



Rapportage 2014

Onderzoeksprogramma Kwaliteit in beweging

Philip van der Wees
Simone van Dulmen
Ria Nijhuis-van der Sanden

Nijmegen, 28 februari 2015

Radboudumc

Rapportage 2014

Onderzoeksprogramma Kwaliteit in Beweging

Projectgroep:

Philip van der Wees

Simone van Dulmen

Marjo Maas

Guus Meerhoff

Yvonne Peters

Juliette Cruijsberg

Ria Nijhuis-van der Sanden

Correspondentie:

Radboudumc, IQ healthcare

t.a.v. Philip van der Wees, projectleider

Postbus 9101 (114 IQ healthcare), 6500 HB Nijmegen

T: 024-361 7680 /b.g.g. 024-361 5305

E: Philip.vanderwees@radboudumc.nl

Nijmegen, 28 februari 2015

Inhoudsopgave

Management Samenvatting	4
1. Inleiding	8
2. Pilotprojecten	9
3. Voorlopige resultaten	12
3.1 Evaluatie van de toepasbaarheid	12
3.1.1 Toepassing van PROMs metingen	
3.1.2 Kwalitatieve evaluatie	
3.1.3 Tijdsbesteding	
3.2 Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren	15
3.2.1 Procesindicatoren op basis van verslaglegging	
3.2.2 Structuurindicatoren op basis van Praktijkinformatie (POEI)	
3.2.3 Uitkomstindicatoren op basis van PROMs	
3.3 Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van peer assessment	25
3.4 Ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem	26
4. Analyse	27
4.1 Toepasbaarheid	
4.2 Kwaliteitsindicatoren	
4.3 Kwaliteitsstelsel	
4.4 Visitatie	
5. Doorkijk naar 2015 en 2016	31
6. Conclusies en aanbevelingen	32

Bijlage: Plan van aanpak onderzoeksprogramma 2015-2016 (d.d. 3 november 2014)

Management samenvatting

In 2013 heeft het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) subsidie verleend aan IQ healthcare om het onderzoeksprogramma “Ontwikkeling en evaluatie programma Kwaliteit in Beweging” te realiseren. Het primaire doel van het programma Kwaliteit in Beweging is het ontwerp van een systeem gericht op duurzame bevordering van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Dat vindt enerzijds plaats door het ontwikkelen van betrouwbare en valide patient-gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs) die fysiotherapeuten in het primaire proces van diagnostiek en behandeling kunnen toepassen in het klinisch redeneren en (gezamenlijke) besluitvorming. Anderzijds door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren als spiegel voor de kwaliteit van het proces en uitkomst van de fysiotherapeutische zorg waarmee de fysiotherapeut zich kan verbeteren. Vanwege de door het KNGF bestuur aangekondigde herijking van het programma Kwaliteit in Beweging hebben we deze interim rapportage geschreven.

Werkwijze

De eerste fase van het onderzoeksprogramma voorziet in pilotprojecten voor de ontwikkeling en wetenschappelijke evaluatie van het programma Kwaliteit in Beweging op basis van vier doelstellingen: (1) evaluatie van de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs); (2) de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren; (3) het ontwikkelen en testen van peer-assessment; (4) het ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem. We hebben vier pilotprojecten met regionale netwerken van eerstelijns praktijken ingericht voor de ontwikkeling, invoering en evaluatie van het gebruik van PROMs.

De database tot en met september 2014 bevat data van 55 praktijken uit de eerste drie pilots met in totaal 27.246 behandelingsafleveringen. De data zijn afkomstig van vijf verschillende EPD's, waarbij vier EPD's (Fysioroadmap, Intramed, Fysiomanager, Fysiologic) in staat zijn om PROMs data uit te spoelen. In de database waren 17.288 dossiers afgesloten. We hebben dossiers als afgesloten beschouwd als er een (datum) eindevaluatie is ingevuld, of als er meer dan 8 weken zijn verstreken na de laatste zitting. Er is echter een kans dat voor een deel van die dossiers de patiënt nog in behandeling is waardoor het aantal afgesloten dossiers mogelijk is overschat. In de beschrijving van de resultaten voor de PROMs maken we gebruik van 12.514 afgesloten dossiers die afkomstig zijn van de EPD's die PROMs uit kunnen spoelen. Voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op het niveau van uitkomst, proces en structuur hebben we gebruik gemaakt van de Indicatorstandaard en de Handleiding PROMs die door het Zorginstituut Nederland zijn gepubliceerd.

Resultaten

Toepasbaarheid van PROMs

We hebben de toepasbaarheid van de PROMs geëvalueerd op basis van kwantitatieve als kwalitatieve data. Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat bij 56% van de patiënten minimaal een relevant meetinstrument gebruikt is met een enkele meting aan het begin of eind van de behandeling. Bij 33% van de patiënten is de uitkomst van de behandeling gemeten met een herhaalde meting. Dat is meer dan een verdubbeling ten opzichte van de 12% die we in 2013 hebben gemeten. Vanwege de korte tijdsperiode met veel nog openstaande dossiers is het aandeel herhaalde metingen waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijkheid.

In de eerste twee pilots hebben we ook een tijdsbestedingonderzoek uitgevoerd bij alle deelnemende fysiotherapeuten. Uit de analyses blijkt dat de gemiddelde directe tijd gemiddeld 30.2 minuten per patiënt per zitting is en de gemiddelde indirecte tijd 7.5 minuten. Van de indirecte tijd wordt gemiddeld 0.8 minuten per patiënt per zitting aan meetinstrumenten/vragenlijsten besteed en gemiddeld 3.0 minuten aan het inhoudelijk dossier bijwerken.

Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat fysiotherapeuten vooral veel voordelen van PROMs tijdens de behandeling: voor de diagnostiek, verheldering van de hulpvraag, het stellen van behandeldoelen, prognose en de communicatie met de patiënt. De tijdsinvestering voor het gebruik van PROMs wordt wisselend ervaren; sommige fysiotherapeuten vinden het een extra belasting terwijl anderen tijd besparen ervaren met name bij de diagnostiek. Het gebruik van PROMs kan verder toenemen als de ICT omgeving dit beter faciliteert. Kennis van PROMs en vaardigheden met het gebruik in de praktijk zijn voorwaardelijk voor het zinvol en routinematig toepassen. Fysiotherapeuten met veel ervaring en kennis van PROMs ervaren meer voordelen in het gebruik en ervaren niet veel weerstand bij patiënten om PROMs in te vullen, mits patiënten goed worden voorgelicht.

De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren

De ontwikkeling van indicatoren bevindt zich nog in de beginfase en we hebben de eerste analyses gedraaid om een eerste indruk te krijgen van de uitkomsten en mogelijkheden voor ontwikkeling en validatie van de indicatoren. We kwamen geen opvallende verschillen tegen voor bijvoorbeeld leeftijd en geslacht van de patiënt, of verdeling van aandoeningen over de patiëntenpopulatie. De populatievergelijkbaarheid lijkt daarmee goed. Wel zien we verschillen in uitkomsten tussen acute en chronische klachten. Patiënten met chronische klachten laten minder vooruitgang zien dan patiënten met acute klachten.

De vergelijkbaarheid van de aangeleverde uitkomsten door de verschillende EPD systemen op basis van PROMs data was goed. We vonden geen opvallende verschillen tussen EPD's op de scores van de PROMs. Wel vonden we verschillen voor wat betreft de aanlevering van PROMs data. Sommige EPD's leveren nog niet alle PROMs aan en er bestaan verschillen in versies van PROMs. Het aanleveren van alle relevante en geharmoniseerde PROMs is van belang voor de verdere analyses van de data. Bij de procesindicatoren zien we veel variatie tussen EPD's waardoor scores beïnvloed lijken te worden door de verschillen in registratiebetrouwbaarheid.

Uitkomstindicatoren

Als we kijken naar de QBPDS als aandoenings specifieke PROM bij lage rugklachten zien we een gemiddelde verschilscore van 22,3 (sd 17,3). In de literatuur wordt een klinisch relevante verschilscore van 15-20 punten aangehouden. Bij nekklachten met de NDI als aandoenings specifieke PROM zien we een gemiddelde verschilscore van 7,9 (sd 7,2). In de literatuur wordt een verschil van 7 punten aangehouden als klinisch relevant. De NPRS laat een klinisch relevante vooruitgang zien bij 68,7% van alle patiënten waarbij een herhaalde meting heeft plaatsgevonden. De QBPDS en NDI laten een klinisch relevante verbetering van respectievelijk 68,7% en 52,7% van de patiënten zien.

We hebben ook een eerste analyse gedaan van de verschillen in de scores tussen praktijken. Eventuele verschillen tussen praktijken bieden aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering op

basis van intercollegiale toetsing. Hoewel de database een groot aantal data bevat is de toegankelijkheid nog niet optimaal waardoor de omvang van de database voor de analyses nog beperkt is. De analyses moeten dan ook nog gezien worden als eerste oefening. We hebben voor praktijken met minimaal 10 waarnemingen de verschilscores op de NPRS, NDI en QBPDS in kaart gebracht en zien dat er inderdaad verschillen tussen praktijken bestaan. Het betreft data die nog niet zijn gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen praktijken van patiëntkenmerken.

Procesindicatoren

In het project zijn vier concept procesindicatoren ontwikkeld op basis van volledigheid van de verslaglegging, gebruik van meetinstrumenten en behaald resultaat. De gemiddelde scores op de vier indicatoren variëren van 21,3% (resultaat volledig behaald) tot 82,4% (volledigheid verslaglegging diagnose, hoofddoel en verwacht herstel).

Structuurindicatoren

Op verzoek van het KNGF hebben we een analyse uitgevoerd van de concept indicatoren gebaseerd op de eerste uitvraag van de gegevens van de Praktijk Organisatie en Etalage Informatie (POEI). Deze data is uitgevraagd in 2013. De gemiddelde indicatorscores variëren van 43% tot 59% en laten een grote spreiding zien. We merken daarbij op dat met de huidige uitvraag zowel inhoudelijk als op de manier van uitvragen geen valide en betrouwbare indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

Ontwikkelen en testen van een kwaliteitsysteem met peer assessment

De kern van het kwaliteitsysteem bestaat uit de peer assessment methodiek als vorm van intercollegiale toetsing waarbij fysiotherapeuten elkaar feedback geven op hun handelen op basis van casuïstiek. In de peer-assessment trainingen binnen de lopende pilots staat het toepassen van PROMs in het diagnostisch proces centraal voor het verhelderen van de hulpvraag en het gezamenlijk met de patiënt vaststellen van de behandeldoelen en voor (tussen en/of) eindevaluatie van de behandeling. Uit de evaluatie van de scholingsavonden bleek dat de deelnemende fysiotherapeuten over het algemeen enthousiast zijn over de methodiek van peer assessment en dat die methodiek bijdraagt aan de betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling. Uit de evaluaties bleek echter ook dat er nog grote variatie is in de toepassing van PROMS, de competenties om deze ook te verzamelen en de competenties om schriftelijk verslag te leggen in de digitale dossiers.

Ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem

Het visitatieproject is voor de zomer van 2014 van start gegaan met de voorbereidingen en er zijn nog geen voortgangsanalyses gedaan. De groep deelnemende fysiotherapeuten van Fysiogroep Haaglanden is erg enthousiast en gemotiveerd om mee te doen. Eind 2014 is de eerste bijeenkomst van de begeleidingscommissie geweest waarin de kaders van de visitatiesystematiek zijn besproken.

Doorkijk naar 2015 en 2016

In overleg met het KNGF zullen we de activiteiten voor 2015 en 2016 inrichten. We hebben daarvoor in november 2014 een plan van aanpak aangeleverd dat het KNGF nog niet met ons heeft besproken. Op hoofdlijnen is ons voorstel in het plan van aanpak om pilots in te richten waarmee we de

doelstellingen van het programma verder kunnen toetsen. We denken hierbij enerzijds aan implementatie van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen voor de huidige vijf aandoeningen, en anderzijds aan uitbreiding van de toepassing van patiënt-gerapporteerde uitkomsten naar chronische aandoeningen en andere settings. Het is van belang samen met het KNGF de te beantwoorden onderzoeksvragen vast te stellen.

Voor de continuering van de opgebouwde routine binnen de vier lopende pilots is het van belang dat de data uitspoel voor de vier lopende pilots blijft voortbestaan nadat de pilots formeel zijn afgesloten. Continue feedback van data via de LFD is van essentieel belang om fysiotherapeuten gemotiveerd te houden en te ondersteunen in de zinvolle toepassing van PROMs. En we hebben daarmee ook de mogelijkheid om data te verzamelen voor verdere validering van de uitkomstindicatoren.

Conclusies en aanbevelingen

De resultaten van de pilots zijn bemoedigend voor de verdere stimulering van het gebruik van PROMs in de fysiotherapie. De pilots verlopen succesvol ten aanzien van het enthousiasmeren van fysiotherapeuten om met PROMs aan de slag te gaan. De scholing draagt in belangrijke mate bij aan de bewustwording van de toepassingsmogelijkheden van PROMs in de fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling. Die positieve attitude is van essentieel belang voor het verder opbouwen van routine in het meten en verbeteren van kwaliteit. De patiënt-gerapporteerde uitkomsten bij intake en na afloop van de behandeling worden gezien als een relevant middel. Het percentage herhaalde metingen op basis van de database tot en met september 2014 laat een flinke toename zien ten opzichte van 2013, waarbij er sprake lijkt te zijn van een onderschatting.

Knelpunten voor het opbouwen van betekenisvolle en routinematige metingen zijn een volledige uitspoel van data en PROMs naar de LDF, zijn het ontbreken van online portals voor patiënten om zelf de vragenlijsten in te kunnen vullen, een logische en efficiënte koppeling van PROMs aan het inhoudelijk EPD, en het nog ontbreken van feedback over de resultaten om de betekenisvolle toepassing te stimuleren.

De uitkomsten van de fysiotherapeutische zorg op basis van de PROMs laten zien dat de gemiddelde patiënt er op vooruit is gegaan na fysiotherapeutische behandeling. Er is sprake van flinke spreiding waarbij ongecorrigeerde scores laten zien dat op de aandoeningsspecifieke PROMs 43-70% van alle patiënten een klinisch relevante verbetering laat zien. Er zijn ook verschillen tussen praktijken en fysiotherapeuten op de scores op de PROMs. Dat biedt prima aanknopingspunten voor kwaliteitsbevordering op basis van peer assessment en onderlinge visitaties.

1. Inleiding

In 2013 heeft het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) subsidie verleend aan IQ healthcare om het onderzoeksprogramma “Ontwikkeling en evaluatie programma Kwaliteit in Beweging” te realiseren. Het onderzoeksprogramma is gestart op 1 april 2013 met een looptijd tot 31 december 2016. In de subsidieovereenkomst is afgesproken dat IQ healthcare jaarlijks een (tussen)rapportage levert waarin verslag wordt gedaan van de activiteiten en tussentijdse resultaten. IQ healthcare heeft in maart 2014 een eerste rapportage opgeleverd over 2013. Daarnaast hebben we in september 2014 een interim rapportage geschreven die de activiteiten en resultaten tot en met juni 2014 weergeeft. In de rapportage die nu voor u ligt is gebruik gemaakt van de database tot en met september 2014. Naast een beschrijving van de resultaten hebben we een analyse uitgevoerd van bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de haalbaarheid van het programma. Tot slot geven we in deze rapportage een aanzet voor verdere invulling van het onderzoeksprogramma voor de jaren 2015 en 2016.

Achtergrond

Het primaire doel van het programma Kwaliteit in Beweging is het ontwerp van een systeem gericht op duurzame bevordering van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Dat vindt enerzijds plaats door het ontwikkelen van betrouwbare en valide patiënt-gerapporteerde uitkomsten die in het primaire proces van diagnostiek en behandeling de fysiotherapeuten kunnen toepassen in het klinisch redeneren en (gezamenlijke) besluitvorming. Anderzijds door het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren als spiegel voor de kwaliteit van het proces en uitkomst van de fysiotherapeutische zorg waarmee de fysiotherapeut zich kan verbeteren. Voorwaarde is het realiseren van transparantie ten aanzien van het proces en uitkomst van de fysiotherapeutische interventie als indicator voor de kwaliteit van de zorg. Centraal onderdeel van het programma is het verzamelen van gegevens die van belang zijn om variatie in proces en uitkomsten op waarde te schatten ten aanzien van de fysiotherapeutische interventie en herkend worden door de fysiotherapeuten zelf.

Het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma dat wordt uitgevoerd door IQ healthcare richt zich op de ontwikkeling en wetenschappelijke evaluatie van het programma Kwaliteit in Beweging met specifieke doelstellingen:

1. Evaluatie van de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen.
2. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren op basis van patiënt - gerapporteerde uitkomsten en op basis van onderdelen van de fysiotherapeutische verslaglegging.
3. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een kwaliteitssysteem met intercollegiale toetsing (peer assessment) waarmee fysiotherapeuten de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren op grond van de eerder genoemde kwaliteitsindicatoren.
4. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een visitatiesysteem waarin het klinisch redeneren van fysiotherapeuten inzichtelijk wordt gemaakt.

Werkwijze

We hanteren een cyclische projectmatige aanpak om de doelstellingen van het onderzoeksprogramma te bereiken. De eerste fase van het onderzoeksprogramma voorziet in een viertal pilotprojecten met netwerken van eerstelijns fysiotherapiepraktijken waarin evaluatie van de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (doelstelling A); de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren (doelstelling B); en het ontwikkelen van peer assessment/kwaliteitsysteem (doelstelling C) plaatsvindt. Daarnaast is een project ingericht voor het ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem (doelstelling D).

2. Pilotprojecten

De vier pilotprojecten zijn ‘dakpansgewijs’ ingericht in 2013 en 2014 om te leren van ervaringen en om specifieke accenten te kunnen leggen op de pilots op basis van voortschrijdend inzicht. Belangrijk uitgangspunt voor de selectie van de pilots was het eigen initiatief van de deelnemende netwerken. Voor alle vier netwerken geldt dat het initiatief bij de groep zelf ligt. Het KNGF heeft als subsidiegever de vooraarden gecreëerd voor uitvoering van de pilot. Om de implementatie te verbeteren en duurzaamheid op de lange termijn te garanderen was het uitgangspunt dat bij de selectie van de pilotgroepen dat een intrinsieke motivatie moest bestaan waarbij een deel van de verantwoordelijkheid bij de pilotgroepen zelf is belegd. Door deze verantwoordelijkheid te nemen kregen zij de gelegenheid ook binnen hun eigen beleid de haalbaarheid van de scholing en de continuering in de toekomst te bestendigen

Het betreft de volgende vier pilots:

- Pilot Fysiocare Zuidoost Gelderland. Fysiocare is een coöperatie van 35 praktijken met 180 fysiotherapeuten. De pilot is in februari 2013 gestart en is eind 2014 afgerond. De pilot wordt voor de pilotgroep financieel ondersteund door zorgverzekeraar Menzis. De subsidie maakt het mogelijk dat de kosten voor scholing voor de deelnemers te reduceren en bood ruimte om de organisatie van het samenwerkingsverband mogelijk te maken.
- Pilot Fysio Omni in Zeeuws Vlaanderen. Fysio Omni is een coöperatie van 25 praktijken met ongeveer 80 fysiotherapeuten. De pilot is in september 2013 gestart en wordt in maart 2015 afgerond. De kosten voor scholing van de deelnemers in de pilot wordt financieel ondersteund door zorgverzekeraar CZ.
- Pilot Fysio10IJselland. In dit netwerk van 10 praktijken werken 100 fysiotherapeuten. De pilot is gestart in april 2014 en wordt in april 2015 afgerond. De scholing binnen de pilot wordt geheel gefinancierd vanuit de groep zelf.
- Pilot Rugnetwerk Noord Holland. Dit netwerk bestaat uit 65 praktijken met ongeveer 90 deelnemende fysiotherapeuten. De pilot is gestart in juni 2014 en heeft een geplande doorlooptijd tot september 2015. De scholingskosten van de deelnemers in de pilot wordt financieel ondersteund door zorgverzekeraar VGZ.

De cofinanciering van de zorgverzekeraars ondersteunt de deelnemende fysiotherapeuten in de kosten voor de scholing. De zorgverzekeraars hebben geen aanvullende voorwaarden gesteld aan de

deelnemende fysiotherapeuten en ontvangen vanuit de pilotgroepen een rapportage op geaggregeerd niveau zonder herleidbare gegevens naar praktijken of individuele fysiotherapeuten.

Voor de invulling van de pilots is gekeken naar de doelgroepen van patiënten en fysiotherapeuten waarmee een groot deel van de gangbare fysiotherapie in de eerstelijns in kaart kan worden gebracht. De doelgroepen patiënten zijn geselecteerd op basis van veel voorkomende aandoeningen/gezondheidsproblemen in de eerstelijns fysiotherapie praktijk. Hiervoor zijn de volgende doelgroepen geselecteerd van patiënten met: lage rugpijn, nekpijn, schouderklachten, heupklachten, knieklachten. Met de generieke aanpak van veel voorkomende gezondheidsproblemen richten we ons in de pilots in eerste instantie op de algemeen fysiotherapeut. In de pilots zijn ook verschillende organisatievormen meegenomen: coöperatie in oprichting (Fysiocare - project als binder), bestaande coöperaties (Fysio Omni en Fysio10Ijsselland) en een netwerk rond de inhoud (Rugnetwerk Noord Holland).

Voor elk van de vijf aandoeningen is een inventarisatie gedaan van potentiële valide en betrouwbare vragenlijsten (PROMs) om patiënt-gerapporteerde uitkomsten te kunnen meten. Medio 2013 vond de harmonisatie van potentieel geschikte PROMs plaats in samenwerking met het KNGF, Maastricht University, Hogeschool Zuyd en het VUmc. Deze lijst van PROMs hebben de basis gevormd voor de keuze van PROMs binnen de pilots in samenspraak met de betreffende netwerken en mogelijkheden voor toepassing binnen de elektronische patiëntendossiers. Deze PROMs zijn in de specificaties in 2014 opgenomen en worden waarschijnlijk vanaf medio 2014 geïmplementeerd.

Op basis van de inrichting van en ervaring met de eerste pilots en verdere concretisering van het onderzoeksprogramma hebben we het onderzoeksplan nader uitgewerkt voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren op basis van PROMs en de inbedding in het klinisch redeneren, inclusief het tijdspad voor de pilots van het programma. In onderstaand schema is de specifieke focus van de pilots weergegeven die de basis vormt voor de analyse en evaluatie van die pilots.

Schema 1: Focus van de pilots

	Naam	Beschrijving
	Pilots	
1	Fysiocare	Focus op haalbaarheid om routinematige metingen in te voeren in de praktijk. Bouwen van een data infrastructuur zodat data vanuit de EPD's kan worden doorgeleverd aan de LDF. Data analyse op basis van een voor- en nameting, zowel gericht op proces (hoe vaak wordt er gemeten en hoeveel tijd kost dit, wat is er nodig aan kennis en vaardigheden), op de randvoorwaarden (met name het gereed maken van de EPD's om aansluiting bij de LDF te realiseren) als op uitkomst (wat zijn de resultaten). Eerste ervaring met peer assessment voor bouw van het kwaliteitssysteem.
2	Fysio Omni	Op basis van ervaring in eerste pilot worden <i>knowledge brokers</i> ingezet die brugfunctie vervullen tussen praktijk en wetenschap en routinematig meten door collega's stimuleren en uitkomsten helpen interpreteren om in de toekomst project onafhankelijk door te kunnen gaan. Data analyse op basis van voor- en nameting, waarbij data van pilot 1 worden toegevoegd

		voor eerste uitwerking van kwaliteitsindicatoren.
3	Fysio10IJsselland	In deze pilot worden de <i>knowledge brokers</i> getraind om zelf de scholing en peer assessment van fysiotherapeuten te begeleiden. Data-analyse op basis van voor- en nameting, waarbij data van pilots 1 en 2 worden toegevoegd voor validatie van kwaliteitsindicatoren.
4	Rugnetwerk Noord Holland	Richt zich specifiek op lage rugklachten. Het netwerk heeft een intern visitatiesysteem dat wordt doorontwikkeld tot een kwaliteitsysteem voor peer assessment. Op basis van de ervaring met pilot 2 en 3 worden <i>knowledge brokers</i> getraind om de scholing en peer assessment van fysiotherapeuten te begeleiden en routinematig te meten. Specifieke focus in het project is het analyseren en vergelijken van de betrouwbaarheid en validiteit van de meetinstrumenten ODI ¹ en QBPDS ²

In de oorspronkelijke planning zouden de vier pilots eind 2014 worden afgerond. Ontbrekende randvoorwaarden voor aanleveren van data in de landelijke database is doorlooptijd van de eerste twee pilots verlengd en zijn de laatste twee pilots later van start gegaan. Conform de huidige bijgestelde planning wordt de laatste van de vier lopende pilots in september 2015 afgerond.

Hieronder geven we opsomming van concrete activiteiten en resultaten die in de verschillende pilots worden gerealiseerd:

- Ontwikkelde Programmagids
- Ontwikkeld scholingsprogramma met peer assessment activiteiten
- Nulmeting en nameting met vragenlijst voor attitude en gebruik en meetinstrumenten
- Tijdsbestedingsonderzoek van directe en indirecte patiëntgebonden tijd
- Startbijeenkomst met inleiding en scholing voor toepassing meetinstrumenten
- Twee tot drie peer assessment scholingsbijeenkomsten
- Plenaire bijeenkomst met terugkoppeling resultaten
- Scholingsprogramma gericht op de knowledge brokers zodat zij zelf de scholing kunnen uitvoeren
- Analyse van data voor resultaten op proces en uitkomst van de zorg
- Inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie op basis van interviews met deelnemende fysiotherapeuten en patiënten
- Foutenrapportage ten aanzien van invoer en export van data
- Programma van eisen voor de dataverzameling
- Contacten met softwareleveranciers om dataverzameling en export te verbeteren en te versnellen
- Harmonisatie van meetinstrumenten
- Eindrapportage per pilot

¹ Oswestry Disability Index

² Quebec Back Pain Disability Scale

3. Voorlopige resultaten

3.1 Toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen

De uitspoel van data tot en met september 2014 bevat data van 55 praktijken met in totaal 27.246 behandel episodes. Van 11 deelnemende praktijken waren nog geen data aangeleverd (zie hoofdstuk 4 voor een toelichting op de redenen voor nog niet aanleveren van data). De data zijn afkomstig van zes verschillende EPD's (Fysiologic, Fysioroadmap, Intramed, Fysiomanager, Incura, G2), waarbij vier EPD's (Fysioroadmap, Intramed, Fysiomanager, Fysiologic) in staat zijn om PROMs data uit te spoelen.

In de database met 27.246 behandel episodes waren 17.288 dossiers afgesloten. We hebben dossiers als afgesloten beschouwd als er een (datum) eindevaluatie is ingevuld, of als er meer dan 8 weken zijn verstreken na de laatste zitting. De eindevaluatie is in veel gevallen niet ingevuld, dus daarmee zijn veel dossiers formeel niet afgesloten. Met het hanteren van een periode van 8 weken zonder zitting hebben we het aantal afgesloten dossiers flink verhoogd. Er is echter een kans dat voor een deel van die dossiers de patiënt nog in behandeling is en er nog geen eindevaluatie en eindmeting heeft plaatsgevonden. Dat betekent dat het aantal afgesloten dossiers mogelijk is overschat waardoor er mogelijk een onderschatting van de eindmetingen is.

In de verdere beschrijving van de resultaten maken we gebruik van 12.514 dossiers waarvan de behandel episode is afgesloten en die afkomstig zijn van de EPD's die PROMs uit kunnen spoelen. Van de patiëntenpopulatie in de groep van de 12.514 dossiers is 58% vrouw en 42% man. Gemiddelde leeftijd van de patiënt is 51,2 jaar (sd: 18,9) Het gemiddelde aantal zittingen in de afgesloten behandel episodes is 7,1 (sd: 7,2, range 1-143).

De verdeling van patiënten over de verschillende aandoeningsgebieden in alle deelnemende praktijken is in tabel 1 weergegeven. Hieruit blijkt dat de vijf gekozen aandoeningen bij elkaar 77% van alle patiënten vertegenwoordigen.

Tabel 1: aandoeningsgebieden

	N	%
Rugklachten	3938	22,8
Nekklachten	3094	17,9
Schouderklachten	2656	15,4
Knieklachten	1766	10,2
Heupklachten	1398	8,1
Overig	4436	25,7
Totaal	17.288	100.0

In de verdere beschrijving van de resultaten maken we gebruik van 12.514 dossiers waarvan de behandelingsperiode is afgesloten en die afkomstig zijn van de EPD's die PROMs uit kunnen spoelen. Van de patiëntenpopulatie in de groep van de 12.514 dossiers is 58% vrouw en 42% man. Gemiddelde leeftijd van de patiënt is 51,2 jaar (sd: 18,9) Het gemiddelde aantal zittingen in de afgesloten behandelingsperiodes is 7,1 (sd: 7,2, range 1-143).

3.1.1 Toepassing van PROMs metingen

Tabel 2 laat zien welke PROMs worden ingevuld. De meeste metingen zijn uitgevoerd met de NPRS (n=3217) gevolgd door de PSK (1672). De QBPDS is 664 keer toegepast.

Tabel 2: PROMs toegepast

PROM	N
NPRS	3217
PSK	1672
GPE	1055
VAS	550
QBPDS	664
NDI	464
DASH (verkort)	317
KOOS (verkort)	204
HOOS (verkort)	71
AI	10

In tabel 3 zijn de enkele en herhaalde metingen per aandoening weergegeven. Bij gemiddeld 56% van de patiënten die in de doelgroep vallen en uitbehandeld zijn is minimaal een relevant meetinstrument gebruikt (minste bij knie en schouder) met een enkele meting aan het begin of eind van de behandeling. Bij gemiddeld 33% van de patiënten is de uitkomst van de behandeling gemeten met een herhaalde meting en/of de GPE.

Tabel 3: Enkele metingen en herhaalde metingen per aandoening

	N	Enkele meting		Herhaalde meting	
		N	%	N	%
Rug	3868	2346	61%	1385	36%
Nek	3009	1729	57%	1032	34%
Schouder	2564	1338	51%	682	26%

Heup	1364	1051	61%	552	32%
Knie	1709	636	46%	373	27%
Totaal	12.514	7062	56%	4162	33%

3.1.2 Kwalitatieve evaluatie

In het project worden verschillende kwalitatieve evaluaties uitgevoerd. In 2014 zijn er interviews uitgevoerd met fysiotherapeuten in de Fysio Omni pilot om te leren van hun ervaringen. In de interviews is onder andere gevraagd naar de ervaringen met het zinvol gebruik van PROMs, toepassing in de praktijk, en evaluatie van het scholingsprogramma. De analyses van de interviews vinden in 2015 plaats.

Sharon van Horne heeft als student Biomedische wetenschappen voor haar stage Communicatie gekeken naar de intrinsieke motivatie en ervaringen van fysiotherapeuten met het gebruik van PROMs om het routinematige en zinvolle gebruik van PROMs bij fysiotherapeuten in de eerste lijn te stimuleren. Zij heeft tien semigestructureerde interviews uitgevoerd met fysiotherapeuten die bekend zijn met het gebruik van PROMs in de praktijk. Dit betrof zowel deelnemers uit de pilot alsmede fysiotherapeuten die niet aan een pilot meedoen. Er is gevraagd naar de verschillende onderdelen uit de Theory of Planned Behaviour (attitude, sociale norm, ervaren en werkelijke controle) om de intrinsieke motivatie te bepalen. Daarnaast is gevraagd naar hun visie over PROMs als kwaliteitsindicator en hun aanbevelingen over hoe andere fysiotherapeuten overtuigd kunnen worden ook PROMs te gaan gebruiken. Haar conclusie is dat de meeste fysiotherapeuten praktisch ingestelde mensen zijn, voor wie de patiënt en diens behandeling centraal staat. Ze zien vooral veel voordelen van PROMs tijdens de behandeling: voor de diagnostiek, verheldering van de hulpvraag, het stellen van behandeldoelen, prognose en de communicatie met de patiënt. De tijdsinvestering voor het gebruik van PROMs wordt wisselend ervaren; sommige fysiotherapeuten vinden het een extra belasting terwijl anderen tijd besparen ervaren met name bij de diagnostiek. Het gebruik van PROMs kan verder toenemen als de ICT omgeving dit beter faciliteert. Kennis van PROMs en vaardigheden met het gebruik in de praktijk zijn voorwaardelijk voor het zinvol en routinematig toepassen. Fysiotherapeuten met veel ervaring en kennis van PROMs ervaren meer voordelen in het gebruik en ervaren niet veel weerstand bij patiënten om PROMs in te vullen, mits patiënten goed worden voorgelicht. Ten aanzien van het inzetten van PROMs voor het aantonen van kwaliteit naar externen is dit voor een aantal fysiotherapeuten minder relevant. Er zou dan ook meer aandacht besteed moeten worden aan het gebruik van PROMs binnen de behandeling en de nadruk zou minder gelegd moeten worden op PROMs als kwaliteitsindicator.

Implementatie van PROMs vraagt een gedragsverandering en dat kost tijd. Uit de evaluatie van de scholingsavonden bleek dat de deelnemende fysiotherapeuten over het algemeen enthousiast waren over de methodiek van peer assessment en dat die methodiek bijdraagt aan de betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling. Uit de evaluaties bleek echter ook dat er nog grote variatie is in de toepassing van PROMs, de competenties om deze ook te verzamelen en de competenties om schriftelijk verslag te leggen in de digitale dossiers. In de tijdsregistraties werd dit

beeld bevestigd: er was een grote variatie in de tijdsbesteding om een en ander in de dossiers vast te leggen.

3.1.3 Tijdsbesteding

In de eerste twee pilots hebben we een tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd bij alle deelnemende fysiotherapeuten. Alle fysiotherapeuten hebben gedurende twee weken registraties bijgehouden van directe en indirecte patiëntgebonden tijd (extra tijd buiten de behandeltijd zoals het inplannen van patiënten, het invullen van het dossier, communicatie naar externen, het invoeren van vragenlijsten of overig). Daarnaast hebben we gevraagd een inschatting te maken van niet-patiëntgebonden tijd op maandelijkse basis (zoals declaraties, vergaderingen, stagebegeleiding) en op jaarlijkse basis (zoals nascholing, IOF, contractering zorgverzekeraars). Alle fysiotherapeuten en praktijken ontvangen een individuele feedbackrapportage over hun eigen tijdsbesteding in vergelijking met collega's uit de praktijk en alle collega's. Uit de analyses blijkt dat de gemiddelde directe tijd gemiddeld 30.2 minuten per patiënt per zitting is en de gemiddelde indirecte tijd 7.5 minuten. Van de indirecte tijd wordt gemiddeld 0.8 minuten per patiënt per zitting aan meetinstrumenten/vragenlijsten besteed en gemiddeld 3.0 minuten aan het inhoudelijk dossier bijwerken. Het inplannen van nieuwe patiënten kost 0,8 minuten en communicatie met externen 1,2 minuten en de overig indirect patiëntgebonden tijd is 1,7 minuten. Per patiënt wordt per zitting gemiddeld 4,1 minuten besteed aan de maandelijkse activiteiten.

3.2 Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren

De ontwikkeling van uitkomstindicatoren op basis van de PROMs metingen bevindt zich nog in de beginfase omdat we nog maar kort over data beschikken en eerst een check is gedaan op de betrouwbaarheid van de data. Op basis van de data uitspoel tot en met september 2014 hebben we de eerste analyses gedraaid om een eerste indruk te krijgen van de uitkomsten en mogelijkheden voor ontwikkeling en validatie van de indicatoren. Naast de focus op uitkomstmetingen hebben we concept procesindicatoren ontwikkeld op basis van variabelen uit de verslaglegging die via de basisvraag in de LDF worden uitgespoeld. Tot slot hebben we op verzoek van het KNGF een analyse gedaan van structuurindicatoren op basis van praktijkvariabelen (zogenoemde POEI lijst) zoals die door het KNGF is uitgezet onder praktijken die zich hebben aangemeld voor deelname aan de LDF. Structuur- en procesindicatoren en tevens de patiënteigenschappen bevatten mogelijk verklarende factoren die de uitkomsten verklaren en handvatten bieden om de zorg te verbeteren. Voor elk onderdeel geven we in de volgende paragrafen de resultaten weer.

3.2.1 Uitkomstindicatoren op basis van PROMs

Voor de ontwikkeling van de uitkomstindicatoren maken we gebruik onder andere gebruik van landelijke instrumenten zoals de Indicatorstandaard en de handleiding PROMs.³ Deze documenten beschrijven een methodiek om de kwaliteit van de indicatoren op de volgende criteria te beoordelen: inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en statistisch betrouwbaar onderscheiden. De betekenis van de beoordelingscriteria is als volgt:

³ De Indicatorstandaard wordt beheerd door Zorginstituut Nederland. Er is tevens een Handleiding PROMs ontwikkeling in concept beschikbaar die door het Nivel is ontwikkeld.

Inhoudsvaliditeit

De relatie tussen de geleverde zorg (of het ontbreken daarvan) en de zorguitkomsten is duidelijk. Voor uitkomstindicatoren betekent dit dat is aangetoond dat de gemeten uitkomst beïnvloedbaar is door de zorgaanbieder(s) waar de indicator betrekking op heeft. Per klachtengebied en zelfs per indicator kunnen populatiekenmerken waarvoor gecorrigeerd moet worden verschillen.

Vertekening

De indicatorwaarden van verschillende zorgaanbieders op een bepaalde indicator zijn vergelijkbaar. Er zijn drie vormen van vertekening (*bias*) te onderscheiden:

- *Registratievergelijkbaarheid*: Het proces van meten, registreren en aanleveren van de voor de indicator benodigde gegevens dient juist, volledig en uniform en zonder systematische meetfouten te gebeuren. (bv. eigenschappen van de EPD's).
- *Populatievergelijkbaarheid*: De vergelijkbaarheid van indicatorwaarden wordt niet beïnvloed door verschillen in populatiekenmerken (bv door specifieke kenmerken in de praktijk populatie op basis van werklocatie etc) .
- *Steekproef- en responsvergelijkbaarheid*: De vergelijkbaarheid van indicatorwaarden wordt niet beïnvloed door verschillen tussen de steekproef en de totale populatie.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Een indicator dient het vermogen te hebben om zorgaanbieders met bovengemiddelde en ondergemiddelde indicatorwaarden te onderscheiden van gemiddeld scorende aanbieders. Bij dit criterium speelt het aantal waarnemingen dat een zorgaanbieder kan aanleveren een essentiële rol: bij een te laag aantal waarnemingen wordt de rol van toeval veelal te groot om betrouwbaar verschillen in prestaties te kunnen detecteren. Dit is een belangrijk punt bij het interpreteren van de resultaten op praktijk cq fysiotherapeut niveau. Een vuistregel uit de handleiding PROMs is dat er minimaal 30 waarnemingen per praktijk nodig zijn om statistisch betrouwbaar te onderscheiden.

Om uitkomstindicatoren te kunnen formuleren en te toetsen hebben we de eerste analyses uitgevoerd voor elk van de aandoeningen en PROMs.

Inhoudsvaliditeit

1. Ongecorrigeerde scores voor de verschillende meetinstrumenten (beginscore, eindscore, verschilscore) voor de hele patiëntenpopulatie van alle deelnemende fysiotherapeuten gezamenlijk.
2. Percentage patiënten dat een klinisch relevante verbetering laat zien op basis van de ongecorrigeerde verschilcores op de meetinstrumenten.

Vertekening:

3. Populatievergelijkbaarheid: verschillen in karakteristieken van de populatie
4. Registratievergelijkbaarheid: verschillen tussen EPD's in aanlevering van kenmerken van de behandeling en van PROMs data.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden:

5. Verschillen tussen praktijken op basis van de ongecorrigeerde verschillen op de meetinstrumenten.

Na de berekening van de scores op de indicatoren op basis van ongecorrigeerde data, is de volgende stap om door de data te corrigeren voor relevante kenmerken van de patiënt die het resultaat van de handeling kunnen beïnvloeden. Denk daarbij aan leeftijd, geslacht, duur van de klacht, sociaal economische status. We zullen dat doen dat met behulp van multilevel regressieanalyses. Deze analyses vormen nog geen onderdeel van dit rapport.

3.2.1.1 Ongecorrigeerde scores voor meetinstrumenten op hele populatie

In tabel 4 en 5 zijn de ongecorrigeerde beginscores, eindscores en verschillen van relevante meetinstrumenten weergegeven bij rugklachten en nekklachten. Als we kijken naar de QBPDS als aandoeningsspecifieke PROM bij lage rugklachten zien we een gemiddelde beginscore van 35,7 (sd: 19,2), een gemiddelde eindscore van 18,4 (sd: 14,5) en een gemiddelde verschil van 21,6 (sd 17,4). In de literatuur wordt een klinisch relevante verschil van 15-20 punten aangehouden. Bij nekklachten met de NDI als aandoeningsspecifieke PROM zien we een gemiddelde beginscore van 13,9 (sd: 8,5), een gemiddelde eindscore van 7,7 (sd: 6,6) en een gemiddelde verschil van 7,8 (sd: 7,1). In de literatuur wordt een verschil van 7 punten aangehouden als klinisch relevant. Voor de Global Perceived Effect (GPE) is alleen de eindscore relevant, omdat de GPE de ervaren verandering van de klacht na behandeling meet. De gemiddelde scores op de GPE voor rugklachten nekklachten is respectievelijk 4,2 (sd: 2,4) en 4,1 (sd: 2,3), deze score ligt dus dicht in de buurt van 'onveranderd'.

Tabel 4: Ongecorrigeerde scores op meetinstrumenten bij rugklachten

Meetinstrument	N	Beginscore (SD)	Eindscore (SD)	Verschijscore (SD)
NPRS	552	6,0 (2,0)	3,2 (2,3)	3,2 (2,6)
QBPDS	248	35,9 (19,1)	17,9 (14,3)	22,3 (17,3)
GPE	335			4,2 (2,4)

Tabel 5: Ongecorrigeerde scores op meetinstrumenten bij nekklachten

Meetinstrument	N	Beginscore (SD)	Eindscore (SD)	Verschijscore (SD)
NPRS	421	6,1 (2,1)	3,2 (2,2)	3,3 (2,6)
NDI	170	14,3 (8,5)	7,7 (6,6)	7,9 (7,2)
GPE	263			4,1 (2,3)

3.2.1.2 Percentage patiënten met klinisch relevante verbetering op ongecorrigeerde verschillen

Om te kijken voor hoeveel patiënten er sprake was van een klinisch relevante verschil op de meetinstrumenten hebben we in tabel 6 het percentage patiënten weergegeven dat een klinisch relevante verschil laat zien op de NPRS, QBPDS, NDI en GPE. Ook hier blijkt dat de GPE score het minst gevoelig is.

Tabel 6: Klinisch relevante verschillen

Meetinstrument	N	Klinisch relevant verschil	% patiënten met klinisch relevant verschil
NPRS	N=1573	2 punten	68,7
QBPDS	N=265	15 punten	59,6
NDI	N=182	7 punten	52,7
GPE	N=1055	Score 1 of 2	40,3

3.2.1.3 Verschillen in kenmerken van de populatie

Om eventuele verschillen in kenmerken van de populatie en kenmerken van de behandeling in kaart te brengen hebben we de resultaten van de aangeleverde gegevens van de verschillende EPD's met elkaar vergeleken. We kwamen daarbij geen opvallende verschillen tegen voor bijvoorbeeld leeftijd en geslacht van de patiënt, of verdeling van aandoeningen over de patiëntenpopulatie.

3.2.1.4 Verschillen in aanlevering van PROMs

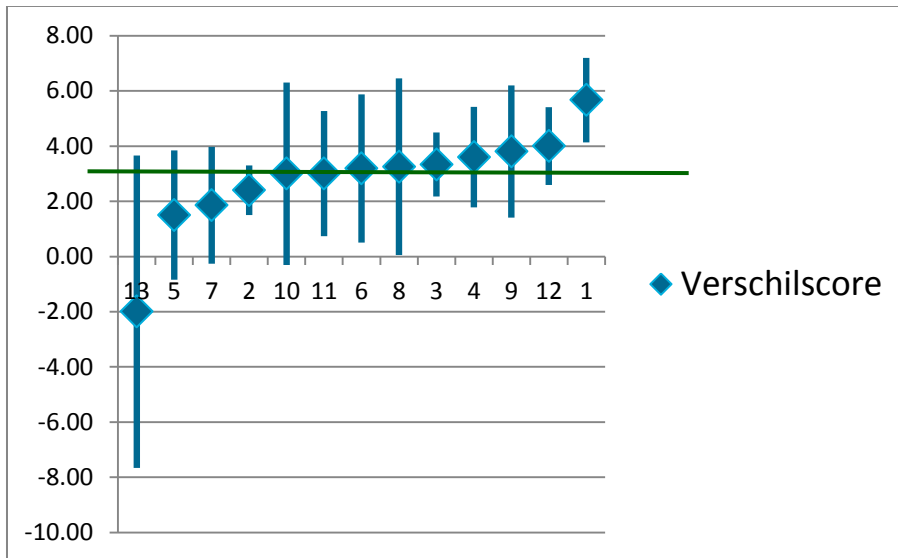
De vergelijkbaarheid van de aangeleverde uitkomsten door de verschillende EPD's op basis van PROMs data was goed. We vonden geen opvallende verschillen tussen uitkomsten van de verschillende PROMs.

Wel vonden we verschillen voor wat betreft de aanlevering van PROMs data. Zoals eerder beschreven beschikken twee EPD's nog niet over de mogelijkheid om PROMs data uit te spoelen. Daarnaast zien we verschillen in de uitspoel per meetinstrument. Zo wordt bijvoorbeeld de PSK in Fysioroadmap in een hoge frequentie aangeleverd (65% enkele meting; 23% herhaalde meting) terwijl bij andere EPD's de uitspoel van de PSK nog niet mogelijk is. Oorzaak daarvan is dat de veel verschillende versies van de PSK bestaan. Het opschonen van die verschillende versies in de EPD's is dus van groot belang om de metingen en aanlevering van de geharmoniseerde versie van de PSK te bevorderen. Bij sommige EPD's kunnen PROMs op meerdere plaatsten in het EPD worden ingevuld, maar deze maar van één specifieke plek uitgespoeld. Hierdoor is er een onderschatting van het aantal PROMs in de database.

3.2.1.5 Verschillen tussen praktijken op ongecorrigeerde verschillen

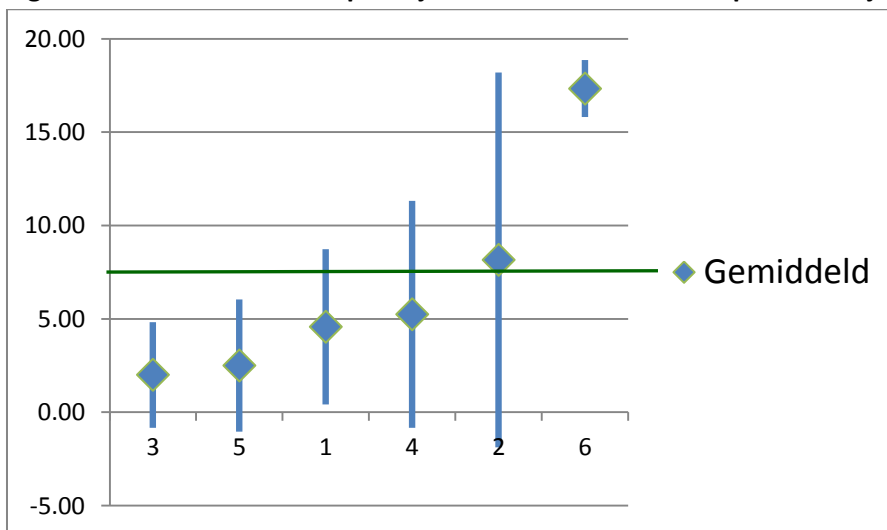
We hebben ook een eerste analyse gedaan van de verschillen in de scores tussen praktijken. Eventuele verschillen tussen praktijken bieden aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering op basis van intercollegiale toetsing. Uit figuur 1, 2 en 3 blijkt dat die verschillen inderdaad bestaan. In deze analyse zijn praktijken geïncludeerd met minimaal 10 waarnemingen. Van hen zijn de gemiddelde verschillen op de NPRS, NDI en QBPDS in kaart gebracht. Het betreft data die nog niet zijn gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen praktijken van patiëntkenmerken.

Figuur 1: Verschillen tussen praktijken voor verschillcores op de NPRS bij lage rugklachten¹



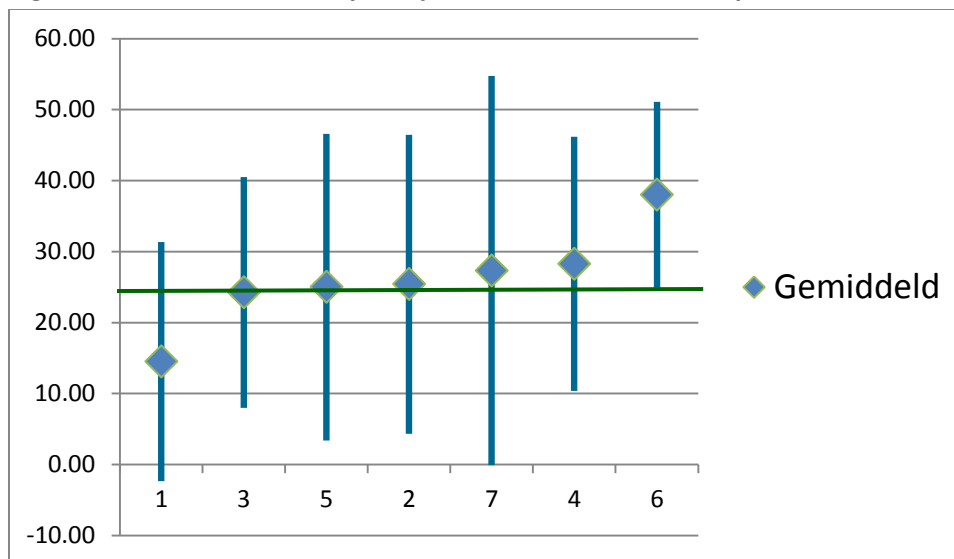
¹ De groene lijn is het landelijke gemiddelde

Figuur 2: Verschillen tussen praktijken voor verschillcores op de NDI bij nekklachten¹



¹ De groene lijn is het landelijke gemiddelde

Figuur 3: Verschillen tussen praktijken voor verschillscores op de QBPDS¹



¹ De groene lijn is het landelijke gemiddelde

3.2.2 Procesindicatoren op basis van verslaglegging

In de basis uitvraag 2013 is een beperkt aantal variabelen uitgevraagd die een indruk geven van het proces van de behandeling. Op basis van de eerste verzamelde data heeft IQ healthcare in samenwerking met Mediquest concept procesindicatoren ontwikkeld die relevant zijn voor inzicht in en interpretatie van de uitkomsten de zorg die met PROMs worden gemeten. De eerste versie van de indicatoren op basis van de database tot en met oktober 2014 (N=12.514) ziet er als volgt uit:

Indicator 1	Volledigheid verslaglegging van anamnese: hulpvraag, duur en beloop	
Volledige definitie	Percentage kenmerken uit de anamnese (hulpvraag, duur van de klachten, beloop) dat is vastgelegd.	
Teller	Aantal kenmerken van de anamnese (hulpvraag, duur en beloop) dat is vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken.	
Indicatorscore met spreiding (min/max) en percentielscore	Gemiddelde indicatorscore	46,4%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	33%
	Score 75 ^e percentiel	67%
Opmerking	De variabele beloop is niet aangeleverd door één EPD	

Indicator 2	Volledigheid verslaglegging van analyse en behandelplan: fysiotherapeutische diagnose, hoofddoel en verwacht herstel	
Volledige definitie	Percentage kenmerken uit de analyse en het behandelplan (fysiotherapeutische diagnose, hoofddoel, verwacht herstel) dat is vastgelegd.	
Teller	Aantal kenmerken (fysiotherapeutische diagnose, hoofddoel, verwacht herstel) dat is vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken.	
Indicatorscore met spreiding (min/max) en percentielscore	Gemiddelde indicatorscore	82,4%
	Minimum en maximumscore	33-100%
	Score 25 ^e percentiel	67%
	Score 75 ^e percentiel	100%

Indicator 3	Gebruik meetinstrumenten	
Volledige definitie	Percentage patiënten waarbij minimaal één meetinstrument is vastgelegd.	
Teller	Aantal patiënten waarbij minimaal één meetinstrument is gebruikt	
Noemer	Totaal aantal patiënten.	
Indicatorscore met spreiding (min/max) en percentielscore	Gemiddelde indicatorscore	44,8%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	0%
	Score 75 ^e percentiel	100%
Opmerking	Deze score is gebaseerd op het zelf gerapporteerde gebruik uit het dossier van alle meetinstrumenten die in de KNGF-richtlijnen worden uitgevraagd over alle aandoeningen (dus niet beperkt tot de vijf aandoeningen in de pilots)	

Indicator 4	Behaald resultaat	
Volledige definitie	Percentage patiënten waarbij het resultaat van de behandeling volgens de fysiotherapeut volledig of gedeeltelijk is behaald.	
Teller	Aantal patiënten waarbij het eindresultaat volledig of gedeeltelijk is behaald.	
Noemer	Totaal aantal patiënten.	
Indicatorscore met spreiding (min/max) en percentielscore	Gemiddelde indicatorscore	21.3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	0%
	Score 75 ^e percentiel	0%
Opmerking	In veel dossiers is het behandelresultaat niet vastgelegd en de wijze waarop	

	EPD's het behandelresultaat vastleggen varieert. De registratievergelijkbaarheid is daarmee onvoldoende.	
--	--	--

Bij indicator 1,2, en 4 zien we veel variatie tussen EPD's waardoor scores beïnvloed lijken te worden door de verschillen in registratiebetrouwbaarheid. Het volledig behaalde behandelresultaat varieerde van 8.6% tot 62.9% tussen de verschillende EPD's. Deze verschillen impliceren dat de registratiebetrouwbaarheid voor sommige procesvariabelen nog onvoldoende is.

3.2.3 Structuurindicatoren op basis van Praktijkinformatie (POEI)

Op verzoek van het KNGF hebben we een analyse uitgevoerd van de concept indicatoren gebaseerd op de eerste uitvraag van de gegevens van de Praktijk Organisatie en Etalage Informatie (POEI). Deze data is uitgevraagd in 2013. Alle praktijken die zich hebben aangemeld bij de Landelijke Database Fysiotherapie zijn uitgenodigd om deze vragenlijst in te vullen voor iedere praktijklocatie afzonderlijk. Het voorafgestelde doel van het KNGF om de informatie te verzamelen was tweeledig; enerzijds wordt de informatie gebruikt voor de ontwikkeling van structuur- en procesindicatoren om de praktijkorganisatie en informatie voor andere partijen inzichtelijk te maken; anderzijds kan de informatie worden gebruikt voor patiënten om hen te helpen bij de keuze van een fysiotherapeut, bijvoorbeeld op websites van kiesbeter.nl.

De selectie van de uit te vragen variabelen voorafgaand aan de uitvraag is gemaakt door het KNGF. Bij de selectie is door het KNGF gebruik gemaakt van de variabelen afkomstig van het voormalige Kwaliefy. Het aantal gemeten variabelen is sterk gereduceerd. Daarnaast zijn er enkele andere variabelen toegevoegd, die bij samenstelling van de uit te vragen variabelen door het KNGF in 2013 van belang werden geacht maar ten tijde van Kwaliefy (nog) niet van toepassing waren. Te denken valt hierbij aan informatie voor patiënten over een fysiofitscan.

In 2013 hebben 854 praktijken deze lijst ingevuld, waarvan 591 praktijken de lijst volledig hebben ingevuld en akkoord hebben gegeven voor gebruik van de gegevens. De gegevens van deze praktijken zijn meegenomen in de analyse. Hieronder worden per indicator de variabelen benoemd en een berekeningswijze voor een indicatorscore met daarbij enkele opmerkingen/afwegingen. De gemiddelde indicatorscores variëren van 43% tot 59% en laten een grote spreiding zien. Onderstaande tabellen beschrijven een korte samenvatting van de scores op de vijf indicatoren met de belangrijkste afwegingen en opmerkingen. We merken daarbij op dat met de huidige uitvraag zowel inhoudelijk als op de manier van uitvragen geen valide en betrouwbare indicatoren ontwikkeld kunnen worden. In paragraaf 4.2 gaan we hier verder op in.

Tabel 1. Etalage-informatie beschikbaar

Indicator 1	Etalage-informatie beschikbaar	
Volledige definitie	Percentage kenmerken per praktijklocatie waarbij op minimaal 2 manieren duidelijke informatie beschikbaar is over het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis, prijslijst, beweeginterventie, fysiofitscan, extra diensten en klachtenprocedure.	
Teller	Aantal kenmerken van de praktijklocatie (het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis, prijslijst, beweeginterventie, fysiofitscan, extra diensten en klachtenprocedure) waarover ten minste op 2 manieren (website, folder wachtkamer, folder balie, anders) duidelijke informatie beschikbaar is.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (10).	N=591
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	54%
	Minimum en maximumscore	0-90%
	Score 25 ^e percentiel	40%
	Score 75 ^e percentiel	70%
	95% betrouwbaarheidsinterval	52-56%

Opmerkingen indicator 1

- Uit de data is niet af te leiden of activiteiten niet plaatsvinden in de praktijk (bijv. behandeling aan huis, fysiofitscan) of dat er geen digitale of schriftelijke informatie beschikbaar is want er wordt alleen gevraagd of deze informatie digitaal of op papier opvraagbaar is.
- Het is de vraag of alle vier de manieren waarop de informatie ter beschikking wordt gesteld (website, folder balie of anders) even belangrijk worden geacht en dus even zwaar meetellen in de score.
- Het is onduidelijk wat de ‘anders’ optie inhoudt en daardoor is er geen berekening te maken

Tabel 2. Indicator 2 veiligheid gewaarborgd.

Indicator 2	Veiligheid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage kenmerken per praktijklocatie waarbij veiligheid op het gebied van eerste hulp vaardigheden, arbeidsomstandigheden (arbo), veiligheidsuitrusting en hygienisch werken is geprotocolleerd en jaarlijks wordt nagelopen.	
Teller	Aantal veiligheidskenmerken (eerste hulp vaardigheden, Arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken) van de praktijklocatie die zijn geprotocolleerd en jaarlijks worden nagelopen.	
Noemer	Totaal aantal veiligheidskenmerken (4) of geldig HKZ/ISO certificaat.	N=591
Indicatorscore met spreiding (min/max),	Gemiddelde indicatorscore	58%

percentielscore en 95% BI	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	50%
	Score 75 ^e percentiel	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	65-71%
Opmerkingen	Praktijklocaties met een geldig HKZ of ISO certificaat scoren automatisch 100% op deze indicator	

Tabel 3. Indicator 3 kwaliteitsbeleid.

Indicator 3	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage kenmerken per praktijklocaties waarbij procedures zijn voor de registratie van kritische incidenten, patiëntenforum, jaarlijkse update van lokale protocollen, jaarlijkse evaluatie in een kwaliteitsjaarverslag.	
Teller	Gemiddelde van alle kenmerken (procedures zijn voor de registratie van kritische incidenten, patiëntenforum, jaarlijkse update van lokale protocollen, jaarlijkse evaluatie in een kwaliteitsjaarverslag) per praktijklocatie.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk 4, bij een solopraktijk 3, omdat daar geen kwaliteitsjaarverslag nodig is).	N=572
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	43%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	25%
	Score 75 ^e percentiel	75%
	95% betrouwbaarheidsinterval	41-46%

Opmerking indicator 3:

- De procedure van de klachtenregeling is niet meegenomen in deze indicator omdat deze vraag hier geen informatie over geeft (de vraag in de vragenlijst luidt 'is er binnen uw praktijk afgelopen jaar gebruik gemaakt van de klachtenregeling' en dit zegt niets over het bestaan van een procedure van de klachtenregeling. Daarnaast zijn klachten moeilijk te gebruiken als indicator omdat hier een groot aantal factoren een rol spelen.

Tabel 4. Indicator 4. Mate van professionele samenwerking

Indicator 4	Mate van professionele samenwerking	
Volledige definitie	Percentage kenmerken per praktijklocatie waarbij binnen en buiten de praktijk overleg plaatsvindt over aandoeningen, individuele patiënten, de samenwerkingsorganisatie en structurele afspraken met andere (potentiële) behandelaars.	
Teller	Aantal kenmerken van overleg binnen de praktijk en worden afspraken vastgelegd (over aandoeningen, individuele patiënten, en de organisatie); en is er overleg buiten de praktijk en worden afspraken vastgelegd (over aandoeningen, individuele patiënten en samenwerking).	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk zijn dit er 12, bij een	N=555

	solopraktijk 6, aangezien solisten geen intern overleg hebben).	
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	59%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	33%
	Score 75 ^e percentiel	83%
	- 95% betrouwbaarheidsinterval	57-62%
Opmerking	Monodisciplinair solopraktijk is gedefinieerd als een solopraktijk. Een multidisciplinair gezondheidscentrum is gedefinieerd als een meermanspraktijk	

Tabel 5. Indicator 5. Vertrouwelijkheid gegevens geborgd

Indicator 5	Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij een beleid is over informatieveiligheid, NEN-norm, en de uitvoering van een risicoanalyse	
Teller	Aantal kenmerken (aanwezigheid beleid over informatieveiligheid, NEN-norm en de uitvoering van een risicoanalyse)	
Noemer	Totaal aantal kenmerken: 3	N=560
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	44%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	33%
	Score 75 ^e percentiel	67%
	- 95% betrouwbaarheidsinterval	41-47%

Opmerking indicator 5:

- Het is de vraag of de fysiotherapeut voldoende op de hoogte is van de inhoud van de NEN7510. Dit blijkt uit het feit dat onderdeel van de NEN 7510 de verplichte risico analyse is, en deze wordt veel minder vaak uitgevoerd.

3.3 Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een kwaliteitssysteem/peer assessment

De kern van het kwaliteitssysteem bestaat uit de peer assessment methodiek als vorm van intercollegiale toetsing waarbij fysiotherapeuten elkaar feedback geven op hun handelen op basis van casuïstiek. In de peer assessment trainingen binnen de lopende pilots staat het toepassen van PROMs in het diagnostisch proces centraal voor het verhelderen van de hulpvraag en het gezamenlijk met de patiënt vaststellen van de behandeldoelen en voor (tussen en/of) evalueatie van de behandeling.

Deelnemende fysiotherapeuten in de pilots worden in 4-5 scholingsbijeenkomsten begeleid in de toepassing van PROMs. Een eerste algemene bijeenkomst bestaat uit toelichting op het project en instructies voor de PROMs metingen, informatie over PROMs (toepassing, interpretatie van scores etc.). Daarna volgt een serie van 3 bijeenkomsten voor de toepassing van PROMs met behulp van peerassessment. Voor elke scholingsbijeenkomst is een handleiding gemaakt voor docenten en hebben deelnemers informatie ontvangen met doelstelling en achtergrondmateriaal. Voor de peer

assessment sessies zijn patiëntencasussen geschreven met daaraan gekoppelde PROM scores bij intake en (tussen)evaluatie. Daarnaast zijn opdrachten uitgewerkt voor de rol van fysiotherapeut, patiënt en beoordelaar. De peer assessment is in kleine groepjes van 6-8 fysiotherapeuten uitgevoerd onder begeleiding van docenten van de HAN en onderzoekers van IQ healthcare. In de laatste peer assessment bijeenkomst richt de intercollegiale feedback zich op werkelijke uitkomsten op van data uit de EPD's. In een slotbijeenkomst (eventueel gecombineerd met een peer assessment sessie) worden de eindresultaten van de pilot aan het netwerk gepresenteerd en bediscussieerd. De praktijken krijgen handvatten om zelfstandig het kwaliteitsverbetertraject voor te zetten aan de hand van eigen data uit de feedbacktool.

Naast de training voor de toepassing van PROMs is verslaglegging door middel van het beoordelen van elkaars dossiers een ander onderdeel van de scholing. Op basis van de beoordeling hebben collega's elkaar tijdens de scholingsbijeenkomsten feedback met adviezen gegeven op de dossiers, onder andere gericht op het formuleren van de fysiotherapeutische diagnose en het gebruik van PROMs om tot de behandeldoelstelling te komen.

De deelnemende fysiotherapeuten uit Fysiocare en Fysio Omni hebben de peer assessment sessies voor toepassing van PROMs in het diagnostisch proces en voor de evaluatie achter de rug. De scholing van de Fysio10IJselland fysiotherapeuten was eind 2014 bijna afgerond, waarbij de zogenoemde *knowledge-brokers* een active rol vervullen in de trainingen ondersteund door experts van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen en IQ healthcare.

3.4 Ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem

Het ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem is ingericht in een project waarvan de voorbereidingen in het voorjaar van 2014 zijn gestart. Het project voorziet in de ontwikkeling van een model voor intercollegiale visitatie van eerstelijns fysiotherapiepraktijken gericht kwaliteitsverbetering van de praktijkvoering en individuele beroepsuitoefening.

Intercollegiale visitatie is een systeem van interne kwaliteitstoetsing dat zowel binnen als buiten de gezondheidszorg veel wordt toegepast. Het is een intercollegiale toetsing op basis van gelijkwaardigheid, betrouwbaarheid en deskundigheid. Het model is gestoeld op het leren van elkaar. Het wordt omschreven als een instrument waarmee personen of organisaties elkaar de spiegel voorhouden, zodat ze na visitatie een volgende stap (kunnen) zetten in het eigen ontwikkelingsproces.

Het doel van het project is het ontwikkelen en testen van een intercollegiaal visitatiesysteem waarin eerstelijnspraktijken fysiotherapie elkaar visiteren op de kwaliteit van de praktijkvoering en individuele beroepsuitoefening. Het intercollegiale visitatiesysteem is gericht op het transparant maken van de zorg met als primaire doel het verbeteren van kwaliteit.

Het project levert de volgende resultaten op:

- Een model voor intercollegiale visitatie van eerstelijns fysiotherapiepraktijken gericht op de kwaliteit van de praktijkvoering en individuele beroepsuitoefening.

- Een vastgestelde set criteria voor kwaliteit met differentiatie in verbeterpotentieel.
- Een zelfevaluatie-instrument waarmee praktijken zich kunnen voorbereiden op de visitatie.
- Een draaiboek voor uitvoering van de visitaties met handleiding voor visiteurs en te visiteren praktijken en fysiotherapeuten.
- Een implementatieplan voor landelijke invoering van de intercollegiale visitaties, inclusief een voorstel voor het trainen van visiteurs.

De pilot wordt uitgevoerd bij praktijken van FysioGroep Haaglanden. FysioGroep Haaglanden is een vereniging van ongeveer 60 praktijken in de regio Den Haag. De pilot wordt uitgevoerd met een selectie van 10 praktijken binnen de vereniging. In het najaar van 2014 is gestart met de ontwikkeling van de visitatiesystematiek. De eerste versie daarvan is eind 2014 besproken door de begeleidingscommissie.

4. Analyse

In dit hoofdstuk analyseren we de resultaten in relatie tot de vier gestelde doelen van het onderzoeksprogramma: A) de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomsten; B) de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren; C) het ontwikkelen van peer assessment; D) het ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem.

4.1 Toepasbaarheid

Voor het slagen van de pilots en het vervolgens kunnen ontwikkelen van betrouwbare en valide uitkomstindicatoren is een tweetal essentiële randvoorwaarden van belang: (a) realisatie van adequate uitspoel van data in de landelijke database fysiotherapie; en (b) betrouwbare en valide dataverzameling. Op beide randvoorwaarden hebben we knelpunten gesignaleerd die hieronder worden toegelicht. We constateren daarbij dat enerzijds veel knelpunten in de looptijd van het project zijn opgelost, maar dat anderzijds nog steeds knelpunten bestaan. Daarnaast vraagt het meten van uitkomsten om gedragsverandering bij de deelnemende fysiotherapeuten. Om die gedragsverandering te faciliteren is het geven van feedback op de resultaten van groot belang. Op die manier krijgen de data betekenis. Het is dus belangrijk om voldoende tijd te nemen om 'in te kunnen groeien'; het ontwikkelen van complexe systemen vraagt om continue evaluatie en bijstelling. Medio 2014 hebben we de eerste complete dataset uit de LDF ontvangen waarmee we een start konden maken met analyses.

Uitspoel van data in landelijke database fysiotherapie

Essentiële randvoorwaarde voor het slagen van de pilots is de uitspoel van de data die in de elektronische patiëntendossiers (EPD's) worden verzameld. Die uitspoel vindt plaats in de landelijke database fysiotherapie (LDF). De PROMs data dienen conform de specificaties in het EPD te worden opgeslagen en vervolgens uitgespoeld in de LDF. Dat vraagt om adequate medewerking van de softwareleveranciers en om adequate opslag en verwerking in de LDF door de databeheerder.

Eind 2013 was nog geen enkel EPD in staat was om eenvoudig PROMs data uit te spoelen in de LDF. Vanwege de vertraging in de data-uitspoel is eind 2013 besloten om de doorlooptijd van de Fysiocare pilot te verlengen. Daarnaast zijn de andere pilots later van start gegaan zodat de randvoorwaarden

voor data-uitspoel eerst gerealiseerd konden worden. De data-uitspoel tot en met september 2014 bevatte data van 55 praktijken. Van 11 deelnemende praktijken waren nog geen data aangeleverd. Een van de redenen is dat enkele kleine EPD's nog niet in staat zijn om PROMs uit te spoelen en data aan te leveren aan LDF. Een andere reden is dat de derde pilot is gestart in april 2014 en praktijken vanaf juli zijn gaan aanleveren.

Naast de uitspoel van de PROMs data is de uitspoel van de gegevens in de basisuitvraag van belang. Deze data worden al wel uitgespoeld in de LDF maar de kwaliteit van de data kan nog verbeterd worden. Er wordt door KNGF en Mediquest gewerkt aan herstel van de fouten in de uitspoel. Zodra we de beschikking hebben over een robuuste dataset kunnen we starten met analyses om de procesindicatoren verder te evalueren. Hiervoor is het belangrijk dat er regelmatig een inhoudelijke en technische test van de data plaatsvindt. Daarnaast zullen fysiotherapeuten goed geïnstrueerd moeten worden welke gegevens aangeleverd worden en waarom. We zagen bijvoorbeeld dat het afsluiten van de behandelingsperiode vaak niet gebeurt en dus nog aandacht vraagt.

Betrouwbaarheid en validiteit van data

Om tot betrouwbare en valide data te komen in de pilots is het essentieel dat er een routine wordt opgebouwd van meten als onderdeel van het klinisch handelen en het opslaan van deze metingen als data zodat er voldoende data beschikbaar zijn om de resultaten van de fysiotherapeutische interventie te kunnen analyseren. Dit vraagt om inspanning van zowel fysiotherapeut als patiënt om de respons zo hoog mogelijk te krijgen. Ten tweede dienen de data voldoende robuust te zijn om betrouwbare analyses uit te kunnen voeren. Die robuustheid heeft onder andere te maken met registratievergelijkbaarheid. Daarnaast dienen de verzamelde data voldoende betrouwbaar te zijn om per onderzochte aandoening/gezondheidsprobleem (op basis van diagnosecodering) analyses te kunnen doen.

Uit de eerste pilots blijkt dat de routine van dataverzameling langzamerhand wordt opgebouwd met herhaalde uitkomstmetingen in ongeveer 33% van alle patiënten met de vijf aandoeningen waarvoor PROMs worden ingezet. Uit de interviews blijkt dat dit aantal zeker nog hoger kan. Fysiotherapeuten geven aan dat het steeds makkelijker wordt als je een keer gestart bent en zijn optimistisch over de toepassing van PROMs in hun routine. In de analyses in 2013 van de data in de eerste pilot zagen we 12% aan herhaalde metingen. De huidige analyses laten dus een flinke sprong vooruit zien. Daarnaast houden we rekening met een overschatting van het aantal afgesloten dossiers in de huidige analyses, waardoor een aantal uitgevoerde eindmetingen mogelijk gemist worden. Voor de dossiers die nog niet zijn afgesloten is het immers aannemelijk dat er nog een nameting zal plaatsvinden. Met een meetpercentage van 33% lopen we in de pas met bijvoorbeeld de GGZ sector die al een paar jaar eerder met routinematige metingen aan de slag is gegaan.

Een van de knelpunten voor een hoger percentage aan uitkomstmetingen is het ontbreken van online patiëntenportals bij veel EPD's, waarmee de patiënt zelf de vragenlijsten online kan invullen voorafgaand aan de zitting met de fysiotherapeut. Die mogelijkheid tot online invullen zou de fysiotherapeut een hoop tijd kunnen schelen, hetgeen blijkt uit interviews met therapeuten die al wel over die mogelijkheid beschikken. Nu moeten de data in de meeste EPD's handmatig worden

ingevoerd. Bij veel EPD's worden de data ook niet direct zichtbaar in het dossier door gescheiden opzet van PROMs en EPD's. Daarnaast is de feedbacktool voor terugkoppeling van uitkomsten van zorg nog niet operationeel.

Gedragsverandering

Een ander aandachtspunt is dat het opbouwen van een routine van het meten met PROMs tijd kost. Het vraagt om een gedragsverandering van de fysiotherapeut om consequent bij elke patiënt een voormeting en nameting te doen. Uit de interviews blijkt dat therapeuten een belangrijke rol hebben in het stimuleren van deze metingen door de patiënt en dat de beschikbaarheid van een portal het aantal metingen positief bevordert. In de scholing besteden we veel aandacht aan het betekenisvol inbouwen van een routine om te meten. We hebben daarnaast het concept van de *knowledge brokers* ingevoerd om PROMs metingen te stimuleren. Ondanks het enthousiasme van fysiotherapeuten in de pilots vraagt het opbouwen van routine om continue aandacht en reminders. Voor de landelijke invoering is dat een belangrijk aandachtspunt, waarbij zeker ook nagedacht moet worden over patiënten voorlichtingsmateriaal wat we ter beschikking stellen aan de fysiotherapeut.

4.2 Ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren

De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op basis van de aangeleverde data bevindt zich nog in de beginfase en er moet nog verdere kennis worden opgebouwd. We hebben zowel voor de uitkomstindicatoren, procesindicatoren als structuurindicatoren eerste analyses uitgevoerd.

Uitkomstindicatoren

De kwaliteitsindicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomsten worden enerzijds gebruikt voor (interne) kwaliteitsverbetering van fysiotherapeuten en praktijken en anderzijds voor externe verantwoording van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Voor de ontwikkeling van betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren is het van belang om voldoende data te verkrijgen die robuuste analyses mogelijk maken. We schatten in dat we voor elke PROM voor- en nametingen van zo'n 1000 patiënten nodig hebben om een uitkomstindicator te kunnen ontwikkelen. De huidige dataset is daarvoor nog te klein. Indien het project in het huidige tempo kan worden voortgezet en de betrouwbaarheid van data verzameling toeneemt verwachten we na afronding van de pilots voldoende data te hebben om een uitspraak te kunnen doen over de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren voor rugklachten en nekklachten. Belangrijke voorwaarde daarvoor is dat de EPD's een volledige uitspoel van de geharmoniseerde PROMs realiseren.

De gemiddelde verschillen op de NPRS, QBPDS en NDI zijn groter dan de waarden die in de literatuur worden gezien als een klinisch relevant verschil. De gemiddelde patiënt gaat er dus op vooruit na behandeling door de fysiotherapeut. Er is wel sprake van veel spreiding in de uitkomsten. Op individueel niveau van patiënten is die spreiding logisch, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de meetfout van de individuele scores. Op groepsniveau geven de uitkomsten echter wel een indicatie van de vooruitgang van patiënten. De uitkomsten kunnen dan gebruikt worden voor kwaliteitsbevordering, bijvoorbeeld door te kijken naar verschillen tussen praktijken. De analyses laten zien dat er inderdaad verschillen tussen praktijken bestaan. Daarbij merken we op dat de dataset nog te klein is om statistisch betrouwbare uitspraken te doen. Dat neemt echter niet weg

dat praktijken feedback op hun scores kunnen gebruiken voor het eigen kwaliteitsbeleid. De uitkomsten bieden prima aanknopingspunten voor kwaliteitsbevordering op basis van peer assessment en onderlinge visitaties.

De volgende stap is betreft het corrigeren van de data voor relevante kenmerken van de patiënt die het resultaat van de handeling kunnen beïnvloeden. Denk daarbij aan leeftijd, geslacht, duur van de klacht, sociaal economische status. We zullen dat doen dat met behulp van multilevel regressieanalyses.

Procesindicatoren

In het project zijn vier concept procesindicatoren ontwikkeld op basis van volledigheid van de verslaglegging, gebruik van meetinstrumenten en behaald resultaat. De gemiddelde scores op de vier indicatoren variëren van 23.3% (resultaat volledig behaald) tot 84.4% (volledigheid verslaglegging voor diagnose, hoofddoel en verwacht herstel). De procesindicatoren dienen vooral ter ondersteuning van analyses naar de uitkomsten van de zorg: kunnen we een relatie leggen tussen het proces en de uitkomst? In de volgende fase zullen we starten met deze analyses.

Bij indicator 1,2, en 4 zien we veel variatie tussen EPD's waardoor scores beïnvloed lijken te worden door de verschillen in registratiebetrouwbaarheid. Deze verschillen kunnen worden verklaard door de inrichting van het EPD. Het is van belang dat EPD's een logische plaats voor de uit te spoelen variabelen inrichten waarbij variabelen die maar op één plaats kunnen worden ingevuld, en de antwoordcategorieën conform de specificaties zijn.

Structuurindicatoren

Ons inziens is op basis van de huidige uitvraag van de POEI variabelen geen valide uitspraak te doen over de kwaliteit van de praktijkorganisatie. Dit heeft een aantal oorzaken:

- Door het ontbreken van bijna een kwart van de lijsten is selectie bias mogelijk of was het wellicht niet goed mogelijk de lijsten in te vullen
- Het is niet duidelijk gedefinieerd welke van de uitgevraagde variabelen bedoeld zijn voor etalage-informatie aan patiënten en welke informatie bedoeld is als indicator voor kwaliteit. Bijvoorbeeld de fysiofitscan; dit is ons inziens geen relevante variabele voor de kwaliteit van de praktijkorganisatie (de indicator) maar het is wel van belang voor de etalage-informatie voor patiënten. Voor de etalage-informatie voor patiënten kunnen dan ook andere faciliteiten worden toegevoegd, bijvoorbeeld valtraining. Maar dan zouden wel meerdere elementen vermeld moeten worden, waarom de fysiofitscan wel en niet een val-analyse bijvoorbeeld.
- Er ontbreekt een aantal variabelen die van belang kunnen zijn voor de kwaliteit van de praktijkorganisatie. Te denken valt hierbij aan het hebben van een klachtenregeling of deelname aan meldcodes mishandeling voor het berekenen van een kwaliteitscore of vernieuwende innovatieve producten of faciliteiten ten behoeve van patiënten keuze.
- De manier van uitvragen leidt tot interpretatieverschillen, bijvoorbeeld bij de vraag of informatie (o.a. aanwezigheid van een keurmerk) digitaal of schriftelijk opvraagbaar is. Het is

dan niet duidelijk of deze activiteiten niet aangeboden worden / niet aanwezig is in de praktijk of dat er alleen niet via de website of schriftelijk informatie over te vinden is.

Onze conclusie is dat met de huidige uitvraag zowel inhoudelijk als op de manier van uitvragen geen valide en betrouwbare indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Wij adviseren om de uit te vragen variabelen te herzien om zodoende indicatoren te ontwikkelen die een goed beeld geven over de kwaliteit van de praktijkorganisatie. Daarnaast is het zinvol om te inventariseren welke informatie voor patiënten van belang is en waar zij deze informatie kunnen vinden. Hiervoor dienen professionals uit het veld en de patiëntenvereniging uitgenodigd te worden voor een consensusprocedure om zodoende een breed gedragen indicatorenset te ontwikkelen.

4.3 Ontwikkeling kwaliteitssysteem/peer assessment

Uit de evaluatie van de scholingsavonden blijkt dat de deelnemende fysiotherapeuten over het algemeen enthousiast waren over de methodiek van peer assessment en dat die methodiek bijdraagt aan de betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling. In deze evaluaties bleek echter ook dat er nog grote variatie is in de toepassing van PROMs, de competenties om deze ook te verzamelen en de competenties om schriftelijk verslag te leggen in de digitale dossiers. De effectiviteit van peer assessment op het fysiotherapeutisch handelen is recentelijk beschreven in twee publicaties in *Physical Therapy Journal*.⁴ Het doorontwikkelen van de methodiek voor verschillende toepassingen blijkt succesvol en vormt een belangrijk basis voor de verdere vormgeving van de verschillende scholingsactiviteiten.

4.4 Ontwikkeling visitatiesysteem

Dit project is in 2014 start gegaan en er zijn nog geen voortgangsanalyses gedaan. De groep fysiotherapeuten van Fysiogroep Haaglanden is erg enthousiast en gemotiveerd om mee te doen.

5. Doorkijk naar 2015 en 2016

In november 2014 hebben we een plan van aanpak voor het onderzoeksprogramma voor 2015-2016 opgeleverd. Hierover moet nog besluitvorming plaatsvinden met het KNGF. Het plan van aanpak is als bijlage bijgevoegd. De samenvatting is hieronder weergegeven.

Het plan van aanpak beschrijft het voorstel van onderzoeksinstituut IQ healthcare voor het onderzoeksprogramma Kwaliteit in beweging voor 2015 en 2016. We hebben daarbij onderzoeklijnenlijnen uitgezet die bijdragen aan de doelstellingen van het onderzoeksprogramma: (a) evaluatie van de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs), (b) de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren; (c) het ontwikkelen en testen van peer-assessment; (d) het ontwikkelen en testen van een visitatiesysteem. Het plan van aanpak voorziet enerzijds in de afronding en doorstart van lopende projecten en anderzijds in een aantal mogelijke nieuwe

⁴ Van Dulmen et al. (2014) Effectiveness of Peer Assessment for Implementing a Dutch Physical Therapy Low Back Pain guideline: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy Journal*; Maas et al. (2014) An Innovative Peer Assessment Approach to Enhance Guideline Adherence in Physical Therapy: A Single-Masked, Cluster-Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy Journal*, *forthcoming*

projecten en activiteiten die ingericht kunnen worden op basis van prioritering en mogelijkheden voor financiering.

Afronding en doorstart lopende projecten

1. Afronding van de scholingstrajecten in de vier huidige pilotprojecten
2. Continuering van dataverzameling en feedback in de huidige vier pilot netwerken
3. Ontwikkelen en testen van systematiek voor intercollegiale visitatie

Voor elke van de bovenstaande projecten geldt dat dataverzameling in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) randvoorwaardelijk is voor de uitvoering. De gegevens van het fysiotherapeutische proces en uitkomst (PROMs) worden gebruikt in de scholing, peer assesment en intercollegiale visitatie van de verschillende projecten. De huidige infrastructuur voorziet op hoofdlijnen in de dataverzameling, maar er zijn nog verschillende aandachtspunten ten aanzien de ondersteuning van dataverzameling door het elektronisch patiëntendossier, de juiste (weergave van) variabelen in het EPD, en de aanlevering van data aan de LDF. Dit vraagt om gerichte en adequate aansturing vanuit het KNGF.

Mogelijke nieuwe projecten en activiteiten

4. Landelijke toepassing van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs) bij rugklachten en nekklachten
5. Doorontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in samenspraak met de NPCF
6. Opzetten van nieuwe projecten voor patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen bijvoorbeeld gericht op chronische aandoeningen, specialisaties en werksetting.

Voor deze nieuwe projecten gelden extra aandachtspunten voor de data infrastructuur. De landelijke toepassing van PROMs bij rug- en nekklachten vraagt om ondersteuning vanuit het KNGF kantoor voor de implementatie. Vragenlijsten en andere variabelen voor nieuwe metingen moeten worden gespecificeerd, ingebouwd in de EPD's en aangeleverd aan de LDF.

6. Conclusies en aanbevelingen

De resultaten van de pilots zijn bemoedigend voor de verdere stimulering van het gebruik van PROMs in de fysiotherapie. De pilots verlopen succesvol voor het enthousiasmeren van fysiotherapeuten om met PROMs aan de slag te gaan. De scholing draagt in belangrijke mate bij aan de bewustwording van de toepassingsmogelijkheden van PROMs in de fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling. Die positieve attitude is van essentieel belang voor het verder opbouwen van routine in het meten van patiënt-gerapporteerde uitkomsten bij intake en na afloop van de behandeling. Met het huidige percentage van 33% herhaalde metingen zien we een flinke toename ten opzichte van de 12% die we een jaar geleden hebben gemeten.

Knelpunten voor het opbouwen van betekenisvolle en routinematige metingen zijn het ontbreken van online portals voor patiënten om zelf de vragenlijsten in te kunnen vullen, de koppeling van PROMs aan het EPD, en het nog ontbreken van feedback over de resultaten om de betekenisvolle toepassing te stimuleren.

Bij de procesindicatoren zien we veel variatie tussen EPD's waardoor scores beïnvloed lijken te worden door de verschillen in registratiebetrouwbaarheid. De vergelijkbaarheid van de aangeleverde uitkomsten door de verschillende EPD's op basis van PROMs data was goed. We vonden geen opvallende verschillen tussen EPD's op de scores van de PROMs. Wel vonden we verschillen voor wat betreft de aanlevering van PROMs data. Sommige EPD's leveren nog niet alle PROMs aan en er bestaan verschillen in versies van PROMs. Het aanleveren van alle relevante en geharmoniseerde PROMs is van belang voor de verdere analyses van de data.

De uitkomsten van de fysiotherapeutische zorg op basis van de PROMs laten zien dat de gemiddelde patiënt er op vooruit is gegaan na fysiotherapeutische behandeling. Er is sprake van flinke spreiding waarbij ongecorrigeerde scores laten zien dat op de aandoeningsspecifieke PROMs 43-70% van alle patiënten een klinisch relevante verbetering laat zien. Er zijn ook verschillen tussen praktijken en fysiotherapeuten op de scores op de PROMs. Dat biedt prima aanknopingspunten voor kwaliteitsbevordering op basis van peer assessment en onderlinge visitaties.

In overleg met het KNGF zullen we de activiteiten voor 2015 en 2016 inrichten. We hebben daarvoor een plan van aanpak opgeleverd met een voorstel voor afronding en doorstart van lopende projecten en met mogelijke nieuwe projecten en activiteiten.

Voor de lopende en nieuwe projecten geldt dat dataverzameling in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) randvoorwaardelijk is voor de uitvoering. De gegevens van het fysiotherapeutische proces en uitkomst (PROMs) worden gebruikt in de scholing, peer assesment en intercollegiale visitatie van de verschillende projecten. De huidige infrastructuur voorziet op hoofdlijnen in de dataverzameling, maar er zijn nog verschillende aandachtspunten ten aanzien de ondersteuning van dataverzameling door het elektronisch patiëntendossier, de juiste (weergave van) variabelen in het EPD, en de aanlevering van data aan de LDF. Dit vraagt om gerichte en adequate aansturing vanuit het KNGF.

Voor de continuering van de opgebouwde routine binnen de vier lopende pilots is het van belang dat de datauitspoel voor de vier lopende pilots blijft voortbestaan nadat de pilots formeel zijn afgesloten. Continue feedback van data via de LFD is van essentieel belang om fysiotherapeuten gemotiveerd te houden en te ondersteunen in de zinvolle toepassing van PROMs. En we hebben daarmee ook de mogelijkheid om data te verzamelen voor verdere validering van de data.