTAAL gemiddeld per praktijk		30,2 uur	24,5 uur ¹	11,3 uur
TOTAAL gemiddeld per fysiotherapeut		10,1 uur	8,2 uur	3,8 uur
PE (invultijd per lijst per patiënt)			14,5 min ²	

¹ Voor het benaderen van patiënten is uitgegaan van 85,8 minuten per fysiotherapeut, gestreefd werd naar het benaderen van 60 patiënten per fysiotherapeut.

² Exclusief 2,5% laagste en 2,5% hoogste invultijden.

Implementatie

De voorlichtingsmaterialen (brochure, folders, artikelen, etc.), informatie op de website en de nieuwsbrieven blijken het meest te hebben 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.

Ten slotte zou 39% van de deelnemers Kwaliety aanraden bij een collega en is 59% bereid om opnieuw mee te doen. Na de meting in 2009 waren deze percentages hoger, respectievelijk 57% en 72%. Dit heeft mogelijk te maken met de teleurstelling over de uitvoer van 2010; in eerste instantie werd het vooruitzicht geboden dat in 2010 de gegevens al uit het EPD te extraheren zouden zijn (zie ook bijlage V).

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

Telefonische procesevaluatie (2009)

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.

Bijna tweederde 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 ervaren 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 het KNGF, IQ healthcare en ITS zijn ruim 24.000 contacten verwerkt (14.500 in 2009; 60% telefonisch, 40% via e-mail; 9.700 in 2010: 55% telefonisch, 45% via e-mail). Veelal ging het om specifieke problemen waarvoor gezamenlijk oplossingen zijn gezocht en vrijwel altijd gevonden (maatwerk). Veelvoorkomende vragen werden via Nieuwsbrieven teruggekoppeld aan de deelnemers en toegevoegd aan het tabblad 'Veelgestelde Vragen' op het

portaal. Op de vragen is zo snel mogelijk (binnen twee werkdagen) gereageerd en alle vragen zijn gedocumenteerd.

De meest voorkomende vragen of problemen betroffen de (tijds)belasting van zowel de therapeuten als de patiënten, inlogcodes (kwijt of niet ontvangen), inloggen, traagheid van de site (alleen 2009), een vergoeding, en het invullen van 30 vragenlijsten door parttimers, vraag naar extra gegevens op itemniveau (bijvoorbeeld een overall rapportcijfer voor fysiotherapeut, alleen 2010). Ook was een aantal therapeuten niet overtuigd van de geschiktheid van Kwaliefy als meetinstrument voor de fysiotherapie bij kinderen en ouderen.

In 2010 kwamen er meer vragen van fysiotherapeuten over de interpretatie van de data uit de feedbackrapporten en meer vragen van externe partijen die de openbare dataset hadden aangevraagd over de interpretatie van de gegevens.

Hoewel de samenwerking doorgaans goed verliep, was het soms lastig om te bepalen welke helpdesk een bepaalde vraag het best in behandeling kon nemen. Door de ruime ervaring uit de twee Kwaliefy-trajecten verliep dit steeds beter, echter steeds meer vragen van praktijklocaties vroegen om maatwerk. Praktijklocaties stuurden hun verzoeken vaak naar verschillende helpdeskpartijen, waardoor het soms onduidelijk was wie wat oppakte. Het maatwerk kostte, mede daardoor, veel tijd. De vragen boden echter veel inzicht en hebben bijgedragen aan het draagvlak van Kwaliefy.

Verbeterpunten

Op basis van de bovenbeschreven evaluatievormen zijn de volgende verbeteracties voor Kwaliefy geformuleerd:

- Verlagen van de tijdsdruk/belasting voor de praktijklocaties;
- Ten aanzien van de patiëntervaringen: verduidelijken van de vragen, minder vragen, versie maken voor ouders van kinderen en het verbeteren van de capaciteit van de servers (de laatste 2 zijn voor de meting in 2010 gerealiseerd);
- Nader onderzoeken en verbeteren van de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren (met name het Fysiotherapeutisch Handelen);
- Meer ondersteuning bieden aan fysiotherapeuten bij de feedback, dat wil zeggen indien wenselijk toelichting geven op de cijfers en hulp bieden bij verbeterplannen (maatwerk) en het presenteren van de itemscores van het onderdeel Praktijkorganisatie & Etalage-informatie om meer inzicht te geven om verbeterplan op te stellen;
- Bieden van ondersteuning aan stakeholders bij de interpretatie van de gegevens;
- Nader onderzoeken van de geschiktheid van de meetmethode voor bijzondere doelgroepen, zoals ouderen;
- Efficiënter afhandelen van verzoeken vanuit praktijklocaties en patiënten.

4. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten besproken aan de hand van de drie vraagstellingen: Wat is de kwaliteit van de zorg in de eerstelijns fysiotherapie? Wat zijn de klinimetrische eigenschappen van het meetinstrumentarium waarmee de kwaliteit van zorg voor de eerstelijns fysiotherapie is vastgelegd? Wat is de haalbaarheid van de landelijke uitrol van het kwaliteitsindicatorensysteem voor de eerstelijns fysiotherapie?

Kwaliteit van de zorg

De landelijke gemiddelde scores op de 23 indicatoren laten een beeld zien van goede kwaliteit van zorg: de praktijkcores op de indicatoren over het Fysiotherapeutisch Handelen varieerden van 21% tot 99%; over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie van 47% tot 76%; en over de Patiëntervaringen van 84% tot 97%.

De patiënten zijn dus over het algemeen erg tevreden over de fysiotherapeutische zorg en de praktijklocaties onderscheiden zich nauwelijks op dit punt. De scores van de individuele praktijklocaties kenden meer variatie, maar dit verandert niet het beeld van de hoge cijfers. Het gegeven van zeer tevreden patiënten strookt met 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 (14-16) dan de uitkomsten in dit project. 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. Om dit te onderzoeken is in het Kwaliefy project voor de eerste twee indicatoren (methodisch handelen tijdens screenen van DTF-patiënten en methodisch handelen tijdens diagnostisch proces) uitgezocht of de gebruikte antwoordcategorieën voldoende de werkelijkheid representeerden. Ten behoeve van deze twee indicatoren werden gedetailleerde vragen toegevoegd aan de oorspronkelijke meer globale uitvraag. Het bleek dat een gedetailleerder uitvraag meer spreiding op de indicatorscore laat zien en dat de score bovendien lager uitpakt dan bij een globale beoordeling. Gezien de hoeveelheid werk voor de fysiotherapeuten is vooralsnog afgezien van een meer gedetailleerde uitvraag voor ook de andere zes indicatoren. Een andere manier om meer grip te krijgen op de betekenis van de indicatoren voor het Fysiotherapeutisch Handelen is een vergelijking te maken tussen gegevens afkomstig uit een EPD en gegevens die verzameld worden via de vragenlijsten zoals in dit project tot nu toe is gedaan.

Ten aanzien van de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie verschillen de scores sterker, zowel tussen de afzonderlijke indicatoren als tussen praktijklocaties. Deze indicatoren vertonen het grootste verbeterpotentieel.

Naar aanleiding van de feedback heeft 80% van de praktijklocaties aangegeven verbeteracties te ondernemen. Een deel van hen heeft aangegeven daarbij ondersteuning 'op maat' nodig te hebben om concrete verbeterplannen te kunnen maken. Hierbij is behoefte aan toelichting op de cijfers en hulp bij het opstellen van een verbeterplan. Van de praktijklocaties die niet van plan zijn om verbeteracties te ondernemen zegt een deel meer informatie te willen om zodoende beter inzicht te krijgen in wat er nu precies verbeterd kan worden. Aan deze wens is in de tweede meting van 2010 tegemoetgekomen door ook op itemniveau feedback te geven. Dit betrof de onderdelen Fysiotherapeutisch Handelen en Patiëntervaringen. In de toekomst is het wenselijk dergelijke gedetailleerde feedback eveneens het onderdeel Praktijkorganisatie en Etalage-informatie te laten beslaan. Om zicht te krijgen op de inhoud en omvang van de verbeterplannen is nader onderzoek hiernaar gewenst.

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 uiteindelijke scores 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 praktijklocaties, of een groot deel ervan, zoals de toepasbaarheid op alleen DTF-patiënten of alleen 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 39% 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 zijn 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 heeft aanleiding gegeven om naar een meer betrouwbare methodiek te zoeken. Momenteel wordt gewerkt aan het rechtstreeks extraheren van de benodigde gegevens uit het EPD waarin gerapporteerd wordt over de patiëntenzorg. (3)

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 geadviseerde aantallen vragenlijsten (ten minste 30 per fysiotherapeut en 100 per praktijk) een betrouwbaar onderscheid van ten minste 5% te maken tussen praktijklocaties en ten opzichte van de benchmark: voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen bleek een aantal van 76 vragenlijsten per praktijk nodig, voor het thema Patiëntervaringen was dat 89. Deze aantallen gelden weliswaar voor meermanspraktijken; voor solopraktijken dienen deze aantallen met 0,95 te worden vermenigvuldigd. Hierbij moet opgemerkt worden dat de indicatoren 5b, 5c en 5d (vaststellen van het behandelresultaat) buiten beschouwing gelaten zijn omdat voor deze onderdelen dusdanig veel cases nodig bleken om een

verschil van 5% tussen praktijklocaties te kunnen aantonen. Bij het vergelijken van scores wordt dus aangeraden alleen indicator 5a te gebruiken.

Op basis van deze resultaten zou het aantal benodigde vragenlijsten voor het thema Fysiotherapeutisch Handelen omlaag kunnen van 30 naar 25 vragenlijsten per fysiotherapeut. Dit komt tevens de haalbaarheid ten goede.

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* laten zien dat er vooralsnog geen aanleiding is om bij vergelijking van de indicatorscores (FH en PE) tussen praktijklocaties een correctie toe te passen. De factoren waarvoor mogelijk 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 een resultaat van 80% voldoende? Deze discussie dient nog te worden gevoerd. In dit project is uiteindelijk gekozen om het percentage praktijklocaties 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 het algemene resultaat van de behandeling en de samenwerking tussen fysiotherapeuten.

Naar aanleiding van deze eigenschappen van de set dienden volgende afwegingen besproken te worden in een panel van inhoudsdeskundigen en vertegenwoordigers van alle stakeholders:

- Scheefheid versus spreiding versus inhoudsvaliditeit (indicator 3 en 4 Fysiotherapeutisch Handelen, 14 en 17 Patiëntervaringen).
- Complexiteit versus inhoudsvaliditeit (indicator 13 Patiëntervaringen).
- Onderscheidend vermogen versus inhoudsvaliditeit (indicator 5b, c, d Fysiotherapeutisch Handelen).
- Lage toepasbaarheid versus inhoudsvaliditeit (indicator 18 Patiëntervaringen).

Haalbaarheid landelijke uitrol

De deelname aan het project was hoog: 80% van de fysiotherapeuten werkzaam in 49% van de praktijklocaties hebben daadwerkelijk data verzameld en feedback gekregen. Van ruim 240.000 patiënten is informatie ontvangen voor het thema Patiëntervaringen; gemiddeld ruim 70 vragenlijsten per praktijk en bijna 25 vragenlijsten per fysiotherapeut. 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 mee 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 vergt het verzamelen van gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen. Toekomstige extractie van (een deel van) de gegevens uit een elektronisch patiëntendossier (EPD) komt dit knelpunt ten goede. Maar dit vergt aanpassing van zowel een EPD als het registratiegedrag van de fysiotherapeuten, wat een kwaliteitsslag op zich is. Het is gebleken dat er reeds gegevens zijn die met EPD's geregistreerd kunnen worden of, met enige aanpassing van de EPD's, binnen afzienbare tijd beschikbaar kunnen komen. Aanpassingen in de operationalisatie van indicatoren blijken echter noodzakelijk te zijn om gegevens uit de EPD's te betrekken met behoud van de validiteit van de Kwaliefy indicatoren (zie bijlage V). Bovendien lijkt het onontkoombaar dat er enkele items die deel uitmaken van de huidige Kwaliefy indicatoren niet beschikbaar zullen komen. Momenteel maken de softwareleveranciers de EPD's gereed om Kwaliefy data te kunnen extraheren. (3) Dit betekent dat voorlopig de *web-based* gegevensverzameling nodig zal blijven om het systeem voor een ieder toegankelijk te maken.

Uit de procesevaluatie bleek verder dat het digitaal invullen niet als belemmerend werd ervaren door de fysiotherapeuten, ondanks dat niet alle therapeuten altijd een computer beschikbaar hadden. Daarentegen vormde voor de Patiëntervaringen het feit dat veel patiënten geen toegang tot internet of ervaring met computers hadden het digitaal invullen 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 praktijklocaties hun eigen internetverbinding ter beschikking had 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 iets te verschillen (2-6% per indicator hoger) van de scores die op basis van de dataverzameling via ADV/Qualizorg (ook *web-based*, via de zorgverzekeraar), zijn berekend. Gezien de systematische afwijking behoeft dit een nadere analyse. Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen in de verschillende wijzen van benadering van patiënten; de respondenten van ADV/Qualizorg zijn per e-mail at random benaderd door hun zorgverzekeraar, terwijl respondenten van Kwaliefy door hun eigen therapeut zijn benaderd. Het is mogelijk dat patiënten door de benadering van de therapeut meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Het nadeel echter van de benadering via de zorgverzekeraar is dat de therapeut (of de zorgverzekeraar) van alle patiënten een e-mailadres moet hebben. Op dit moment is dit nog niet haalbaar.

Ten slotte bleek uit de procesevaluatie dat de vragenlijst voor patiëntervaringen als te lang werd ervaren en bovendien minder geschikt voor kinderen en ouderen. Daarop is in 2010 een versie voor (ouders van) kinderen ontwikkeld en toegepast en zal waarschijnlijk in 2011 een versie voor

(mantelzorgers van) ouderen ontwikkeld worden. Ook zal nader onderzocht worden in hoeverre de lijst ingekort kan worden.

Voorafgaand aan de pilot in 2008 is een discussie gevoerd over een specifiekere formulering van indicatoren rondom bepaalde aandoeningen. De stuurgroep heeft destijds besloten om eerst de huidige basisset te ontwikkelen en te toetsen. In de toekomst zouden vanuit deze set eventueel aandoeningsspecifieke indicatoren ontwikkeld kunnen worden in een vervolgproject. Momenteel worden steeds meer aandoeningsspecifieke indicatoren ontwikkeld, bijvoorbeeld op basis van richtlijnen voor lage rugpijn (17;18), enkelletsel (19), hartrevalidatie (20), claudicatio intermittens (21;22) en de ziekte van Parkinson (16). Een aantal van deze indicatoren kan reeds gemeten worden via een elektronisch dossier, maar er is nog onvoldoende uniformiteit. De handleiding voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen (6) kan hieraan bijdragen. Op basis van deze ontwikkelingen wordt geadviseerd om de voorliggende basisset uit te breiden met aandoeningsspecifieke indicatoren zodra het fysio-EPD gereed is. Uitbreiding naar aandoeningsspecifieke 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 aldus denkbaar dat op termijn over bijvoorbeeld de top vijf aandoeningen specifieke indicatoren (verder) ontwikkeld worden en gekoppeld worden aan de basisset.

Om meer te kunnen zeggen over het klinisch redeneren kan behalve aan aandoeningsspecifieke indicatoren ook worden gedacht aan samengestelde scores.

Tot slot

Met de basisset Kwaliify, het bijbehorende meetsysteem en de aanbevelingen die ondersteund worden door de stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie 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, maar ook nieuwe wetenschappelijke inzichten ten aanzien van bijvoorbeeld de klinimetrische eigenschappen van de indicatoren, ervaringen van fysiotherapeuten en patiënten met het aanleveren van de gegevens en andere methoden van gegevensverzameling zoals via het EPD (6).

Literatuur

- (1) CTG/ZAio. Monitor fysiotherapie 2006. Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006. 2006.
Ref Type: Statute
- (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) Braam C, Braspenning JCC. Eindrapport Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy) en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Nijmegen: IQ healthcare; 2010 Sep 27.
- (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. 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 patiëntenzorg. 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 patiëntenzorg. 3. 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.qualitymeasuresahrq.gov/expert/expert_commentary.aspx 2008
- (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) Swinkels ICS, Kooijman MK, Tol J, Veenhof C. Beschouwing jaarcijfers LiPZ 2009. www.nivel.nl/lipz 2009

- (14) 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.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) Rutten GMJ, Degen S, Nijhuis-van der Sanden MWG, Oostendorp RAB. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaF2). Apecifieke nekpijn, Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare; 2007 Nov.
- (19) Wees PhJvd, 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).
- (20) 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.
- (21) 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.
- (22) 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.

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.

NB Vanaf oktober 2010 gaan IQ healthcare en ITS hierin ook participeren.

Werkgroep

Doel: uitvoering:

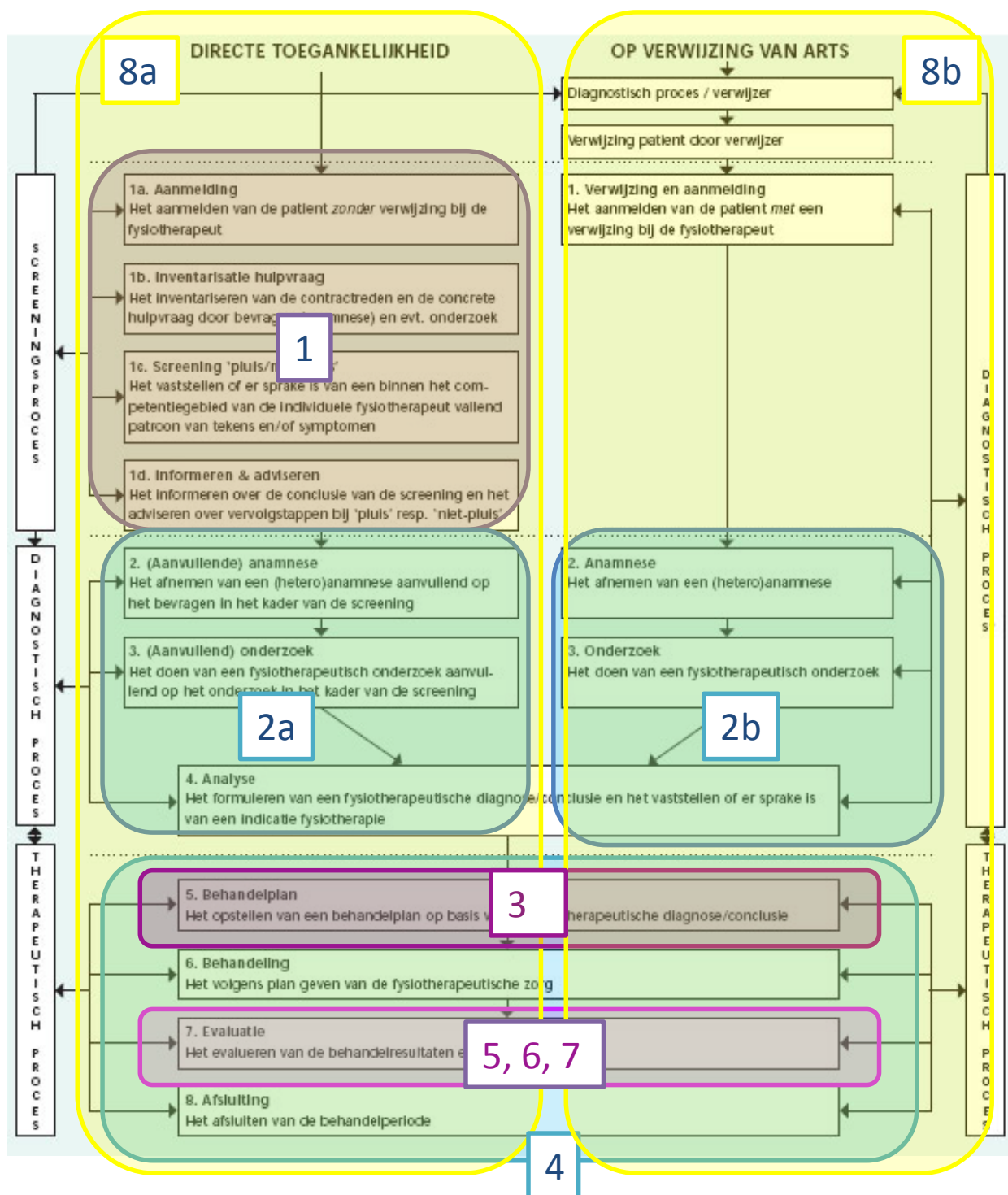
- Maken en bewaken van (inhoudelijke) afspraken
- Bewaken van het tijdsplan
- Behalen van de beoogde resultaten
- Afstemming met projectleiding ZiZo (overleg ZiZo en KNGF: maandelijks)

Frequentie overleg: wekelijks telefonisch/ per e-mail, 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)
- (alleen in 2010) Accorderen van gegevens van 2009 voor 2010
- Genereren informatiefolders voor patiënten (door geautoriseerd fysiotherapeut)
- Benaderen en invullen van de vragenlijsten (alleen 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 in 2009 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. In 2010 is deze mogelijkheid niet meer geboden.

Bijlage V

Voorstel aanpassingen 2011 m.b.t. berekening Kwaliefy indicatoren Fysiotherapeutisch handelen uit vragenlijst of EPD

Vragenlijst 2009-2010	Vragenlijst 2011	EPD 2011*	Vershil 2009-2010 met 2011 vragenlijst of EPD
1. Methodisch handelen bij screening (DTF) 2. Methodisch handelen bij diagnostiek DTF + verwijzing (a en b)	Methodisch handelen bij screening en diagnostiek	Methodisch handelen bij screening en diagnostiek	Het voorstel is om de indicatoren 1 en 2 samen te voegen, omdat het vergelijkbare activiteiten zijn die moeten worden uitgevoerd bij DTF en verwijzing. Voor DTF patiënten wordt de indicatorscore op één extra item berekend, namelijk de conclusie van de screening. Onderscheid tussen DTF patiënten en patiënten met verwijzing blijft mogelijk.
3. Methodisch handelen bij vaststellen doel	idem	Indicatorberekening bijna gelijk.	In de vragenlijst wordt gevraagd of het behandelgoal o.b.v. de hulpvraag/diagnose is geformuleerd. Het antwoord is doorgaans 'ja'. Deze vraag wordt niet gesteld in het EPD, omdat dit niet past bij het karakter van een EPD. We krijgen dan meer een vragenlijst ingebouwd in een EPD. NB. Mogelijk dat in de CQ-index gevraagd kan worden naar de mate waarin de hulpvraag aan heeft gesloten bij de diagnose en het behandelgoal.
4. Therapeutisch proces (beschrijven, koppelen aan resultaat)	idem	vervallen	Er zijn nog geen uniforme verrichtingentabellen beschikbaar voor de EPDs, daarom is deze vraag komen te vervallen. Het behandelresultaat wordt wel los van het therapeutisch proces gemeten (zie hieronder 5,6,7).
5. Behandelresultaat vaststellen	idem	*	
		Gebruik meetinstrumenten	Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te veronderstellen dat er altijd bij afronding van de behandeling gebruik gemaakt moet worden van meetinstrumentarium. Wel wordt in zijn algemeenheid het gebruik van meetinstrumenten aanbevolen (diagnose of evaluatie), daarom is het voorstel om hier een aparte indicator van te maken

*In de vragenlijst wordt gevraagd of iets is vastgelegd; uit het EPD blijkt of iets is vastgelegd. Het item uit de vragenlijst over het vastleggen wordt dus telkens impliciet meegenomen bij het berekenen van de score op basis van EPD gegevens.

Voorstel aanpassingen 2011 m.b.t. berekening Indicatoren Fysiotherapeutisch handelen uit vragenlijst of EPD, vervolg

Vragenlijst 2009-2010	Vragenlijst 2011	EPD 2011*	Vershil 2009-2010 met 2011 vragenlijst of EPD
6. Resultaat van de behandeling subjectief 7. Resultaat van de behandeling objectief	Resultaat van de behandeling	Resultaat van de behandeling	Omdat het resultaat niet altijd objectief moet worden vastgesteld (zie bovenstaande discussie) kunnen de indicatoren 6 en 7 omgewerkt worden tot één indicator, waarmee het resultaat van de behandeling wordt beschreven. NB. De huidige percentages tussen beide indicatoren verschillen nauwelijks.
8. Overleg met DTF-patiënt en verwezen patiënt	idem	Screeningsresultaat Behandelplan	In de vragenlijst wordt niet alleen gevraagd naar het overleg met de patiënt t.a.v. screeningsresultaat en behandelplan, maar ook naar diagnostisch proces, geformuleerde doelen, therapeutisch proces, tussentijdse evaluatie, de eindevaluatie en de afsluiting. NB. Mogelijk is de vraag in de CQ-index over het ervaren overleg een goede aanvulling.

*In de vragenlijst wordt gevraagd of iets is vastgelegd; uit het EPD blijkt of iets is vastgelegd. Het item uit de vragenlijst over het vastleggen wordt dus telkens impliciet meegenomen bij het berekenen van de score op basis van EPD gegevens.

Samengevat:

Als de voorstellen worden overgenomen dan

- Blijft de vragenlijst ongewijzigd, maar worden op basis van deze vragenlijst geen 8 maar 6 indicatoren over het fysiotherapeutisch handelen berekend, omdat de indicatoren 1 en 2 en de indicatoren 6 en 7 worden samengevoegd.
- Worden op basis van de EPD gegevens 5 indicatoren berekend, omdat het vaststellen van het behandelresultaat impliciet wordt meegenomen. Bovendien komt indicator 4 te vervallen, maar er wordt een nieuwe indicatoren over het gebruik van meetinstrumenten toegevoegd.

NB. Als indicator 8 bij de EPD gegevens alleen gaat over het screeningsresultaat en het behandelplan, dan kan de vragenlijst hierbij aansluiten. Is dat akkoord?

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 diverse aandoeningen, zoals COPD en aspecifieke lage-rugpijn (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, Nijkraake MJ, Rutten GMJ, Van Dulmen S, et al. Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen. Een Handleiding. 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, Maassen I, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijnszorg voor mensen met aspecifieke lage-rugpijn. Deel acht uit de twaalfdelige serie van het Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute Zorg - publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2009.