

Eindrapport onderzoeksprogramma Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB)

Dr. Simone van Dulmen

Dr. Philip van der Wees

Guus Meerhoff, MSc.

Marjo Maas, MSc.

Femke Driehuis, MSc.

Annick Bakker-Jacobs

Juliette Cruijsberg, MSc.

Janine Liefers, MSc.

Prof. Dr. Ria Nijhuis-van der Sanden

Nijmegen, 25 april 2017

Eindrapport onderzoeksprogramma Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB)

Projectgroep:

Ria Nijhuis-van der Sanden

Philip van der Wees

Simone van Dulmen

Guus Meerhoff

Marjo Maas

Femke Driehuis

Annick Bakker-Jacobs

Juliette Cruijsberg

Janine Liefers

Correspondentie:

Radboudumc, IQ healthcare

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

Postbus 9101 (114 IQ healthcare), 6500 HB Nijmegen

T: 024-361 7680

E: Philip.vanderwees@radboudumc.nl

Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Dulmen van SA, Wees van der PJ et al. Eindrapport onderzoeksprogramma Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB). Nijmegen: IQ healthcare, april 2017).

IQ healthcare Scientific Center for Quality of Healthcare

Instituut Het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een wetenschappelijk centrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning van kwaliteit, veiligheid, innovatie en ethische aspecten van de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is een groot wetenschappelijk programma opgebouwd en uitgevoerd, met onderzoek op het terrein van ondermeer kwaliteitsrichtlijnen, transparantie, implementatie van innovatie, inbreng van patiënten in de zorg, veiligheid, ketenzorg en professionele ontwikkeling. Ruim 70 promovendi werken aan een proefschrift; zij ontwikkelen belangrijke methoden en instrumenten voor toetsing en verbetering van kwaliteit. IQ healthcare is de laatste jaren uitgegroeid tot een van de grootste wetenschappelijke centra in Europa op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie van de gezondheidszorg.

Missie Verbeteren van de kwaliteit en de waarde van de gezondheidszorg voor patiënten, door middel van onderzoek, onderwijs en beleidsondersteuning.

Visie IQ healthcare vindt dat de kwaliteit en veiligheid van gezondheidszorg verbeterd kan worden als de toegevoegde waarde (value) van gezondheidszorg voor alle betrokkenen beter zichtbaar wordt gemaakt, de zorg met geringe baten achterwege wordt gelaten (de-implementatie) en zorginnovaties - alsmede evidence based interventies vakkundig worden geïmplementeerd en geëvalueerd.

De wetenschappelijke aanpak van IQ healthcare richt zich radicaal op waardebeoordeling en -vermeerdering van gezondheidszorg (value driven healthcare) voor patiënt, zorgverlener, verzekeraar en overheid, waardoor onnodige kosten afnemen en de houdbaarheid van de gezondheidszorg op systeemniveau verbetert. Waardebeoordeling hierbij vindt plaats vanuit verschillende wetenschappelijke perspectieven (medisch, economische, sociologisch, ethisch etc.) en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Hiertoe zullen:

1. Verschillen in (onnodige) kosten en kwaliteit van zorg beter zichtbaar moeten worden gemaakt
2. Resultaten van gezondheidszorg of uitkomsten van zorg systematisch gemeten en geanalyseerd moeten worden
3. Good practices en zorginnovaties vakkundig worden geïmplementeerd

Expertise

- Gezondheidszorgonderzoek
- Implementatieonderzoek
- Betaalbaarheid en doelmatigheid
- Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten
- Integrale zorg voor kwetsbare ouderen
- Paramedisch zorg
- Medische ethiek
- Verplegingswetenschap
- Patiënt empowerment
- Veiligheid
- Transparantie kwaliteit van zorg
- Toegepast onderzoek

Contact IQ healthcare
Radboudumc
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

W www.iqhealthcare.nl
T 024 36 15 305
F 024 35 40 166
E iqhealthcare@radboudumc.nl
Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen

Inhoud

Management samenvatting	6
1. Inleiding	13
1.1 Achtergrond.....	13
1.2 Doelstelling.....	14
1.3 Ontwikkelingen binnen de looptijd van het onderzoeksprogramma	15
1.4 Leeswijzer	15
2 Methode.....	16
2.1 Samenwerking met netwerken van fysiotherapeuten.....	17
2.2 Kwaliteitsindicatoren en het kwaliteitssysteem	18
2.2.1 Wat is kwaliteit?	18
2.2.2 Ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren	19
2.2.3 Patiënt gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs)	20
2.3 Peer assessment en visitatie	21
2.3.1 Peer assessment.....	22
2.3.2 Visitatie.....	22
2.3.3 Kwaliteitsindicatoren voor intervisie en visitatie	23
2.4 Implementatie	25
2.4.1 Plusprogramma	27
2.5 Data-infrastructuur.....	27
2.6 Patient reported experience measures (PREMs)	28
3 Wetenschappelijke evaluatie	30
4 Resultaten.....	32
4.1 Resultaten van data uit de LDF.....	32
4.1.1 Gegevens in de database.....	33
4.1.2 Meten van uitkomsten met PROMs	33
4.1.3 Uitkomstindicatoren op basis van PROMs.	34
4.1.4 Ongecorrigeerde scores voor PROMs	36
4.1.5 Gecorrigeerde verschilcores PROMs	37
4.1.6 Procesindicatoren op basis van verslaglegging	39
4.2. Peer Assessment	41
4.2.1 Eigenschappen van een coach.....	43
4.3 Visitatie.....	44

4.4	PREM	49
4.5	Producten	51
4.5.1	Rapportages.....	51
4.5.2	Wetenschappelijke publicaties.....	53
5.	Reflectie.....	55
5.1	Algemene reflectie op behaalde doelstellingen en het proces.....	55
5.2	Reflectie op specifieke onderdelen	58
5.2.1	Toepasbaarheid van peer assessment	58
5.2.2	Toepasbaarheid van praktijkvisitatie	59
5.2.3	Toepasbaarheid van PROMs.....	60
5.2.4	Uitspoel van data in Landelijke Database Fysiotherapie.....	60
5.2.5	Betrouwbaarheid en validiteit van data	61
6.	Conclusies en aanbevelingen	62
	Literatuurlijst	65

Management samenvatting

Inleiding

De lange termijn doelstelling van het Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB) is het ontwikkelen en invoeren van een integraal kwaliteitssysteem voor de fysiotherapie dat voldoet aan de maatschappelijke en politieke vraag om transparantie en doorlopende optimalisering en borging van kwaliteit. Uitgangspunt van het MKIB is dat ontwikkelde onderdelen niet leiden tot administratieve lastenverzwaring. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) wil de regie voeren bij het bepalen van de kwaliteit en de professionele standaard en daarbij eigen verantwoordelijkheid nemen om in samenspraak met patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars de fysiotherapeutische zorg te optimaliseren, te borgen en transparant te maken.

In 2013 heeft het KNGF subsidie verleend aan IQ healthcare om het onderzoeksprogramma 'Ontwikkeling en evaluatie programma Kwaliteit in Beweging' (KiB) te realiseren. Het onderzoeksprogramma is gestart op 1 april 2013 met een looptijd tot 31 december 2016. In 2015 is na een herijking van het onderzoeksprogramma de focus minder op PROMs komen te liggen en de naam van het onderzoeksprogramma veranderd in Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB). De algemene doelstelling om te komen tot een kwaliteitssysteem dat de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg transparant maakt, borgt en de voortdurende ontwikkeling daarvan stimuleert, is gehandhaafd. Als gevolg van het plusprogramma dat in 2016 is ontwikkeld is de looptijd van het onderzoeksprogramma verlengd tot 31 maart 2017. In dit rapport beschrijven we de methoden en resultaten van het onderzoeksprogramma, reflecteren we op de resultaten en doen we aanbevelingen voor vervolgactiviteiten.

Doelstellingen

De specifieke doelstellingen voor ontwikkeling en wetenschappelijke evaluatie van het programma door IQ healthcare waren bij aanvang van het programma:

1. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en op basis van fysiotherapeutische verslaglegging.
2. Ontwikkelen, implementeren, evalueren en aanpassen van een kwaliteitssysteem waarmee fysiotherapeuten de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren op basis van kwaliteitsindicatoren.
3. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een visitatiesysteem, als onderdeel van het kwaliteitssysteem, waarin ook het klinisch redeneren en het fysiotherapeutisch handelen wordt getoetst.

Methode

Voor de ontwikkeling en het testen van de indicatoren en het kwaliteitssysteem, bestaande uit intervisie en visitatie, is intensief samengewerkt met netwerken van fysiotherapeuten uit verschillende regio's in Nederland. Door de inzet van deze netwerken kon het cyclisch proces van de ontwikkeling en de evaluatie van het kwaliteitssysteem in co creatie worden vormgegeven. Belangrijk uitgangspunt voor de selectie van de pilots was het eigen initiatief van de deelnemende netwerken.

Er zijn in de pilot projecten twee cycli te onderscheiden. De eerste cyclus van vier pilots was gericht op het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem, het vaststellen van PROMs, de implementatie van PROMs in het klinisch redeneren en het ontwikkelen van de eerste stappen van de peer assessment als specifieke vorm van intervisie. De tweede cyclus van vijf pilots was gericht op het (door)ontwikkelen van de peer assessment in verschillende modules en op de ontwikkeling van het visitatiesysteem. De pilot projecten zijn dakpansgewijs (dat wil zeggen deels overlappend in de tijd) ingericht om te leren van ervaringen en om specifieke accenten te kunnen leggen in de pilots op basis van voortschrijdend inzicht.

Kwaliteitsindicatoren

Een indicator geeft een aanwijzing (indicatie) voor goede of slechte kwaliteit. Hiermee kunnen eventuele verschillen in kwaliteit aangetoond worden. Indicatoren kunnen voor verschillende doelen worden gebruikt: voor de individuele patiënt, voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe transparantie. Bij aanvang van het onderzoeksprogramma lag de focus op het ontwikkelen van indicatoren voor interne en externe transparantie en met een focus op patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs). Na de herijking en het omzetten in het MKIB programma verschoof de focus van het programma naar interne kwaliteitsverbetering en de ontwikkeling van een vragenlijst naar patiëntervaringen (PREM) naast de PROMs.

Kwaliteitssysteem van intervisie en visitatie

In de eerste cyclus pilots is ervaring opgedaan met peer assessment als specifieke vorm van intervisie om gedrag te beïnvloeden met feedback op basis van rollenspel en casuïstiek. Peer assessment is een specifieke vorm van intervisie. Peer assessment onderscheidt zich van klassieke intervisie door het gebruik van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren waardoor richting gegeven kan worden aan het feedback en verbeterproces. De focus lag hierbij op het routinematig gebruik maken van PROMs, communicatie, klinisch redeneren en de dossiervoering. De ervaring die hiermee is opgedaan is gebruikt voor het verder ontwikkelen van het kwaliteitssysteem, waarin eigen video's werden gebruikt. IQ healthcare heeft in samenwerking met een adviesgroep van fysiotherapeuten en auditoren een kwaliteitsprogramma ontwikkeld waarin leren en verbeteren ten aanzien van het fysiotherapeutische handelen centraal staan. Dit kwaliteitsprogramma bestaat uit een combinatie van modules voor intervisie en visitatie.

Een intervisiecyclus met peer assessment bestaat uit minimaal twee bijeenkomsten. De bijeenkomsten worden voorbereid door middel van online zelf-assessment en peer assessment. Een zelf-assessment is een methodisch uitgevoerde evaluatie van (reflectie op) het eigen professionele handelen. Bij peer assessment wordt deze evaluatie uitgevoerd door een groep collega's (peers). De ontwikkeling van het visitatiesysteem verliep parallel aan de ontwikkeling van het intervisiesysteem.

Het visitatiesysteem is ontwikkeld om de kwaliteit op praktijkniveau inzichtelijk te maken, waarbij naast het klinisch redeneren ook andere accenten gericht op de praktijkvoering en patiëntveiligheid een plaats hebben. Bij visitatie wordt de praktijk bezocht door twee collega fysiotherapeuten opgeleid tot visiteur. De praktijk ontvangt feedback op de kwaliteit van de praktijkvoering, welke gebaseerd is op heldere, vooraf bekende indicatoren. Dit vormt de basis voor een door de praktijk te maken verbeterplan.

Data-infrastructuur

Voor de inrichting van het kwaliteitssysteem is de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) opgezet. In deze database wordt de kwaliteitsinformatie van fysiotherapeutische zorg verzameld. De PROMs en procesdata dienen conform de specificaties in het EPD te worden opgeslagen en worden vervolgens uitgespoeld in de LDF. Fysiotherapeuten kunnen de verzamelde informatie gebruiken om zelf de kwaliteit van hun dienstverlening te monitoren en te verbeteren. De LDF koppelt de resultaten terug per praktijk(locatie) en op het niveau van de individuele fysiotherapeut. Dit biedt de mogelijkheid om scores te vergelijken met de gemiddelde landelijke scores.

In de (door)ontwikkeling van het kwaliteitssysteem voor de intervisie en visitatie is een systeem ontwikkeld waar alle voorbereidingen en beoordelingen online gedaan kunnen worden op een beveiligde website. Bij peer assessment biedt deze ICT-applicatie de peer groep inzicht in de producten van de peer groepsleden, waaronder EPD's en video-opnames. De EPD's en video's worden, voorafgaand aan een gezamenlijke bijeenkomst, online geëvalueerd door leden van de peer groep. Bij visitatie gebruikt de praktijk de website om kwaliteitsinformatie van de praktijk te uploaden. Deze informatie wordt voor bezoekers inzichtelijk gemaakt. De beoordeling van de praktijk geschiedt ook met behulp van online feedbackformulieren.

Wetenschappelijke evaluatie

Voor de wetenschappelijke evaluatie van het onderzoeksprogramma zijn specifieke vraagstellingen geformuleerd:

1. Wat is er bekend over de effecten van (peer) audit en feedback op kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en welke methoden zijn bewezen effectief? En hoe worden deze effecten gemeten?
2. Hoe is de implementatie van het kwaliteitssysteem verlopen en wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie?
3. Wat is de impact van het kwaliteitssysteem op de professionalisering van het methodisch handelen van de fysiotherapeut en de praktijkorganisatie van eerstelijns fysiotherapie praktijken?
4. In hoeverre levert het kwaliteitssysteem bruikbare informatie om de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen en de praktijkorganisatie te verbeteren en inzichtelijk te maken?

Er zijn diverse kwantitatieve en kwalitatieve analysemethoden toegepast voor de wetenschappelijke evaluatie. Voor kwantitatieve analyses is onder andere gebruik gemaakt van multilevel regressie analyse. De data uit interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd middels een thematische content analyse methode.

Resultaten

Data uit de LDF

De totale database bevat in november 2016 data van 1.101 praktijken en 5.639 fysiotherapeuten. De totale database bevat 587.798 behandel episodes. Daarvan zijn 115.394 behandel episodes (20%) afkomstig uit de pilotregio's. Rugklachten komen het meest voor bij patiënten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat bij aanvang van de pilots bij 21.1% van de patiënten minimaal één relevant meetinstrument gebruikt is met een herhaalde meting aan het begin en eind van de behandeling. Aan het eind van de pilots was dat percentage toegenomen tot 39.4%. De fysiotherapeuten die niet aan pilots deelnamen hadden gemiddeld 32.0% herhaalde metingen.

De NPRS voor het meten van pijn en de PSK voor het meten van patiënt specifieke klachten zijn de meest gebruikte algemene PROMs. Van de aandoeningsspecifieke PROMs zijn de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) bij rugpijn en de Neck Disability Index (NDI) bij nekpijn het meest gebruikt. Als we kijken naar de QBPDS als aandoeningsspecifieke PROM zien we een gemiddelde beginscore van 34.6, een gemiddelde eindscore van 13.9 en een gemiddelde verschilscore van 24.7. Als we 15 punten verbetering als klinisch relevant beschouwen dan zien we dat 67.0% van alle patiënten gemeten met de QBPDS klinisch relevant verbeterd.

Om uitkomsten tussen praktijken met elkaar te kunnen vergelijken hebben we multivariate regressieanalyses uitgevoerd met case-mix correctie voor de variabelen leeftijd en geslacht van de patiënt en de duur van de klacht voor de eerste behandeling. We zagen grote verschillen in uitkomsten tussen praktijken. Dergelijke verschillen vormen aanknopingspunten voor intercollegiale toetsing in de intervisie en visitatie.

Intervisie

Voor de uitvoering van intervisie met peer assessment zijn vier modules ontwikkeld. De modules 'communicatie' en 'dossiervoering' zijn door verschillende netwerken in de tweede pilot cyclus getest. De modules 'klinisch redeneren' en 'feedback op proces en uitkomsten' zijn nog niet getest op grote schaal. Coaches spelen een belangrijke rol bij het proces om de kwaliteit van de bijeenkomst te bewaken. Uit de resultaten blijkt dat fysiotherapeuten verschillende eigenschappen belangrijk vinden voor een coach. De belangrijkste eigenschappen waren: 'bewaken van de veiligheid en een veilige sfeer', 'stimuleren van actieve participatie' en 'leiding geven aan een groepsproces'.

De kwantitatieve impact van de peer assessment is uitgedrukt in veranderingen in verschilscores tussen de eerste en tweede bijeenkomst van de peer assessment cyclus. Data van 351 deelnemende fysiotherapeuten laten zien dat de zelf-assessment scores lager waren dan de peer assessment scores – men is kritischer op zichzelf dan op anderen. De gemiddelde scores van alle indicatoren laten zien dat de scores in de tweede bijeenkomst aanmerkelijk hoger waren.

Visitatie

Het proces van visitatie bestaat uit diverse stappen en er wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Voorafgaand aan de visitatie wordt door de praktijk alle relevante kwaliteitsinformatie in het systeem gevoerd, zodat deze zichtbaar wordt voor de bezoekers. Alle praktijken vullen voorafgaand aan de visitatie een zelfevaluatie in over de kwaliteit van praktijkvoering (zelf-assessment). De Team Climate Inventory (TCI) is een vragenlijst waarin het teamklimaat binnen hun eigen praktijk beoordeeld kan worden. De TCI bestaat uit 38 vragen welke op te delen zijn in vier hoofdschalen: 'Ervaren veiligheid voor participatie', 'Ondersteuning bij innovatie', 'Teamvisie' en 'Taakgerichtheid'. De visitatie bestaat uit een rondleiding door de praktijk, een dossiertoets, een gesprek over de kwaliteit van de praktijkvoering aan de hand van vooraf aangeleverde documenten, het TCI rapport en de uitkomsten van de PROMs. Er zijn zes indicatoren ontwikkeld voor de visitatie.

De specifieke uitkomsten van de visitaties zijn vertrouwelijk. Over het algemeen was het kwaliteitsbeleid van de gevisiteerde praktijken van kwalitatief hoog niveau en helder geformuleerd. De geformuleerde doelstellingen en de voortgang ervan waren bij het grootste deel van de praktijken aantoonbaar. In de dossiervoering konden praktijken nog stappen maken. Aandachtspunten voor verbetering betrof vooral het inzichtelijk maken van het klinisch redeneren en het verhelderen van de fysiotherapeutische diagnose. Ook in het (systematisch) gebruik van richtlijnen en gebruik van specifieke klinimetrie passend bij de klachten en hulpvraag van de cliënt kan nog verbeterd worden.

Alle praktijken scoorden hoog op teamklimaat, zowel tijdens fase 1 als fase 2. Er zijn wel verschillen tussen praktijken zichtbaar. We zien op alle vier de hoofdschalen van de TCI-vragenlijst een kleine vooruitgang. Deze vooruitgang was voor 'Ervaren veiligheid voor participatie', 'Ondersteuning bij innovatie' en 'Taakgerichtheid' significant verschillend tussen fase 1 en fase 2.

Producten en wetenschappelijke output

Het onderzoeksprogramma heeft een scala aan rapportages per pilot, jaarlijkse tussenrapportages, handleidingen, intervisiemodules en trainingsprogramma's opgeleverd. Daarnaast zijn er zeven artikelen gepubliceerd in wetenschappelijke peer-reviewed tijdschriften, zijn er drie artikelen ingediend voor publicatie en zijn er nog eens drie in ontwikkeling.

Conclusies en aanbevelingen

Overall kunnen we stellen dat de doelstellingen van het onderzoeksprogramma MKIB zijn behaald. Er zijn valide kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg te meten en te verbeteren. Daarnaast is een kwaliteitssysteem ontwikkeld en ingevoerd waarbij fysiotherapeuten op basis van intervisie en visitatie aantoonbaar hun kwaliteit hebben verbeterd, gemeten met de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. In de toekomst is het aan te bevelen de effecten van de kwaliteitsverbetering ook op het niveau van patiënten uitkomsten te meten.

Het programma MKIB heeft een aantal grote voordelen voor de beroepsgroep gebracht. De Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) is een unieke en rijke bron van informatie die het KNGF en haar leden voorziet van informatie over de effectiviteit van fysiotherapie, voor continue kwaliteitsverbetering en voor beleidsmatige en strategische doeleinden. Daarnaast vormt de solide wetenschappelijke basis van het kwaliteitssysteem een belangrijke bijdrage aan de positionering van de fysiotherapie in de gezondheidszorg.

Tegelijkertijd constateren we dat we er nog niet zijn. We hebben diverse knelpunten gesignaleerd in de evaluatie van het onderzoeksprogramma en op basis daarvan de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Zorg voor systematische evaluatie en doorontwikkeling van het kwaliteitssysteem met intervisie en visitatie.
2. Betrek de patiënt(vertegenwoordigers) bij de doorontwikkeling van het kwaliteitssysteem.
3. Ontwikkel en implementeer nieuwe intervisiemodules en thema's voor visitatie voor een duurzame inzet van het ontwikkelde systeem.
4. Ontwikkel het kwaliteitssysteem door voor andere doelgroepen, zoals andere settings zoals ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, en voor gespecialiseerde fysiotherapeuten.
5. Faciliteer de dataverzameling van het proces en uitkomsten van fysiotherapeutische zorg door optimaliseren van de EPD's om de administratieve lasten van de fysiotherapeut te verminderen en het klinisch redeneren te bevorderen.
6. Voeg variabelen toe om casemix-correcties te kunnen toepassen, zoals comorbiditeiten.
7. Besteed aandacht aan continue dataverzameling om voor patiënten met aandoeningen die minder frequent voorkomen voldoende data te verzamelen om casemix-correctie toe te passen.
8. Voeg uitkomstmaten aan de LDF toe voor andere aandoeningen, zoals kinderfysiotherapie of neurologie.
9. Ontwikkel de procesvariabelen door. Zorg dat inconsistenties tussen EPD's opgelost worden en onderzoek de toegevoegde waarde van procesvariabelen als maat voor kwaliteit.
10. Zorg voor periodieke analyse van de data die als managementinformatie voor het beleid en strategie van het KNGF kan dienen.

11. Voer een uitgebreide analyse uit, zowel kwantitatief als kwalitatief, om inconsistenties in dataverzameling (tussen verschillende EPD's) en wat er nodig is om dit te optimaliseren.
12. Ontwikkel de feedbacktool door waarmee de data op een betekenisvolle manier wordt teruggekoppeld naar individuele fysiotherapeuten, praktijken en (regionale) netwerken.
13. Zorg voor voortdurende wetenschappelijke evaluatie en aanpassing van de dataverzameling in de LDF.
14. Doe nader onderzoek naar betrouwbaar en valide presenteren van geaggregeerde gegevens uit de LDF over de waarde van fysiotherapie aan externen.
15. Doe nader onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de PSK. Van belang is hierbij om inzichtelijk te kunnen maken welke activiteiten de patiënten heeft ingevuld, of er bij een herhaalde meting dezelfde activiteit is gescoord.
16. Zorg dat het kwaliteitssysteem de mogelijkheid biedt om innovatieve en kwalitatief betere fysiotherapeuten te kunnen identificeren en het systeem hiervoor aantrekkelijk te houden.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Het zorglandschap verandert en zal dit de komende jaren blijven doen. Onder andere toenemende zorgkosten, wijzigingen in de financieringsstructuur en wensen en behoeften van patiënten liggen hieraan ten grondslag. De maatschappelijke uitdaging is dat met minder mensen meer zorg moeten gaan leveren, dat we de kosten van de zorg beheersbaar houden en dat de zorg op maat geleverd wordt. Belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat er inzicht komt in de kwaliteit van de geleverde zorg op patiëntniveau. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) wil de maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen om de beroepsgroep te faciliteren goede fysiotherapeutische zorg te leveren, de kwaliteit te borgen en de uitkomsten van deze zorg inzichtelijk te maken. Het KNGF wil zichtbaar maken dat het inzetten van fysiotherapie een grote bijdrage kan leveren aan beheersing van kosten in de zorg. Fysiotherapie levert bij uitstek zorg op maat, is gericht op het functioneren en participeren en sluit daarmee naadloos aan op de nieuwe definitie van gezondheid van Huber, waarbij het accent ligt op functioneren en participatie.¹ Uitkomsten van de zorg kunnen gebruikt worden om de variatie in de geleverde zorg inzichtelijk te maken en verbeteracties te ontwikkelen. Daarnaast kan deze informatie in de toekomst ook gebruikt worden voor transparantie naar externe partijen. De methoden die in het verleden zijn ontwikkeld, zoals Kwaliefy en de audits die in het verleden werden ingezet voor transparantie richten zich voornamelijk op structuur en procesaspecten en in geringe mate op uitkomsten. Deze instrumenten geven wel inzicht in de wijze waarop de kwaliteit van de zorg tot stand komt maar hebben een negatieve invloed op de administratieve belasting. Door te focussen op de uitkomsten van zorg blijft de professionele verantwoordelijkheid voor het proces bij de individuele beroepsbeoefenaar.

De lange termijn doelstelling van het Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB) is het ontwikkelen en invoeren van een integraal fysiotherapeutisch kwaliteitssysteem dat voldoet aan de maatschappelijke en politieke vraag om transparantie en doorlopende optimalisering en borging van kwaliteit. Uitgangspunt vanuit MKIB is dat ontwikkelde onderdelen niet leiden tot administratieve lastenverzwaring. Het KNGF wil de regie voeren bij het bepalen van kwaliteit en de professionele standaard in samenspraak met patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars en daarbij eigen verantwoordelijkheid nemen om de fysiotherapeutische zorg te verbeteren en transparant te maken. Hiervoor kunnen patiënt-gerapporteerde uitkomsten gebruikt worden die met behulp van valide en betrouwbare meetinstrumenten (PROMs) worden gemeten. Deze PROMs worden toegepast in de praktijk ter ondersteuning van het patiëntgericht methodisch handelen en het klinisch redeneren. De uitkomsten gemeten met PROMs worden doorontwikkeld tot indicatoren om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg te meten en waar nodig (continue) te verbeteren, voor keuze informatie ten behoeve van stakeholders en externe verantwoording ten aanzien van de kwaliteit. Er is een spanningsveld tussen specifieke metingen die inzicht geven in het effect van de interventie in de spreekkamer en het rapporteren hiervan op een meer generiek niveau ten behoeve van benchmark en kosten-kwaliteitsanalyses. Het is dus van belang om de gegevens te verzamelen die belangrijk zijn om variatie in uitkomsten op waarde te schatten ten aanzien van de fysiotherapeutische interventie.

Dit kan gerelateerd zijn aan praktijkorganisatie, maar ook aan doelstellingen van de interventie, waarbij gecorrigeerd moet worden voor variatie als gevolg van patiëntpopulatie.

Het programma richt zich daarbij op de instrumenten zelf, maar ook op de noodzakelijke kennis en vaardigheden bij de fysiotherapeuten. Op basis van de meetresultaten kan een algoritme ontwikkeld worden dat een verbinding legt tussen de klinisch relevante meting en kwaliteitsindicatoren.

Een veel gebruikte methode voor kwaliteitsverbetering is het toepassen van intervisie. Bij intervisie wordt gewerkt in kleine groepen onder begeleiding van een ervaren coach. Het kenmerk van intervisie is dat de betrokkenen aan de hand van casuïstiek uit de eigen praktijk van de deelnemers reflecteren op de meest geschikte benadering van de geschetste problematiek. In de fysiotherapie wordt gebruik gemaakt van casusbesprekingen binnen intercollegiale overleggen fysiotherapie (IOF's). Deze IOF's functioneren op vrijwillige basis en er ontbreekt een gestructureerde vorm voor het toepassen van een vorm van intervisie en het toetsen daarvan. Een specifieke vorm van intervisie is peer assessment. Peer assessment onderscheidt zich van klassieke intervisie door het gebruik van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren waardoor richting gegeven kan worden aan het verbeterproces. Door middel van een visitatiesysteem wordt de kwaliteit van de zorg getoetst op het niveau van de fysiotherapeut en de praktijk.

In 2013 heeft het KNGF subsidie verleend aan IQ healthcare om het onderzoeksprogramma 'Ontwikkeling en evaluatie programma Kwaliteit in Beweging' (KiB) te realiseren. Het onderzoeksprogramma is gestart op 1 april 2013 met een looptijd tot 31 december 2016. In 2014 is focus van het onderzoek bijgesteld en de naam van het onderzoeksprogramma veranderd in Masterplan Kwaliteit in Beweging (MKIB). In dit rapport beschrijven we de methoden en resultaten van het onderzoeksprogramma, reflecteren we op de resultaten en doen we aanbevelingen voor vervolgactiviteiten.

1.2 Doelstelling

De specifieke doelstellingen voor ontwikkeling en wetenschappelijke evaluatie van het programma door IQ healthcare waren bij aanvang van het programma:

1. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en op basis van fysiotherapeutische verslaglegging.
2. Ontwikkelen, implementeren, evalueren en aanpassen van een kwaliteitssysteem waarmee fysiotherapeuten de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren op basis van kwaliteitsindicatoren.
3. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een visitatiesysteem, als onderdeel van het kwaliteitssysteem, waarin ook het klinisch redeneren en het fysiotherapeutisch handelen wordt getoetst.

1.3 Ontwikkelingen binnen de looptijd van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma MKIB is uitgevoerd met behulp van subsidie van het KNGF waarbij de wetenschappelijke evaluatie parallel liep met de ontwikkeling van onderdelen van MKIB. Met andere woorden: onderzoek en ontwikkeling verliepen hand in hand in en cocreatie tussen onderzoekers en subsidiegever en deelnemende praktijken. Bij aanvang van het project was KiB tripartiet ingericht met aansturing vanuit een samenwerking tussen de beroepsgroep, patiënt en zorgverzekeraar, met de insteek om een stichting op te richten. Halverwege het programma in 2014 vond een koerswijziging plaats door het KNGF-bestuur dat toen aantrad, waardoor de onderdelen van het programma wijzigden. De gewijzigde koers van het KNGF legde focus op interne kwaliteitsverbetering van de beroepsgroep met als uitgangspunt dat de administratieve lasten niet verhoogd mochten worden. Voor het onderzoeksprogramma betekende dit dat de nadruk minder kwam te liggen op het gebruik van PROMS om uitkomsten inzichtelijk te maken met kwaliteitsindicatoren voor externe transparantie. De focus werd verlegd naar de ontwikkeling van het systeem voor interne kwaliteitsverbetering met intervisie en visitatie. De tripartiete oprichting van de stichting werd verlaten. Daarnaast werd het met meten van patiëntervaringen met de fysiotherapeutische zorg (PREMs) en de ontwikkeling van een generieke PROM een nieuw onderdeel aan het onderzoeksprogramma toegevoegd, gericht op externe transparantie.

Een tweede belangrijke beleidsontwikkeling was het ontstaan van het plusprogramma in 2016. Het plusprogramma werd ontwikkeld als gevolg van een initiatief van zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea om hun voorwaarden voor pluspraktijken aan te passen, met specifieke kwaliteitseisen. Het KNGF heeft daartoe de binnen MKIB ontwikkelde kwaliteitssysteem ingezet als intervisie en visitatie voor het plusprogramma. Hoewel het plusprogramma formeel geen onderdeel uitmaakte van het onderzoeksprogramma MKIB, inclusief de dataverzameling via de LDF, heeft het wel impact gehad op de wetenschappelijke evaluatie en implementatie. Met name de productontwikkeling en implementatie van intervisie en visitatie heeft een versnelling doorgemaakt.

1.4 Leeswijzer

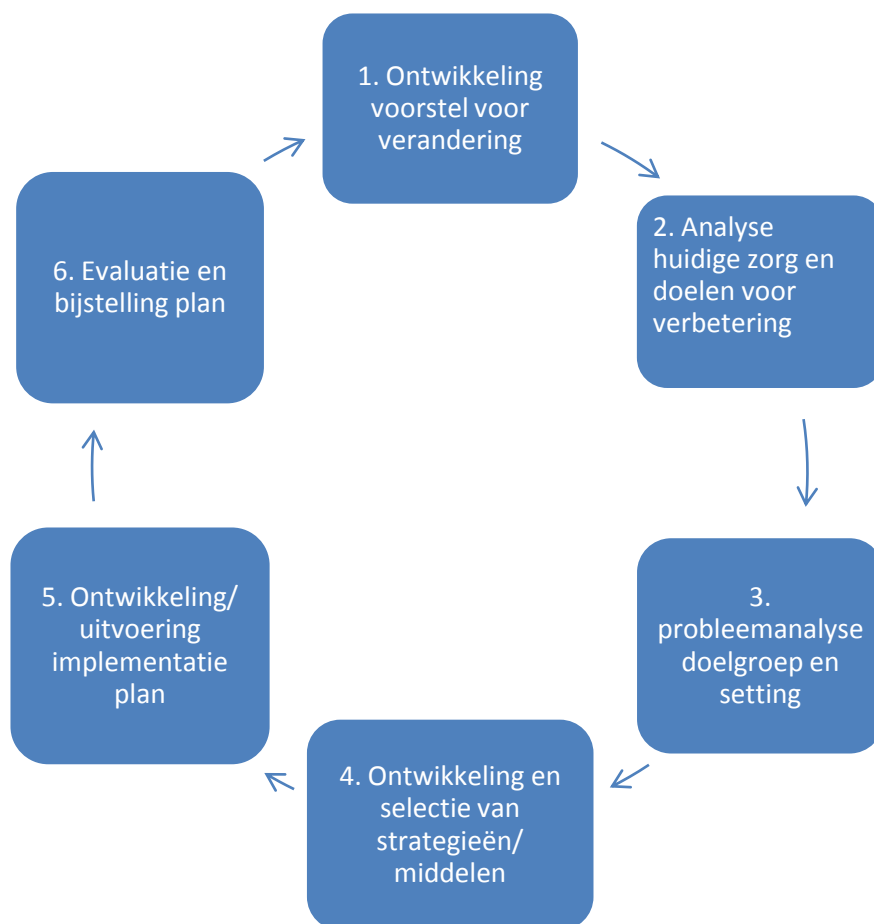
Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoeksprogramma MKIB. In hoofdstuk 2 worden de methode van ontwikkeling van het kwaliteitssysteem met peer assessment en visitatie, de indicatoren en de visitatie beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de wetenschappelijke evaluatie van het MKIB programma. De resultaten en de producten die zijn ontwikkeld gedurende het programma zijn weergegeven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 reflecteren we op het programma en in hoofdstuk 6 doen we aanbevelingen voor de toekomst. Bijlage 1 beschrijft de afkortingen.

2 Methode

De specifieke doelstellingen voor ontwikkeling en wetenschappelijke evaluatie van het programma waren gericht op ontwikkeling, invoering en evaluatie van de kwaliteitsindicatoren en het kwaliteitssysteem met peer assessment en visitatie. Per onderdeel wordt beschreven hoe de ontwikkeling en implementatie is vormgegeven.

Vanuit de veranderkunde weten we dat een gestructureerde, planmatige, aanpak de meeste kans heeft op duurzame verandering en implementatie. Een veelgebruikt model om te komen tot duurzame verbetering in de zorg is het stappenplan van Grol en Wensing.² Dit model beschrijft het proces van ideevorming tot evaluatie in zes stappen (zie figuur 1). Dit model is gebruikt om in een cyclisch proces het kwaliteitssysteem te ontwikkelen en verbeteren.

Figuur 1. Implementatiemodel voor verandering.



2.1 Samenwerking met netwerken van fysiotherapeuten

Voor de ontwikkeling en het testen van de indicatoren, het kwaliteitssysteem met peer assessment en het visitatiesysteem, is intensief samengewerkt met netwerken van fysiotherapeuten uit verschillende regio's in Nederland. Door de inzet van deze netwerken kan het cyclisch proces van de ontwikkeling en de evaluatie van het kwaliteitssysteem, zoals hierboven beschreven, worden vormgegeven. Belangrijk uitgangspunt voor de selectie van de pilots was het eigen initiatief van de deelnemende netwerken. Voor alle netwerken lag het initiatief bij de groep zelf. Het KNGF heeft als subsidiegever de voorwaarden gecreëerd voor uitvoering van de pilots. Door deze verantwoordelijkheid te nemen kregen de netwerken de gelegenheid ook binnen hun eigen beleid de haalbaarheid van de pilot en de continuering in de toekomst te bestendigen.

Er zijn twee cycli van pilot projecten te onderscheiden. De eerste cyclus was gericht op het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem, het vaststellen van PROMs, de implementatie van PROMs in het klinisch redeneren en het ontwikkelen van de eerste stappen van het intervisiesysteem met peer assessment. De tweede cyclus was gericht op het (door)ontwikkelen van de intervisiemodules voor peer assessment en op de ontwikkeling van het visitatiesysteem.

In totaal zijn er 6 pilot groepen betrokken geweest binnen het programma. Drie pilot groepen zijn betrokken geweest in beide cycli. Voor de eerste cyclus zijn pilot projecten 'dakpansgewijs' ingericht in 2013 en 2014 om te leren van ervaringen en om specifieke accenten te kunnen leggen binnen de pilots op basis van voortschrijdend inzicht. De tweede cyclus pilot projecten zijn ook dakpansgewijs ingericht in 2015-2016 en waren gericht op het doorontwikkelen van de intervisie en op de ontwikkeling van visitatie. Tabel 1 beschrijft de kenmerken van de netwerken in de pilots.

Tabel 1. Deelnemende netwerken in de pilots

Netwerk	Kenmerken netwerk
Fysiocare	Pilot Fysiocare Zuidoost Gelderland is een coöperatie van ongeveer 25 praktijken met 150 fysiotherapeuten. Pilotcyclus 1: 2013-2014 Pilotcyclus 2: 2015-2016
Fysio Omni	Fysio Omni in Zeeuws Vlaanderen is een coöperatie van ongeveer 24 praktijken met 80 fysiotherapeuten. Pilotcyclus 1: 2013-2014 Pilotcyclus 2: 2016
Fysio10IJsselland	Pilot Fysio10IJsselland is een netwerk van 10 praktijken met ongeveer 100 fysiotherapeuten in de regio Salland. Pilotcyclus 1: 2014-2015 Pilotcyclus 2: 2015-2016
Rugnetwerk	Pilot Rugnetwerk Noord Holland bestaat uit ongeveer 55 praktijken met 90 deelnemende fysiotherapeuten. Pilotcyclus 1: 2014-2015

FysioGroep Haaglanden	FysioGroep Haaglanden is een netwerk dat bestaat uit ongeveer 60 praktijken met 180 fysiotherapeuten in de regio Den Haag Pilotcyclus 2: 2015
Stichting Kwaliteitsbeheer Fysiotherapie Nederland (SKFN)	SKFN bestaat uit een landelijk netwerk van ongeveer 14 praktijken met 75 fysiotherapeuten Pilotcyclus 2: 2015-2016

2.2 Kwaliteitsindicatoren en het kwaliteitssysteem

2.2.1 Wat is kwaliteit?

Er zijn meerdere definities van kwaliteit en verschillende partijen hebben ieder een specifieke visie op kwaliteit. Zo kunnen patiënten een andere visie op kwaliteit hebben dan zorgverleners of zorgverzekeraars. Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM)³ beschrijft zes dimensies van kwaliteit, te weten veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiëntie, tijdigheid en gelijkheid. Veiligheid betekent het vermijden van schade door zorg die is bedoeld om patiënten te helpen. Effectiviteit betreft het leveren van zorg op basis van de meest recente wetenschappelijke kennis, klinische expertise en voorkeuren van de patiënt. Patiëntgerichtheid wordt gedefinieerd als de zorg die rekening houdt met de individuele voorkeuren van de patiënt, de behoeften en waarden, en waarbij de patiënt een actieve rol speelt bij het nemen van beslissingen over zijn / haar eigen zorg. Efficiëntie gaat over het vermijden van verspilling, dubbele of onnodige zorg. Tijdigheid gaat over het op tijd behandelen zonder wachttijden. Gelijkheid betreft toegang tot de (fysiotherapeutische) zorg ongeacht persoonlijke kenmerken, zoals geslacht, etniciteit, geografische locatie, en sociaaleconomische status. Tabel 2 beschrijft de dimensies van kwaliteit die zijn ingebed in het MKIB programma en op welke manier dit is geoperationaliseerd.

Tabel 2. Dimensies van kwaliteit binnen het MKIB programma

Kwaliteits-gebied	Korte omschrijving	MKIB
Veiligheid	- Geen schade aanrichten. - (Medicatie)fouten voorkomen	- Intervisiemodules voor verslaglegging en klinisch redeneren - Veiligheidsaspecten zijn onderdeel van de visitatie
Effectiviteit	- Dagelijks toepassen van evidence based practice. - Vermijden van ondergebruik effectieve zorg. - Vermijden van overgebruik niet effectieve zorg. Het monitoren van uitkomsten.	- Intervisiemodules gericht op klinisch redeneren, uitkomsten - Resultaat van de behandeling (uitkomst van de zorg) op individueel, praktijk en groepsniveau gekoppeld aan doelstelling. Relatie tussen de uitkomst en de kwaliteit van de zorg (data van de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) als onderdeel van de visitatiemodules
Patiënt-gerichtheid	- Respect voor waarden, voorkeuren en behoeften van de patiënt. Juiste en tijdige informatie en adviezen. - Inspraak-ruimte bij diagnose, stellen van doelen en de behandeling.	- Intervisiemodules gericht op communicatie en indicatoren voor het gezamenlijk stellen van doelen - Gebruik van PROMs. Shared decision making in de behandeling, stimuleren zelfmanagement middels gebruik PROMs. Scholingstraject gericht op verbeteren van routinematig gebruik van PROMs. - Ontwikkeling PREM die gericht is op ervaringen en tevredenheid met de geleverde zorg
Efficiëntie	- Verspilling voorkomen in kwaliteit, administratie of productie.	- Het aantal behandelingen is onderdeel van de metingen in intervisie en visitatiemodules - Efficiëntie in heldere, concrete en beknopte verslaglegging - Optimalisatie van dataverzameling in de EPD's

2.2.2 Ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren

Een indicator geeft een aanwijzing (indicatie) voor goede of slechte kwaliteit. Hiermee kunnen eventuele verschillen in kwaliteit aangetoond worden. Indicatoren kunnen voor verschillende doelen worden gebruikt: voor de individuele patiënt kan een normwaarde gebruikt worden om een keuze te maken voor een behandeling: welke resultaten mag de patiënt verwachten op basis van de uitkomsten van andere patiënten? Als eenmaal gekozen is voor een bepaalde behandeling dan kunnen de resultaten van groepen patiënten ook vergeleken worden voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe transparantie. Patiënten kunnen deze informatie gebruiken voor een keuze voor een fysiotherapeut of praktijk en zorgverzekeraars om contracten af te sluiten met praktijken of netwerken.

Bij aanvang van het onderzoeksprogramma lag de focus op het ontwikkelen van indicatoren voor externe transparantie en met een focus op patiënt gerapporteerde uitkomsten. Zoals in paragraaf 1.3 beschreven is in de loop van 2014 door de bestuurswisseling van het KNGF het programma MKIB herijkt. De focus van het programma verschoof van het gebruik van PROMs om uitkomsten transparant te maken naar interne kwaliteitsverbetering en voor externe transparantie werd een vragenlijst ontwikkeld met patiëntervaring (PREM) en 2 generieke PROMs.

Door de herijking is de focus meer komen te liggen op generieke indicatoren en de indicatoren voor intervisie en visitatie en minder op patiëntgerapporteerde aandoeningsspecifieke uitkomsten op basis van PROMs.

2.2.3 Patiënt gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs)

PROMs zijn de vragenlijsten die gebruikt worden om uitkomsten van patiënten te meten. PROMs kunnen generiek of specifiek van aard zijn. Generieke vragenlijsten richten zich vaak op de ervaren pijn, zoals de Numeric Pain Rating Scale (NPRS) of de algemene ervaring op gezondheid zoals de Global Perceived Effect (GPE) schaal, ongeacht de aandoening. Specifieke vragenlijsten richten zich bijvoorbeeld op een bepaalde ziekte, aandoening, lichaamslokalisatie, of richten zich op een specifieke interventie. Voorbeelden daarvan zijn de Quebec Low Back Pain Disability Scale (QBPDS) bij rugklachten en de Neck Disability Index (NDI) bij neklachten.

PROMs kunnen in de praktijk van waarde zijn tijdens de verschillende fasen in het fysiotherapeutisch proces:

- Het in kaart brengen van het functioneren van de patiënt als uitgangspunt voor de diagnostiek;
- Het bespreken van de uitkomsten van de diagnostische metingen met de patiënt om gezamenlijke doelstelling van de behandeling vast te stellen;
- Het monitoren van de vooruitgang van het functioneren van de patiënt;
- Het stimuleren van zelfmanagement door de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor de vooruitgang te vergroten;
- Het evalueren van het resultaat van de behandeling.

Selectie PROMs

De selectie van PROMs voor de ontwikkeling van indicatoren is in 2013 gestart. Hoewel veel vragenlijsten, waaronder PROMs, in KNGF-richtlijnen zijn opgenomen, is bekend dat het systematisch meten nog geen routine is. Het inzichtelijk maken van de uitkomsten op basis van PROMs staat nog in de kinderschoenen. Het doel is om data te verzamelen in pilots om ervaring op te bouwen en te verkennen of hier indicatoren van ontwikkeld kunnen worden.

Voor de vijf meest voorkomende aandoeningen in de eerstelijns fysiotherapie is met de groepen fysiotherapeuten een inventarisatie gedaan van potentiële valide en betrouwbare vragenlijsten om patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) te kunnen meten. Daarnaast is gekeken naar aanbevelingen ten aanzien van PROMs in KNGF-richtlijnen en in wetenschappelijke literatuur. 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 vormde de basis voor de keuze van PROMs binnen de pilots in samenspraak met de betreffende netwerken.

2.3 Peer assessment en visitatie

In de eerste cyclus pilots is ervaring opgedaan met peer assessment als specifieke methode voor intervisie om gedrag te beïnvloeden met rollenspel en casuïstiek. De focus lag hierbij op het routinematig gebruik maken van PROMs, communicatie, klinisch redeneren en de dossiervoering. De ervaring die hiermee is opgedaan is gebruikt voor het verder ontwikkelen van het kwaliteitssysteem, waarin eigen video's werden gebruikt. IQ healthcare heeft in samenwerking met een adviesgroep van fysiotherapeuten en auditoren een kwaliteitsprogramma ontwikkeld waarin leren en verbeteren ten aanzien van het fysiotherapeutische handelen centraal staan. Dit kwaliteitsprogramma bestond uit modules voor intervisie en visitatie.

Het kwaliteitssysteem is volgens een systematische wijze ontwikkeld:

- Voor het identificeren van beschikbaar bewijs over de effecten van (peer) audit en feedback op kwaliteitsverbetering is een 'scoping review' uitgevoerd, waarbij zowel de wetenschappelijke literatuur als de zogenaamde 'grijze literatuur' betrokken is.
- Voor de onderbouwing van de vorm en inhoud van het programma is gezocht naar verschillende theorieën over leren en veranderen^{4 5}.
- Intensieve samenwerking tussen de onderzoekers, experts en eindgebruikers. Hiervoor is een projectgroep en een begeleidingscommissie samengesteld. De projectgroep bestond uit onderzoekers, de begeleidingscommissie bestond uit experts op het gebied van kwaliteitszorg in de gezondheidszorg en vertegenwoordigers van verschillende organisaties die belang hebben bij de doelstelling en de resultaten van dit project. De begeleidingscommissie is 6 keer bij elkaar gekomen in 2014-2015 en heeft geadviseerd over de vorm en inhoud van het programma, zoals de keuze voor de invulling van de peer assessment met video's en rollenspellen. Daarnaast heeft de begeleidingscommissie een verkenning gedaan naar de haalbaarheid voor verdere implementatie.
- Gesprekken met instanties die zich bezighouden met kwaliteitszorg in de gezondheidszorg en websites die bezocht zijn voor relevante achtergrondinformatie.

De onderdelen communicatie, klinisch redeneren en dossiervoering zijn in 2015 en 2016 doorontwikkeld aan de hand van de ervaring die is opgedaan in de eerste cyclus van pilots. Het systeem is gericht op interne kwaliteitsbevordering op basis van feedback die gebaseerd is op professionele standaarden (kwaliteitsindicatoren). Deze standaarden zijn voortdurend in ontwikkeling om aan te blijven sluiten bij de (maatschappelijke) ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Feedback is alleen bedoeld om elkaar te helpen en sturing te geven aan zinvolle verbeterprocessen. In dat opzicht onderscheidt intervisie en visitatie zich van 'externe audits'. Materiaal aan de hand waarvan de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen bestudeerd wordt kan variëren qua vorm en inhoud, maar is altijd gerelateerd aan het de beroepscompetenties zoals beschreven in het beroepsprofiel.⁶

2.3.1 Peer assessment

Het proces van peer assessment is gebaseerd op leren en verbeteren door middel van het geven en ontvangen van feedback van peers (zie figuur 2). In de literatuur worden voor de term 'peer assessment' verschillende alternatieven gebruikt waaronder 'peer review', 'peer feedback' of 'intercollegiale toetsing'. Peer assessment wordt vaak verward met intervisie. Peer assessment onderscheidt zich van klassieke intervisie door het gebruik van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren waardoor meer richting gegeven kan worden aan het verbeterproces. Het KNGF heeft gekozen voor het gebruik van de term intervisie, vandaar dat de termen intervisie en peer assessment door elkaar worden gebruikt in de verschillende rapportages. Wanneer wordt gesproken over intervisie wordt de specifieke vorm peer assessment bedoeld.

Figuur 2. Het proces van peer assessment



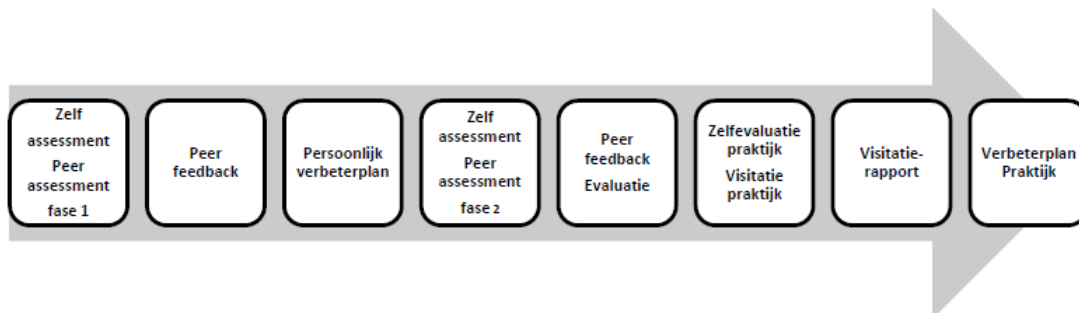
Een peer assessment cyclus bestond uit minimaal twee bijeenkomsten. De bijeenkomsten werden voorbereid door middel van online zelf-assessment en peer assessment. Een zelf-assessment is een methodisch uitgevoerde evaluatie van (reflectie op) het eigen professionele handelen. Bij peer assessment wordt deze evaluatie uitgevoerd door een groep collega's (peers). Zelf-assessment en peer assessment zijn middelen om professionalisering te stimuleren en geen doel op zich. De peer groep bestaat uit minimaal 6 en maximaal 8 collega's. Voorafgaand aan de sessie vullen fysiotherapeuten digitale zelf-assessment – en peer assessment formulieren in. Peers beoordelen elkaar online door middel van scores op kwaliteitsindicatoren en geven elkaar schriftelijke verbeterfeedback indien van toepassing.

2.3.2 Visitatie

Naast de ontwikkeling van intervisie, die gericht is op de individuele fysiotherapeut, is er een visitatiesysteem ontwikkeld dat de kwaliteit op praktijkniveau inzichtelijk maakt. De ontwikkeling van het visitatiesysteem verliep parallel aan de ontwikkeling van het intervisie systeem. Ook bij visitatie staan de verschillende dimensies van kwaliteit centraal. Bij visitatie worden andere accenten gelegd die meer gericht zijn op de kwaliteit van de praktijkvoering, zoals patiëntveiligheid, interne en externe communicatie en ondernemerschap.

De intercollegiale visitatie heeft een ‘informerende’ functie en geeft aan waar de praktijk staat en waar de ruimte voor ontwikkeling ligt. Bij intercollegiale visitatie wordt de praktijk bezocht door twee collega fysiotherapeuten opgeleid tot visiteur. Beide visiteurs hebben geen relatie met de te visiteren praktijk en haar medewerkers. De praktijk ontvangt feedback op de kwaliteit van de praktijkvoering, welke gebaseerd is op heldere, vooraf bekende indicatoren. Eén van de kwaliteitsindicatoren vormt de deelname aan peer assessment van praktijkmedewerkers, waardoor peer assessment en visitatie geïntegreerd zijn en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Figuur 3 beschrijft het proces van intervisie en visitatie.

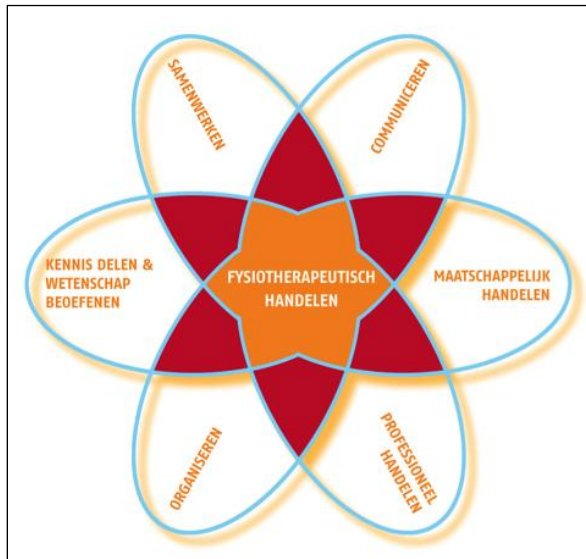
Figuur 3. Proces van intervisie en visitatie



2.3.3 Kwaliteitsindicatoren voor intervisie en visitatie

Voor de ontwikkeling van indicatoren die gebruikt worden in het proces van peer assessment en intercollegiale visitatie vormde het Beroepsprofiel Fysiotherapeut (KNGF, 2013) de basis. In het beroepsprofiel worden de competenties van de fysiotherapeut geordend op basis van het CanMEDS-model. Het model is in Canada ontwikkeld voor zorgprofessionals onder de naam Canadian Medical Education Directives for Specialists. De CanMEDS-systematiek wordt gebruikt om de verschillende competenties en rollen te beschrijven van zorgprofessionals. In het CanMEDS-model staan zeven competenties centraal (zie figuur 4). Het ontwikkelde kwaliteitssysteem richt zich zowel op het methodisch handelen van de individuele fysiotherapeut als op de organisatie en management van de praktijk. Voor de peer assessment in het pilot project zijn de competenties fysiotherapeutisch handelen, communicatie en klinisch redeneren gebruikt en voor de visitaties zijn aanvullend de competenties organiseren en samenwerken gebruikt.

Figuur 4. CanMEDs-model



De competenties van het CanMEDs model zijn als volgt geoperationaliseerd in het kwaliteitssysteem:

1. Niveau van de professional: communicatie met de cliënt en dossiervoering
 - Zelf-assessment en Peer assessment van de communicatie met de cliënt aan de hand van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren, met behulp van video-opname.
 - Zelf-assessment en Peer assessment van de dossiervoering aan de hand van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren, met behulp van een elektronisch patiëntendossier (EPD).
2. Niveau van de praktijk: praktijkorganisatie en samenwerking
3. Vragenlijst naar het teamklimaat binnen de praktijk (TCI).
4. Intercollegiale visitatie van de kwaliteit van de praktijkvoering aan de hand van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren

Het visitatiesysteem bestaat uit een aantal onderdelen:

- Dossiertoets
- Praktijkportfolio bestaande uit kwaliteitsdocumentatie, een zelfevaluatie, het PROM-profiel en de teamklimaat vragenlijst (TCI).

2.4 Implementatie

In de eerste cyclus pilots lag de focus op het routinematig gebruik van de PROMs, het toetsen van de haalbaarheid van het meten en verzamelen van gegevens, het uitvoeren van peer assessment voor het methodisch handelen op de onderdelen communicatie, klinisch redeneren en dossiervoering. Uit de voormeting bij de eerste pilotgroepen bleek dat PROMs nog beperkt werden gebruikt en dat er een grote variatie was in het gebruik van meetinstrumenten. Een van de aanvullende doelen in de eerste cyclus pilots was daarom het routinematig gebruik van PROMs.

Voor de implementatie van het kwaliteitsprogramma in de pilots is gebruik gemaakt van coördinatoren van het desbetreffende netwerk, welke als tussenpersoon hebben gefungeerd tussen programmaontwerpers en fysiotherapeuten van het netwerk. Deze tussenpersonen, ook wel *knowledge brokers* genoemd, zijn ingesteld naar aanleiding van ervaringen in de eerste serie pilots. Deze *knowledge brokers* waren verantwoordelijk voor een goede informatie-uitwisseling, het tijdig signaleren van knelpunten bij de implementatie en het bijdragen aan oplossingen. Voor de begeleiding van de uitvoering van peer assessment onder deelnemende fysiotherapeuten zijn *peer assessment coaches* opgeleid. Deze coaches waren fysiotherapeuten aangesloten bij het betreffende netwerk.

Eerste serie pilotgroepen

De vier netwerken van de eerste cyclus pilots hebben 4-5 trainingen gehad onder leiding van onderzoekers van IQ healthcare. De invulling van het programma is ingericht in samenwerking met de *knowledge brokers* en coaches van de betreffende pilot regio's. De doelen van deze trainingen waren:

- Het verbeteren van kennis over het programma MKIB, het kwaliteitssysteem en hoe de gegevens aan te leveren in het kwaliteitssysteem.
- Het verbeteren van kennis over uitkomstmetingen en de kenmerken van PROMS.
- PROMs zinvol en routinematig toepassen om het zorgproces te monitoren en het resultaat van de zorg inzichtelijk te maken.
- Peer assessment trainingen voor toepassing van PROMs in diagnostiek, behandeling en evaluatie, de communicatie, klinisch redeneren en dossiervoering.
- Het routinematig gebruik van PROMs bij de start van de behandeling en als evaluatie.
- Doelgerichte verbeteracties ontwerpen en uitvoeren op basis van verkregen informatie uit analyse en feedback en doelgerichte (peer)feedback toepassen op basis waarvan concrete verbeteracties kunnen worden ondernomen.

Tweede cyclus pilotgroepen

De vijf netwerken van de tweede cyclus pilots zijn gestart met een informatiebijeenkomst over de peer assessment en visitatie. Vervolgens is de peer assessment uitgevoerd in een cyclus van twee bijeenkomsten. Hiervoor zijn diverse handleidingen en trainingen ontwikkeld om deze bijeenkomsten te laten begeleiden door coaches. Per pilotgroep zijn 6-10 coaches geworven en aangesteld door de besturen van netwerken in samenspraak met de *knowledge brokers* van de betreffende netwerken. De coaches zijn in drie bijeenkomsten getraind in het leiden van peer assessment.

Belangrijk verschil met de eerste serie pilots was dat de coaches en de knowledge brokers in deze tweede serie verantwoordelijk waren voor de uitvoering. Onderzoekers van IQ healthcare hebben coaches tijdens de peer assessment bijeenkomsten begeleid.

Naast peer assessment coaches zijn ook visiteurs opgeleid per pilotgroep. Voor de uitvoering van visitaties zijn andere competenties nodig die we in een aparte training van twee bijeenkomsten hebben geoefend. In alle pilotregio's zijn visiteurs geworven uit de groep aangestelde coaches en *knowledge brokers*. In twee pilots zijn alle coaches en *knowledge brokers* getraind tot visiteur (Fysiocare, Fysio-Omni) en in drie pilots betrof het een selectie uit de groep coaches en *knowledge brokers* (FysioGroep Haaglanden, Fysio10IJsselland, SKFN). Voor zowel peer assessment coaches als visiteurs zijn competentieprofielen ontwikkeld die zijn bijgesteld op basis van de ervaringen met de pilots.

Om het kwaliteitssysteem te kunnen implementeren, zijn de onderstaande activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd:

1. Voorlichtingsbijeenkomst
2. Training voor coaches
3. Programmagids voor deelnemers
4. Handleiding voor de webomgeving voor deelnemers
5. Handleiding voor het exporteren van EPD's uit het eigen softwaresysteem voor deelnemers
6. Handleiding het geven en ontvangen van feedback
7. Programmagids voor coaches
8. Handleiding webomgeving voor coaches
9. Training voor visiteurs
10. Programmagids voor visiteurs
11. Nieuwsbrief
12. Helpdesk en aansturing
13. Accreditatie

Het kwaliteitssysteem voor intervisie en visitatie is ontwikkeld in de periode juni 2014 tot december 2014 en verder bijgesteld op basis van de resultaten van een eerste pilot in 2015 uitgevoerd bij FysioGroep Haaglanden. Het programma is vervolgens geïmplementeerd bij SKFN in de periode oktober 2015 tot juni 2016, bij Fysio10IJsselland in de periode november 2015 – oktober 2016, bij Fysiocare in december 2015 – november 2016 en bij Fysio-Omni in januari 2016 – december 2016.

Voor de uitvoering is gebruik gemaakt van een Internet-based informatiesysteem (Compass) om peer assessment en intercollegiale visitatie te ondersteunen (zie paragraaf 2.5).

2.4.1 Plusprogramma

Zoals in paragraaf 1.3 vermeld heeft het plusprogramma voor een versnelling gezorgd in de implementatie van intervisie en visitatie. In een aanvullend programma hebben we volgende cursussen ontwikkeld en uitgevoerd: een zevental cursussen voor intervisiecoaches, een train-de-trainer cursus voor trainers van intervisiecoaches en een drietal cursussen voor bezoekers. Hoewel het plusprogramma geen formeel onderdeel uitmaakt van MKIB hebben we door middel van de cursussen wel ervaring opgedaan voor de verdere implementatie.

2.5 Data-infrastructuur

Landelijke Database Fysiotherapie (LDF)

Voor de inrichting van het kwaliteitssysteem is de LDF opgezet. Mediquist fungeert als Trusted Third Party (TTP) en zorgt voor veilige dataregistratie en voor het beheer van de IT-infrastructuur en de landelijke database. In deze database wordt de kwaliteitsinformatie van fysiotherapeutische zorg verzameld. De PROMs en procesdata dienen conform de specificaties in het EPD te worden opgeslagen en vervolgens uitgespoeld in de LDF. Fysiotherapeuten kunnen de verzamelde informatie gebruiken om zelf de kwaliteit van hun dienstverlening te monitoren en te verbeteren. De LDF koppelt de resultaten terug per praktijk(locatie) en op het niveau van de individuele fysiotherapeut. Dit biedt de mogelijkheid om scores te vergelijken met de gemiddelde landelijke scores.

Het KNGF heeft een website ontwikkeld om de fysiotherapeuten te ondersteunen bij de uitspoel van de data <http://www.landelijkedatabasefysiotherapie.nl/>

Bij de start van het programma MKIB ontwikkeling waren diverse stakeholders betrokken, te weten het KNGF, Mediquist, fysiotherapeuten in het veld, IQ healthcare en softwareleveranciers. Zij waren betrokken bij onder andere het opstellen van de functionele specificaties, afstemming met EPD-leveranciers voor de implementatie en het testen, en het ontwikkelen van de feedbacktool. Tweemaal per jaar werden specificaties uitgebracht en werd er door Mediquist de fouten in aanlevering in kaart gebracht. IQ healthcare voerde ook een inhoudelijke test uit. In 2013 en 2014 vonden deze analyses op systematische wijze plaats. Vanaf 2015 lag de focus minder op de verdere doorontwikkeling van de LDF en de feedbacktool en is IQ healthcare zeer beperkt betrokken geweest.

Compass

In de (door)ontwikkeling van het kwaliteitssysteem voor de intervisie en visitatie is een systeem ontwikkeld waar alle opdrachten, voorbereidingen en beoordelingen online gedaan kunnen worden op een beveiligde website: <https://kngf.exata.nl>. Deze ICT-applicatie Compass is geleverd door het bedrijf Compusense. Op de website heeft een fysiotherapeut inzicht in het eigen materiaal dat ingevoerd is in de database. Daarnaast heeft alleen de peer groep inzicht in de producten van de peer groepsleden, zodat zij dit van feedback kunnen voorzien. Peer groepen hebben geen inzage in de producten van ander peer groepen. De peer assessment coach heeft inzicht in de activiteit van de gehele peer groep. Leden van peer groepen leveren een EPD aan van een patiënt en maken daarnaast een video-opname met de communicatie met deze patiënt. De fysiotherapeut kiest een EPD dat naar zijn idee inhoudelijk interessant is om te delen met anderen of waarin een dilemma in de besluitvorming zichtbaar wordt. De geselecteerde EPD's worden anoniem geëxporteerd naar een Word- of PDF-formaat en vervolgens (samen met de video's) ingevoerd in de beveiligde omgeving. De EPD's en video's worden online geëvalueerd door gebruik te maken van de digitale feedbackformulieren, die te vinden zijn op de website. De gegevensverzameling in de LDF en in Compass worden beide ingezet voor de intervisie en de visitatie.

De ontwikkeling van de webomgeving Compass is uitgevoerd in een samenwerking tussen het bedrijf Compusense en IQ healthcare. In de eerste pilot bij FysioGroep Haaglanden is gebruik gemaakt van een 'versie 1.0' gebaseerd op bestaande software die Compusense gebruikte voor visitaties bij andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Het toevoegen van intervisie aan de webomgeving stelde nogal wat aanvullende eisen aan het systeem, onder andere voor het uploaden en afspelen van video's. Tijdens de pilot met FysioGroep Haaglanden bleek dat de toepassingsmogelijkheden en gebruiksvriendelijkheid van het systeem niet toereikend waren. Waar mogelijk zijn problemen tijdens de pilot opgelost, maar een substantiële verbetering vond plaats na afloop van de pilot toen Compusense een 'versie 2.0' heeft ontwikkeld. Deze versie 2.0 is gebruikt in de overige pilots. Na afloop van de pilots liep in 2016 de licentie van IQ healthcare voor het gebruik van Compass af en heeft het KNGF een nieuwe overeenkomst met Compusense afgesloten. Het beheer van Compass valt sindsdien onder de verantwoordelijkheid van het KNGF.

2.6 Patient reported experience measures (PREMs)

Naar aanleiding van de herijking van het MKIB-programma heeft het KNGF de wens om ook een vragenlijst te ontwikkelen voor het meten van patiëntervaringen en patiënttevredenheid, ook wel PREMs genoemd. Hierbij wordt kwaliteit van zorg vanuit het patiëntperspectief gezien als het resultaat van de ervaringen van patiënten in en met de zorg. In de eerstelijns fysiotherapie werd voor het in kaart brengen van patiëntervaring de Consumer Quality Index (CQI) Fysiotherapie gebruikt. Het KNGF had de wens om de CQI Fysiotherapie te vervangen door een kortere vragenlijst waarin ook 2 generieke PROMS opgenomen werden, om zowel de patiënt als de therapeut tegemoet te komen tegelijkertijd te voldoen aan de vraag om externe transparantie.

Het KNGF heeft IQ healthcare gevraagd om als onderdeel van het onderzoeksprogramma MKIB te onderzoeken of een kortere vragenlijst, de Medrisk,⁷ die de patiëntervaring binnen de eerstelijns fysiotherapie in kaart brengt, valide is en de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg op basis van patiëntervaringen in kaart kan brengen. Wanneer dit instrument valide is gebleken, kan deze wellicht de CQI Fysiotherapie vervangen. Deze vragenlijst is ontwikkeld en gevalideerd in de Verenigde Staten en meet patiëntervaring in de fysiotherapie.

Omdat de Medrisk vragenlijst alleen de componenten structuur en proces van de kwaliteit van zorg meet zijn twee generieke vragen naar het effect van de behandeling (patiënt gerapporteerde uitkomstmetingen; PROMs) toegevoegd, die worden uitgevraagd naast de Nelson Beattie vragenlijst.

Methode

De Medrisk vragenlijst is samen met de CQI Fysiotherapie uitgezet bij patiënten van 87 praktijken in de periode van 22 juli 2015 tot en met 31 oktober 2015 door de meetbureaus MediQuest en Qualizorg.

Na opschoning van de data is er een factoranalyse uitgevoerd om onderliggende constructen (factoren/domeinen) van de tien ervaringsvragen van de Nelson Beattie-vragenlijst te onderzoeken. De betrouwbaarheid (interne consistentie) van de relevante factor(en) is onderzocht met behulp van de Cronbach's alpha (α). De constructvaliditeit van de vragenlijst is gemeten door middel van concurrente validiteit (samenhang met gelijktijdige beschikbare criteriumgegevens) en convergente validiteit (samenhang met de CQI Fysiotherapie als vergelijkbare vragenlijst).⁸ De samenhang is bepaald met behulp van een Pearson's correlatie (r). Multi-level analyses zijn uitgevoerd om te bepalen welke case-mix variabelen van toepassing zijn en hoeveel metingen er per praktijk nodig zijn om op een betrouwbare manier verschillen tussen praktijken weer te geven.

3 Wetenschappelijke evaluatie

Voor de wetenschappelijke evaluatie van het onderzoeksprogramma hebben we specifieke vraagstellingen geformuleerd voor de evaluatie van het kwaliteitssysteem:

1. Wat is er bekend over de effecten van (peer) audit en feedback op kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en welke methoden zijn bewezen effectief? En hoe worden deze effecten gemeten?
2. Hoe is de implementatie van het kwaliteitssysteem verlopen?
3. In hoeverre is het programma uitgevoerd zoals het bedoeld is?
4. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie?
5. Evaluatievragen met betrekking tot de impact van het kwaliteitsprogramma op de professionalisering zijn:
 - Wat is de impact van het kwaliteitsprogramma op professionalisering van het methodisch handelen?
 - Wat is de impact van het kwaliteitsprogramma op professionalisering van de praktijkorganisatie?
 - Welke factoren zijn daarop van invloed geweest?
 - In hoeverre levert het kwaliteitsprogramma bruikbare informatie om de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen en de praktijkorganisatie te verbeteren en inzichtelijk te maken?

Implementatie is op verschillende niveaus gemeten. Hierbij onderscheiden we het gebruik van PROMs in de praktijk en de implementatie van de intervisie en visitatie. Hiervoor is gebruik gemaakt van het model van Kirkpatrick¹, waarin de evaluatie plaatsvindt op het niveau van de reacties, kennis en inzicht, gedrag en resultaat.

Tabel 3. Evaluatie en uitkomsten

Niveaus	Doel	Methode
Reacties	Evalueren wat de percepties van fysiotherapeuten en patiënten zijn met betrekking tot de impact van PROMs op het methodisch handelen en op de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.	- Diepte-interviews met fysiotherapeuten uit de eerste serie pilots - Vragenlijst aan deelnemende fysiotherapeuten uit eerste serie pilots. - Diepte-interviews met patiënten van deelnemende fysiotherapeuten uit de pilots
	Evalueren wat de percepties van fysiotherapeuten zijn met betrekking tot de impact van de intervisie en visitatie op het methodisch handelen en op de kwaliteit van zorg voor de patiënt	- Diepte-interviews met deelnemende fysiotherapeuten uit de tweede serie pilots - De effectiviteit van peer assessment op de kwaliteit van het fysiotherapeutische handelen is onderzocht door de zelf assessment en peer assessment scores in fase 1 en 2 met elkaar te vergelijken op het niveau van de individuele fysiotherapeut.

	a. Evalueren in welke mate fysiotherapeuten tevreden waren over de implementatiestrategieën en in hoeverre die heeft bijgedragen tot gedragsverandering in de richting van de doelstellingen van het project. b. Evalueren in hoeverre de knowledge brokers/coaches/visiteurs het scholingsprogramma adequaat vonden. c. Evalueren en hoeverre de knowledge brokers /coaches /visiteurs effectief waren in hun rol als coach en visiteur om de doelstellingen van het project te realiseren.	- Vragenlijst met aanvullende diepte- of focusgroep interviews met deelnemende fysiotherapeuten. (zelfanalyselijst en vragenlijst). - Systematische evaluatie van pilots met coaches en knowledge brokers
Kennis en inzicht.	Evalueren in welke mate de implementatiestrategie heeft bijgedragen tot toename van kennis over kwaliteitsdimensies, PROMs en inzicht in de toepassingmogelijkheden, klinisch redeneren Evalueren in welke mate het kwaliteitssysteem heeft bijgedragen aan kennis en het methodisch handelen	- Vragenlijst (nameting) bij deelnemende fysiotherapeuten uit eerste serie pilots - Interviews, zelfevaluatie (nameting vragenlijst) - verbetering op indicatoren intervisie - De ervaren impact van peer assessment op de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen en fysiotherapeutische zorg voor de cliënt is onderzocht met een online vragenlijst. Deze vragenlijst was gericht op de evaluatie van de impact van peer assessment op het professionele denken en handelen, de ervaren geschiktheid van het programma om handelen inzichtelijk te maken en te bevorderen en ter evaluatie van de gestelde verbeterdoelen.
Gedrag	Evalueren in welke mate de implementatiestrategie heeft bijgedragen tot het bevorderen van de integratie van PROMs in het dagelijks handelen.	- Vragenlijst: 0-meting / eindmeting op basis van stellingen en de zelf analyselijst - Verbetering op indicatoren intervisie en visitatie
Resultaat	Evalueren in hoeverre het gebruik van PROMs bruikbare data heeft opgeleverd voor het aantonen van kwaliteit van de zorg en verschillen tussen praktijken/ fysiotherapeuten inzichtelijk maken.	- Data-uitspoel softwareleveranciers - Kwantitatief onderzoek controlerend voor verschillende variabelen

De resultaten van de wetenschappelijke evaluatie zijn in de diverse wetenschappelijke publicaties beschreven (zie paragraaf 4.5).

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het programma. Hierin worden drie onderdelen onderscheiden, namelijk 1) de resultaten van de data uit de LDF en de PROMs; 2) het kwaliteitssysteem van intervisie en visitatie; en 3) de producten die zijn ontwikkeld voor het kwaliteitsprogramma. De producten zijn in een overzichtsbestand apart aangeleverd aan het KNGF.

4.1 Resultaten van data uit de LDF

Deze overall rapportage gaat specifiek in op de data uit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF). Het betreft een overall rapportage van proces, uitkomsten en managementinformatie van de fysiotherapeutische zorg. Voor de specifieke resultaten van de verschillende pilots en deelprojecten verwijzen we naar de gedetailleerde rapportages van 2013-2015, zie paragraaf 4.3. Naast data uit de pilots is er ook door andere praktijken data aangeleverd. Bij aanvang van het programma konden fysiotherapeuten zich vrijwillig aanmelden voor deelname. En in 2016 konden fysiotherapeuten ook op vrijwillige basis data aanleveren en was Claudicationet ook deelnemer geworden van de LDF. Dit waren vooral fysiotherapeuten die deelnamen aan het plusprogramma van Zilveren Kruis Achmea. Dit heeft geleid tot een grote toename van data in de database.

In de LDF wordt data van patiënten verzameld over proces en uitkomsten van de eerstelijns fysiotherapeutische zorg. Data uit de LDF kan gebruikt worden voor het stimuleren van continue kwaliteitsverbetering van fysiotherapeuten door middel van intervisie (peer assessment) en praktijkvisitatie. Daarnaast biedt de database mogelijkheden voor management- en beleidsinformatie. Box 1 geeft een voorbeeld van de verschillende toepassingen.

Box 1: Behandelomvang voor kwaliteitsverbetering, management- en beleidsinformatie

Op basis van de data uit de LDF is het gemiddelde voor het aantal zittingen van alle behandel episodes 8,8 (sd:14.0; min-max: 1-587). De gemiddelde behandelduur is 10,8 weken (sd: 17,5). Deze informatie kan op individueel niveau gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering door het vergelijken van de eigen cijfers met het landelijke gemiddelde. Op praktijkniveau kan de practiceigenaar de data gebruiken voor onderhandelingen met de zorgverzekeraar en andere stakeholders. Op landelijk niveau verschaft deze informatie input aan het KNGF voor het voeren van beleid.

4.1.1 Gegevens in de database

De totale database bevat in november 2016 data van 1.101 praktijken en 5.639 fysiotherapeuten. Daarvan zijn 123 praktijken en 456 fysiotherapeuten afkomstig uit een van de vier pilotprojecten (Fysiocare, Fysio-Omni, Fysio10IJsselland, Rug-netwerk Noord Holland) waarin het gebruik van data uit de LDF is geëvalueerd. De data zijn afkomstig van verschillende EPD's (Curasoft, FysioLogic, Intramed, Fysiomanager, Incura, Curasoft, G2 Paramedici, Fysioroadmap, SpotOnMedics, InEPD en ParaNICE).

De totale database bevat in november 2016 data van 587.798 behandel episodes. Daarvan zijn 115.394 behandel episodes (20%) afkomstig uit de vier pilotregio's. Rugklachten komen het meest voor bij patiënten in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk (zie tabel 4). De gemiddelde leeftijd van de patiënt is 51 jaar. Ongeveer 60% van de patiënten is vrouw en 30% van alle klachten is chronisch met een bestaansduur van meer dan 12 weken voorafgaand aan de consultatie van de fysiotherapeut.

Tabel 4. Aandoeningsgebieden, leeftijd patiënten en duur van de klacht

Aandoeningsgebied	N	(%)	Leeftijd patiënt (sd)
Rug	127.191	21,6	51,7 (18,3)
Nek	107.352	18,3	48,9 (18,1)
Schouder	80.271	13,7	53,1 (17,3)
Knie	55.752	9,5	47,9 (21,4)
Heup	46.105	7,8	55,8 (21,3)
Bekken	16.321	2,8	47,3 (18,2)
Generiek	154.806	26,4	51,8 (21,8)
Total	587.798	100,0	51,0 (20,2)

4.1.2 Meten van uitkomsten met PROMs

Data over uitkomsten van fysiotherapeutische zorg wordt in de LDF gemeten met PROMs. Voor het analyseren van de uitkomsten met PROMs hebben we afgesloten dossiers gebruikt. 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 in 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 dossiers waarvan de behandel episode is afgesloten en die afkomstig zijn van de EPD's die PROMs uit kunnen spoelen.

Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat bij aanvang de pilots bij 21.1% van de patiënten minimaal een relevant meetinstrument gebruikt is met een herhaalde meting aan het begin en eind van de behandeling. Aan het eind van de pilots was dat percentage toegenomen tot 39.4%. De fysiotherapeuten die niet aan pilots deelnamen hadden gemiddeld 32.0% herhaalde metingen.

Tabel 5 beschrijft het aantal metingen van de PROMs per aandoeningsgebied (minimaal een enkele meting) van de afgesloten dossiers.

Tabel 5. Metingen per aandoeningsgebied

Aandoenings- gebied	Domein	PROM	Aantal metingen
Algemeen	Pijn	Numeric pain rating scale (NPRS)	92.898
Algemeen	Functioneren	Patiënt specifieke klachten (PSK)	103.976
Algemeen	Ervaren verbetering	Global Perceived Effect (GPE)	14.858
Rug	Functioneren	Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)	15.444
Nek	Functioneren	Neck Disability Index (NDI)	9.804
Schouder	Functioneren	(Quick)Dash	1.979
Heup	Functioneren	Algofunctional Index heup	355
Heup	Functioneren	Hip Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) (SF)*	788
Knie	Functioneren	Algofunctional Index knie	408
Knie	Functioneren	Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (SF)*	1361

* SF: short form: van deze vragenlijst is ook de verkorte versie meegenomen

4.1.3 Uitkomstindicatoren op basis van PROMs.

Bij aanvang van het onderzoeksprogramma lag de focus op het data verzamelen om uitkomstindicatoren voor PROMs te ontwikkelen. Later is de focus meer komen te liggen op de ontwikkeling van het intervisie- en visitatiesysteem en is minder energie gestoken in het creëren van randvoorwaarden om op grote schaal data te verzamelen. Met name het uitspoelen van PROMs-data en andere variabelen om case-mix correctie te kunnen toepassen is beperkt doorontwikkeld. Desalniettemin is er voor enkele PROMs voldoende data verzameld om uitkomstindicatoren te ontwikkelen. Er is voldoende data verzameld om conceptindicatoren te kunnen ontwikkelen voor de NPRS, QBPDS en NDI. Voor de PSK zijn wel voldoende data beschikbaar, maar omdat niet bekend is welke activiteit is geselecteerd en niet duidelijk is of bij een herhaalde meting een score is gegeven op dezelfde activiteit, dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Om deze reden hebben we hiervan geen case-mix correctie toegepast. Voor de overige PROMs is er nog onvoldoende data om robuuste correctie voor case-mix te doen om kwaliteit per praktijk inzichtelijk te maken. We hebben procesindicatoren ontwikkeld op basis van variabelen uit de dossiervoering die in de LDF worden verzameld.

Voor de ontwikkeling van de uitkomstindicatoren maken we onder andere gebruik van landelijke instrumenten zoals de Indicatorstandaard⁹ en de handleiding PROMs.¹⁰ 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:

Inhoudsvaliditeit

De relatie tussen de geleverde zorg (of het ontbreken daarvan) en de zorguitkomsten is duidelijk. Voor uitkomstindicatoren betekent dit 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 praktijkpopulatie 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 zorgaanbieders. 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- c.q. fysiotherapeut- niveau. Een vuistregel is dat er minimaal 10-30 waarnemingen per praktijk nodig zijn om statistisch betrouwbaar te onderscheiden. In dit rapport hebben we een minimumgrens van 10 herhaalde metingen aangehouden. Om uitkomstindicatoren te kunnen formuleren en te toetsen hebben we analyses uitgevoerd voor elk van de aandoeningen en PROMs in vijf stappen:

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 gecorrigeerde verschilcores op de meetinstrumenten.

4.1.4 Ongecorrigeerde scores voor PROMs

In tabel 6 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 34.6, een gemiddelde eindscore van 13.9 en een gemiddelde verschillen van 24.7. In de literatuur wordt een klinisch relevante verschillen van 15-20 punten aangehouden.¹¹ Bij nekklachten met de NDI als aandoeningsspecifieke PROM zien we een gemiddelde beginscore van 14.6, een gemiddelde eindscore van 5.3 en een gemiddelde verschillen van 10.1. In de literatuur wordt een verschil van 7 punten aangehouden als klinisch relevant.¹² Van de PSK hebben we alleen de eerste activiteit weergegeven. Aangezien we geen inzicht hebben in de activiteit die is gekozen dienen de resultaten van de PSK met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Een vooruitgang van 3 punten wordt gezien als een klinisch relevant verschil.¹³ Voor de NPRS wordt in de literatuur een klinisch relevante verschillen van 2 punten aangehouden.¹⁴

Tabel 6. Ongecorrigeerde scores op de meetinstrumenten

Meetinstrument	N	Beginscore (SD)	Eindscore (SD)	Verschijscore (SD)
NPRS (hele populatie)	40.177	5,7 (2,3)	2,2 (2,1)	3,8 (2,6)
PSK (hele populatie)	46.966	6,5 (2,3)	2,0 (2,5)	4,6 (2,9)
QBPDS (rugklachten)	6.029	34,6 (20,2)	13,9 (15,6)	24,7 (19,6)
NDI (neklachten)	9.809	14,6 (8,1)	5,3 (6,7)	10,1 (8,2)

Om te kijken voor hoeveel patiënten er sprake was van een klinisch relevante verschillen op de meetinstrumenten hebben we in tabel 7 het percentage patiënten weergegeven dat een klinisch relevante verschillen laat zien op de NPRS, QBPDS en NDI. Deze scores beschouwen we als concept uitkomstindicatoren. We zien dat 80.6% van alle patiënten gemeten met de NPRS,, 67.0% van alle patiënten gemeten met de QBPDS en 65.8% van alle patiënten gemeten met de NDI klinisch relevant verbeteren.

Tabel 7. Ongecorrigeerde klinisch relevante verschillen

Meetinstrument	N	Klinisch relevant verschil	% patiënten met klinisch relevant verschil
NPRS	40.177	2 punten	80.6
QBPDS	6.029	15 punten	67.0
NDI	9.809	7 punten	65.8

Deze uitkomsten kunnen omgezet worden in indicatoren voor verschillende doeleinden. In het programma MKIB worden deze uitkomsten gebruikt in de intervisiemodule 'feedback op proces en uitkomsten' en bij de visitaties. In het programma zijn de indicatoren niet gebruikt voor externe transparantie.

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. De kenmerken van de populatie komen overeen met gegevens uit de landelijke eerstelijns registratie van het Nivel.¹⁵

Registratievergelijkbaarheid: verschillen in aanlevering van PROMs

De vergelijkbaarheid van de aangeleverde uitkomsten door de verschillende EPD's op basis van PROMs-data was vrij goed. We vonden alleen bij de GPE een opvallend verschil in de uitkomsten: de scores van één EPD waren meer dan punten hoger dan bij de andere EPD's.

Wel vonden we verschillen voor wat betreft de aanlevering van PROMs-data. We zien verschillen in de uitspoel per meetinstrument. Het online invullen van de PROMs door patiënten (thuis of in de wachtkamer) is een bevorderende factor voor het invullen van de PROMs. Een ander aspect is dat bij sommige EPD's de PROMs op meerdere plaatsen in het EPD kunnen worden ingevuld, maar deze worden maar van één specifieke plek uitgespoeld. Hierdoor is er een onderschatting van het aantal PROMs in de database. Daarnaast zijn er van enkele EPD's helemaal geen PROMs-data aangeleverd.

4.1.5 Gecorrigeerde verschilsscores PROMs

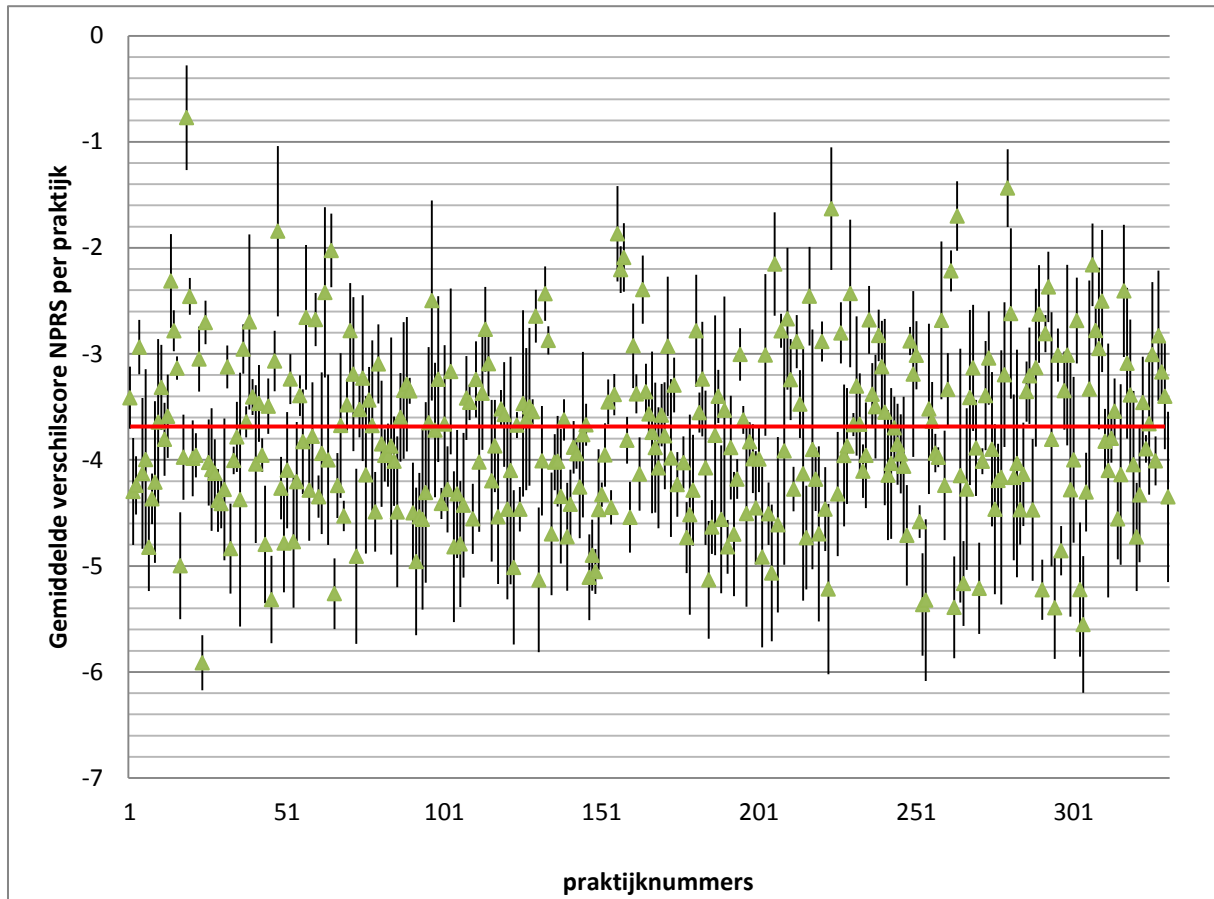
Case-mix correctie

Om te onderzoeken welke patiëntvariabelen van invloed zijn op de uitkomsten en waarvoor dus gecorrigeerd moet worden, hebben we multivariate regressieanalyses uitgevoerd. Uit de analyses bleek dat de variabelen leeftijd van de patiënt en duur van de klacht voor de eerste behandeling (<12 weken / >12 weken) een statistisch significante invloed hebben op de uitkomsten. Geslacht had in sommige gevallen ook een significante invloed. Dit komt overeen met de literatuur. Uit de literatuur is bekend dat naast deze kenmerken, ook nog andere kenmerken relevant zijn, zoals comorbiditeiten.^{16 17 18} In de LDF is de variabele comorbiditeit niet beschikbaar. Op basis van de analyses houden we in de case-mix correctie rekening met leeftijd, geslacht en duur van de aandoening.

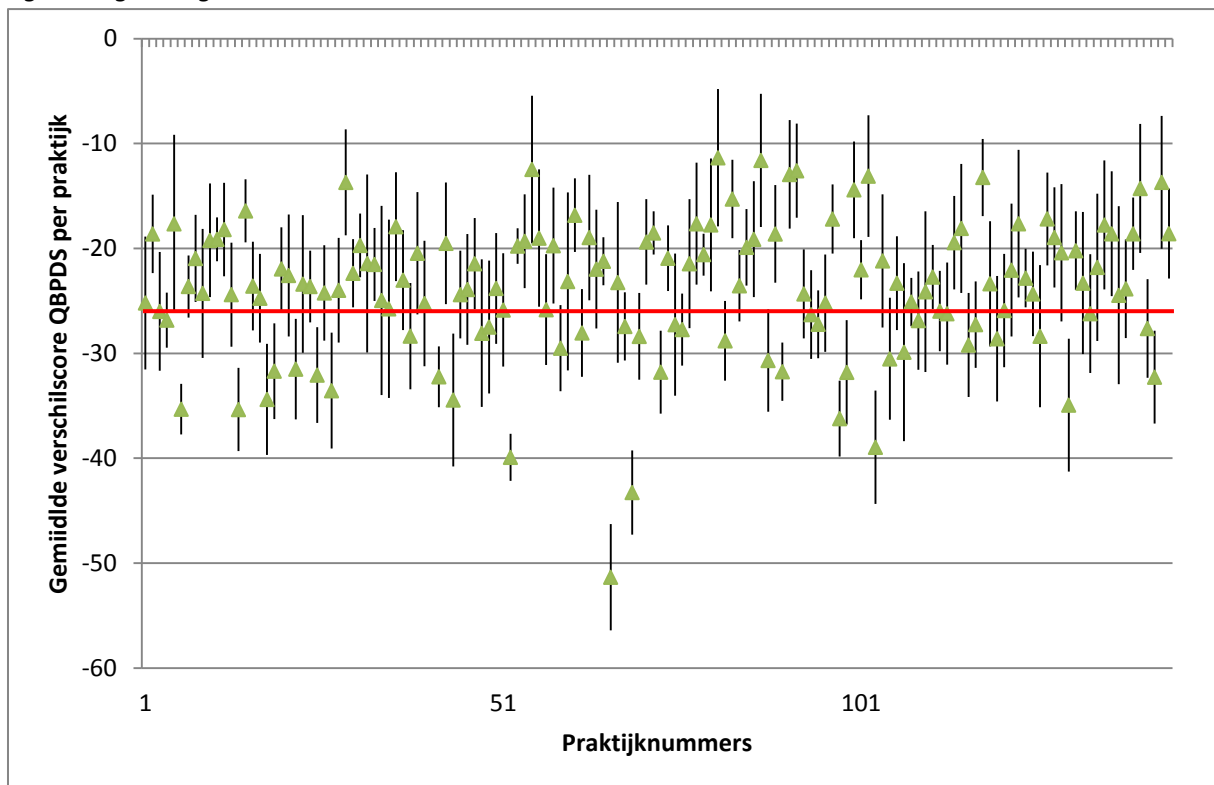
Gecorrigeerde verschilsscores tussen praktijken

Eventuele verschillen tussen praktijken bieden aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering op basis van intercollegiale toetsing. Om een goede vergelijking te kunnen maken dienen die verschillen gecorrigeerd te worden voor case-mix. In figuur 5, 6 en 7 zijn de gemiddelde gecorrigeerde verschilsscores op de NPRS, NDI en QBPDS in kaart gebracht van praktijken met minimaal 10 metingen op het betreffende meetinstrument. De gemiddelde verschilscore (gecorrigeerd) op de NPRS is 3,7 punten, van de QBPDS 24,6 punten en de NDI 10,0 punten. Dit is weergegeven in de horizontale rode lijnen. De verticale lijnen geven het 80% betrouwbaarheidsinterval weer, analoog aan de methodiek bij de CQ index voor het in kaart brengen van verschillen.

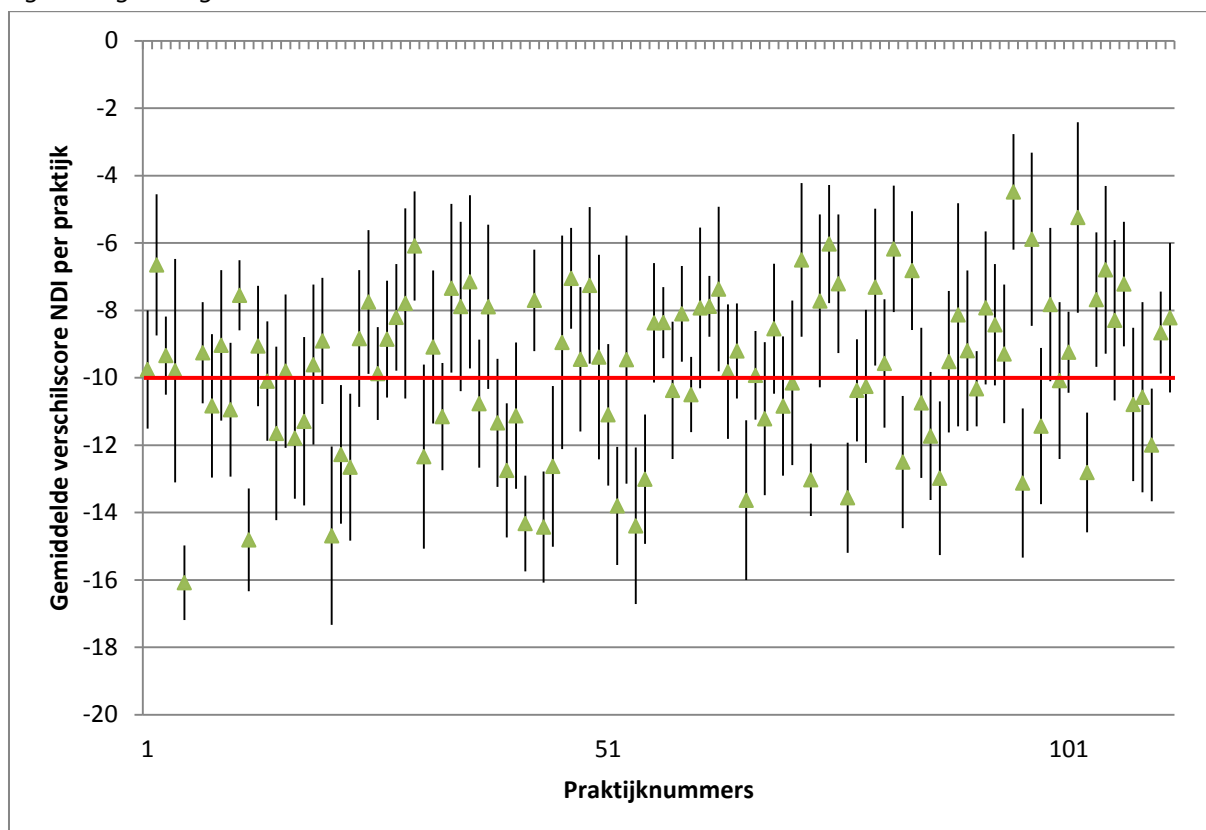
Figuur 5. Gecorrigeerde vershilscores van de NPRS



Figuur 6. gecorrigeerde scores van de QBPDS



Figuur 7. gecorrigeerde scores van de NDI



4.1.6 Procesindicatoren op basis van verslaglegging

In de basis uitvraag 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 van de zorg die met PROMs worden gemeten. De indicatoren op basis van de database tot en met november 2016 zien 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	65.5%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	33%
	Score 75 ^e percentiel	100%
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	88.5%
	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	63.2%
	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 aandoeeningen.	

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	25.0%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	0%
	Score 75 ^e percentiel	100%
Opmerking	In veel dossiers is het behandelresultaat niet vastgelegd en de wijze waarop EPD's het behandelresultaat vastleggen varieert. De registratievergelijkbaarheid is daarmee onvoldoende.	

4.2. Peer Assessment

De modules 'communicatie' en 'dossiervoering' zijn door verschillende netwerken in de tweede pilotcyclus getest. De modules 'klinisch redeneren' en 'feedback op proces en uitkomsten' zijn nog niet getest op grotere schaal en de resultaten maken daarom geen onderdeel uit van dit rapport.

Tabel 8 geeft de resultaten van de zelf- en peer assessment scores weer van de modules 'communicatie' en 'dossiervoering'. Er hebben 351 fysiotherapeuten data aangeleverd in de eerste bijeenkomst en 321 fysiotherapeuten in de tweede bijeenkomst. De verbeteringen zijn uitgedrukt in het verschil tussen indicatorscores van de eerste en de tweede bijeenkomst. De zelf-assessment scores waren lager dan de peer assessment scores. Tabel 8 beschrijft de gemiddelde scores van alle indicatoren en laat zien dat de scores in de tweede bijeenkomst aanmerkelijk hoger waren. De zelf-assessment scores lieten een betere vooruitgang zien dan de peer assessment scores. Tabel 9 en 10 beschrijven de scores per individuele indicator. De grootste verbeteringen voor de communicatie met de patiënt is op indicator 3: 'Zijn de patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) gebruikt om in samenspraak met de patiënt het behandelplan op te stellen?' voor zowel zelf-assessment (gemiddeld verschil 0.65) en peer assessment (gemiddeld verschil 0.51). Voor de indicatoren van de dossiervoering gaf indicator 6 'Is er adequaat gebruik gemaakt van klinische uitkomstmaten (performance testen)' de grootste verbetering voor zowel de zelf-assessment (gemiddeld verschil 0,47) peer assessment (gemiddeld verschil 0,26).

Tabel 8. Scores van de indicatoren van de intervisiemodules 'communicatie' en 'dossiervoering'

	<i>Eerste meting</i>		<i>Tweede meting</i>			
	N	Gemiddeld (SD)	N	Gemiddeld (SD)	N	Gemiddelde verschilscore
Communicatie						
Zelf-assessment scores	351	3.69 (0.70)	314	4.14 (0.59)	311	0.44*
Peer assessment scores	351	4.05 (0.50)	333	4.36 (0.46)	328	0.30*
Dossiervoering						
Zelf-assessment scores	345	3.79 (0.66)	310	4.14 (0.58)	307	0.31*
Peer assessment scores	351	4.24 (0.42)	328	4.45 (0.40)	325	0.20*

* Significant verschil (P <0.01)

SD: standaard afwijking [standaard deviatie]

Tabel 9. Gemiddelde zelf-assessment en peer assessment scores indicatoren communicatie

	Indicator	Zelf-assessment scores			Peer assessment scores		
		Gemiddeld eerste meting	Gemiddeld tweede meting	Gemiddelde verschil-score	Gemiddeld eerste meting	Gemiddeld tweede meting	Gemiddelde verschil-score
1	Is de hulpvraag verhelderd?	3.84 (0.99)	4.27 (0.80)	0.46 (1.16)*	4.14 (0.71)	4.45 (0.57)	0.32 (0.78)*
2	Zijn de bevindingen uit onderzoek en de fysiotherapeutische diagnose in begrijpelijke taal geformuleerd?	4.0 (0.82)	4.22 (0.72)	0.24 (0.93)*	4.33 (0.56)	4.49 (0.50)	0.15 (0.64)*
3	Zijn de patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) gebruikt om in samenspraak met de patiënt het behandelplan op te stellen?	3.29 (1.26)	3.93 (1.04)	0.65 (1.44)*	3.60 (0.93)	4.11 (0.77)	0.51 (0.98)*
4	Zijn de wederzijdse verwachtingen afgestemd?	3.71 (1.08)	4.19 (0.81)	0.46 (1.18)*	4.09 (0.64)	4.41 (0.52)	0.31 (0.68)*
5	Zijn de te verwachten resultaten (doelstellingen) van de behandeling SMART geformuleerd en in samenspraak met de patiënt?	3.29 (1.14)	3.92 (0.96)	0.58 (1.25)*	3.86 (0.68)	4.19 (0.63)	0.33 (0.74)*
6	Zijn de geplande verrichtingen helder geformuleerd en in samenspraak met de patiënt?	3.96 (0.95)	4.28 (0.78)	0.30 (1.09)*	4.29 (0.58)	4.50 (0.53)	0.19 (0.65)*

* Significant verschil (P <0.01)

SD: standaard afwijking [standaard deviatie]

Tabel 10. Gemiddelde zelf-assessment en peer assessment scores indicatoren dossiervoering

		Zelf-assessment scores			Peer assessment scores		
	Indicator	Gemiddeld eerste meting	Gemiddeld tweede meting	Gemiddelde verschil-score	Gemiddeld eerste meting	Gemiddeld tweede meting	Gemiddelde verschilscore
1	Is het dossier is in begrijpelijke taal geschreven; is de dossiervoering beknopt?	3.98 (0.68)	4.28 (0.61)	0.28 (0,74)	4.37 (0.41)	4.59 (0.40)	0.32 (0.78)
2	Voldoet het dossier aan de richtlijn fysiotherapeutische dossiervoering 2016?	3.83 (0.86)	4.12 (0.77)	0.23 (0.89)	4.29 (0.49)	4.46 (0.49)	0.15 (0.64)
3	Maakt het dossier het klinisch redeneren en handelen van de fysiotherapeut inzichtelijk?	3.71 (0.83)	4.12 (0.75)	0.40 (0.89)	4.23 (0.51)	4.43 (0.47)	0.51 (0.98)
4	Hangen de stappen binnen het methodisch handelen logisch met elkaar samen (bevatten ze geen tegenstrijdigheden)?	3.96 (0.81)	4.23 (0.71)	0.21 (0.86)	4.33 (0.50)	4.49 (0.44)	0.31 (0.68)
5	Is er adequaat gebruik gemaakt van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)? 0-meting / tussenmeting* / eindmeting?	3.72 (1.09)	4.13 (0.87)	0.35 (1.13)	4.19 (0.65)	4.44 (0.55)	0.33 (0.74)
6	Is er adequaat gebruik gemaakt van klinische uitkomstmaten (performance testen)? 0-meting / tussenmeting* / eindmeting?	3.42 (1.21)	3.95 (0.97)	0.47 (1.32)	4.05 (0.67)	4.31 (0.60)	0.19 (0.65)

* Significant verschil (P <0.01)

SD: standaard afwijking [standaard deviatie]

4.2.1 Eigenschappen van een coach

Coaches spelen een belangrijke rol bij het peer assessmentproces. Coaches zijn door IQ healthcare opgeleid en er heeft een evaluatie plaatsgevonden van de coaches. Er zijn interviews met fysiotherapeuten en coaches gehouden om de belangrijkste kenmerken van de coaches inzichtelijk te maken en er is een vragenlijst uitgezet. Fysiotherapeuten werd gevraagd hoe belangrijk zij bepaalde eigenschappen vonden voor een coach.

Tabel 11 beschrijft de resultaten van de vragenlijst. Uit de resultaten bleek dat fysiotherapeuten verschillende eigenschappen belangrijk vinden voor een coach. De belangrijkste eigenschappen waren: 'bewaken van de veiligheid en een veilige sfeer', 'stimuleren van actieve participatie' en 'leiding geven aan een groepsproces'. De minst belangrijke eigenschap vond men 'persoonlijke coaching'.

Er waren duidelijke verschillen tussen deelnemende fysiotherapeuten en coaches. Coaches vonden alle eigenschappen iets belangrijker dan deelnemende fysiotherapeuten. Relevante verschillen tussen coaches en deelnemende fysiotherapeuten werden gevonden in de eigenschappen: ‘bewaken van de veiligheid en veilige sfeer’, ‘kritische vragen kunnen en durven stellen’, ‘begeleiden en geven en ontvangen van feedback’ en ‘goed om kunnen gaan met weerstand’.

Tabel 11. Scores (%) van de kenmerken van de coach

Eigenschap	Heel belangrijk	Belangrijk	Neutraal	Onbelangrijk	Geheel onbelangrijk
Stimuleren actieve participatie	41.2	53.1	4.5	1.2	0
Leiding geven aan groepsproces	38.7	53.9	7.0	0.4	0
Bewaken veiligheid en veilige sfeer	52.7	36.2	9.5	1.6	0
Stimuleren van gelijke inbreng onder groepsleden	25.1	62.6	11.5	0.8	0
Stimuleren van maximaal leerresultaat	16.5	54.1	27.3	2.1	0
Het bewaken van de tijd	18.2	57.9	22.3	1.7	0
Verdiepende vragen kunnen stellen	22.2	58.0	17.7	2.1	0
Kritische vragen kunnen en durven stellen	25.6	59.5	14.0	0.8	0
Inhoudelijke feedback kunnen geven	24.0	54.5	18.6	2.9	0
Begeleiden van geven en ontvangen van feedback	29.6	60.5	8.6	1.2	0
Persoonlijke coaching	9.9	45.7	35.4	9.1	0
Goed om kunnen gaan met weerstand	22.6	57.6	16.9	2.9	0
Neutraal blijven	28.9	52.5	16.9	1.7	0
Stimuleren van zinvolle verbeteracties	23.2	59.8	15.4	1.7	0

4.3 Visitatie

Het proces van visitatie bestaat uit diverse stappen en er wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Box 2 beschrijft de stappen van de visitatie.

Box 2 Stappen intercollegiale visitatie voor praktijken

1. Praktijkmedewerkers leveren data aan de Landelijke Database Fysiotherapie (continue levering).
2. Praktijkmedewerkers hebben de TCI (Team Climate Inventory) ingevuld en de 1e en 2e ronde peer assessment van dossiervoering en communicatie afgerond. Alle data zijn ingevoerd op de website.
3. Praktijkvertegenwoordiger bestudeert het TCI rapport op de website. Hierin staan de gemiddelde scores van de praktijkmedewerkers op de TCI vermeld. De praktijk reflecteert op de resultaten en neemt deze mee in de zelfevaluatie.
4. Praktijkvertegenwoordiger maakt een PROM-profiel van de praktijk m.b.v. de feedbacktool (gebaseerd op LDF-data) en reflecteert op de uitkomsten. De resultaten worden meegenomen in de zelfevaluatie.
5. Praktijkvertegenwoordiger vult online de zelfevaluatielijst kwaliteit van de praktijkvoering in.
6. Praktijkvertegenwoordiger uploadt alle relevante kwaliteits- en managementdocumenten voor de visitatie die de zelfevaluatie ondersteunen.
7. De praktijkinformatie wordt online tijdelijk toegankelijk gemaakt voor de bezoekers. Bezoekers bereiden zich voor op basis van deze praktijkinformatie.
8. Intercollegiale visitatie vindt plaats.
9. Concept visitatierapport wordt toegezonden. Praktijk reageert op het rapport.
10. Visitatierapport wordt vastgesteld en wordt geupload op de website.

teamklimaat binnen hun eigen praktijk beoordeeld kan worden. De TCI bestaat uit 38 vragen welke op te delen zijn in vier hoofdschalen: 'Ervaren veiligheid voor participatie', 'Ondersteuning bij innovatie', 'Teamvisie' en 'Taakgerichtheid'. Elke hoofdschaal is ook weer op te delen in subschalen. De visitatie bestaat uit een rondleiding door de praktijk, een dossiertoets en een gesprek over de kwaliteit van de praktijkvoering aan de hand van vooraf aangeleverde documenten, het TCI-rapport (waarin de praktijk alleen inzicht had in de gemiddelde scores van medewerkers) en het PROM-profiel. Er zijn zes indicatoren ontwikkeld voor de visitatie, zie tabel 12. Deze indicatoren beschrijven verschillende domeinen van kwaliteit.

Tabel 12. Indicatoren voor visitatie

indicator	Criterium	Waarom	Hoe aantonen
1 Kwaliteits-beleid	De praktijk voert een actief beleid om de kwaliteit van de medewerkers, de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de zorg voor de cliënt te bewaken, te bevorderen en inzichtelijk te maken.	Het kwaliteitsbeleid vormt de identiteit van de praktijk en is bepalend voor het beeld wat de praktijk naar buiten toe wil uitstralen. Het beleid is afgestemd op het KNGF beroepsprofiel en vormt het kader waarbinnen de praktijk en haar medewerkers beslissingen nemen om richting te geven aan verbeterprocessen. Kwaliteitszorg sluit aan bij de algemeen geldende normen voor kwaliteit zoals effectiviteit (doeltreffendheid), efficiëntie (doelmatigheid), cliëntgerichtheid en de toegankelijkheid. Voorwaarde is dat medewerkers op de hoogte zijn van het beleid en in ook de lijn van het beleid handelen.	Kwaliteitsmanagement • Kwaliteitsbeleid en beleidsverklaring onderschreven door medewerkers • Kwaliteitsjaarverslag Professionele ontwikkeling medewerkers • Registraties BIG en CKR • Deelname van medewerkers aan een systeem van Peer assessment. Kwaliteit van de zorg voor de cliënt • Behandelgemiddelden / spiegelinformatie • Scores Cliënt Gerapporteerde Uitkomsten • Scores vragenlijsten cliënttevredenheid • Klachtenregeling

2 Klinisch redeneren en verslagleggen	De medewerkers hanteren KNGF richtlijnen voor de verslaglegging bij het aanleggen van het cliëntendossier en hanteren een heldere lijn van klinische redeneren conform de kenmerken van Evidence Based Practice.	Gestructureerde verslaglegging ondersteunt de fysiotherapeut bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het behandelplan. Een cliëntendossier is noodzakelijk voor intern gebruik maar ook voor externe verantwoording van de kwaliteit van de zorg. Een goed dossier bevat alle noodzakelijke informatie en is makkelijk leesbaar. Het meest uitgebreide dossier is dus niet per se het beste dossier. Een collega die de cliënt moet overnemen zou snel moeten kunnen zien wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren.	• Peer assessment van EPD's en verbeterplan verslaglegging • Dossiertoets: visiteurs nemen een steekproef van vijf dossiers en toetsen deze aan de hand van het beoordelingsformulier verslaglegging dat ook bij de peer assessment is gebruikt
3 Interne en externe communicatie en samenwerking	De praktijk heeft een adequaat systeem van interne en externe communicatie en samenwerking.	Informeel en formeel georganiseerde uitwisseling van informatie is onmisbaar binnen een goed functionerende en transparante praktijkorganisatie. Duidelijke afspraken over de inhoud van de zorg voor de cliënt en de organisatie van de zorg rondom de cliënt, dragen bij aan kwaliteit van de zorg en aan de cliënttevredenheid. Afspraken komen tot stand in samenspraak met elkaar en zijn vastgelegd in notulen zodat later geverifieerd kan worden of ze zijn nagekomen, dan wel of ze bijgedragen hebben aan het doel waarvoor de afspraken gemaakt zijn. Dit geldt ook voor de communicatie met ketenpartners, netwerken, cliëntenverenigingen en andere betrokkenen rondom de zorg voor de cliënt zoals beschreven in de WMO .	Structureel praktijkoverleg • Agenda en notulen Structureel interprofessioneel overleg (indien van toepassing) • Agenda en notulen Procedure voor gestructureerde externe informatie-uitwisseling • Verslagen
4 Inrichting en toegankelijkheid	De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat aan de zorgvraag van de doelpopulatie kan worden voldaan.	De inrichting en bereikbaarheid van de praktijk is afgestemd op de doelpopulatie. In het beleidsplan van de praktijk zijn keuzes gemaakt en maatregelen opgenomen om de gedefinieerde cliëntenpopulatie optimaal te kunnen bedienen. Dit geldt voor fysieke bereikbaarheid maar ook wat betreft informatievoorziening. Een juiste afstemming van diensten en informatie op de cliëntenpopulatie is een voorwaarde voor een succesvolle praktijk.	• Deels in kwaliteitsbeleid • Voorzieningen voor speciale doelgroepen (b.v. mindervaliden). • Bereikbaarheid (loket / telefoon / internet) • Informatie beschikbaarheid medewerkers en wachttijden (folders / website). • Checklist inrichtingseisen

5 Hygiëne, privacy en veiligheid	De praktijk voert een actief beleid om de privacy en de veiligheid van de cliënt te bewaken en respecteert handelt conform de beroepsethiek en gedragsregels.	Het bewaken van privacy wordt in toenemende mate belangrijk door de intrede van informatietechnologie. Cliëntendossiers en communicatie met - en over cliënten is niet onbedoeld voor derden toegankelijk. Door de vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaard gaande comorbiditeiten zoals hartfalen of osteoporose maakt het bewaken van de cliëntveiligheid steeds actueler. Het is belangrijk dat de praktijk de risico's van de cliëntenpopulatie inventariseert en maatregelen neemt om mogelijke risico's te elimineren, dan wel te verminderen. Een schone praktijk en een goede handhygiëne horen daarbij. Het zijn basisvoorwaarden voor een verantwoorde praktijkvoering.	• Deels in kwaliteitsbeleid • Checklist inrichtingseisen • Checklist veiligheid • Maatregelen beveiliging dossierinformatie
6 Innovatie en ondernemerschap	De praktijk ontwikkelt en implementeert initiatieven om aan te sluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg.	Inhoudelijk is deze indicator is niet uitsluitend weggelegd voor praktijken die voorop willen lopen bij ontwikkelingen in de zorg. Iedere praktijk moet zich op de hoogte houden van de ontwikkelingen met betrekking tot de diensten die ze aanbiedt. Dat geldt voor wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, maar ook voor politieke, maatschappelijke en demografische ontwikkelingen. Een moderne praktijk zorgt ervoor dat ze blijft, aansluit bij veranderingen in de zorgvraag en een duidelijke positie inneemt in de lokale zorgketen. Denk aan initiatieven om de zorg beter bereikbaar en betaalbaar te houden zoals 'gezondheid in de wijk' en zelfmanagementprogramma's.	Praktijken bepalen zelf hoe ze invulling geven aan deze indicator en hoe ze dat aantonen. Denk aan folders, publicaties, instructie- en scholingsmateriaal, ICT-toepassingen zoals eHealth.

De resultaten van 30 visitaties zijn weergegeven in tabel 13. Over het algemeen was het kwaliteitsbeleid van de gevisitatie praktijk van kwalitatief hoog niveau en helder geformuleerd. De geformuleerde doelstellingen en de voortgang ervan waren bij het grootste deel van de praktijken aantoonbaar ingevoerd. In de dossiervoering konden praktijken nog stappen maken. Aandachtspunten voor verbetering betroffen met name het inzichtelijk maken van het klinisch redeneren en het verhelderen van de fysiotherapeutische diagnose. Ook het (systematisch) gebruik van richtlijnen en het gebruik van specifieke klinimetrie passend bij de klachten en de hulpvraag van

de cliënt kunnen nog verbeterd worden. Met betrekking tot interne en externe communicatie en samenwerking was de interne communicatie en het aantonen daarvan goed op orde. Aandachtspunten voor verbetering waren met name het vastleggen van externe communicatie en uitkomsten/doelen verspreiden binnen de praktijk. Praktijken waren over het algemeen in orde lettende op de inrichting en toegankelijkheid, hetzelfde werd geconstateerd voor hygiëne, privacy en veiligheid. Als laatste werd er gekeken naar en/of gesproken over ondernemerschap en innovatie van de praktijk. Praktijken voeren actief beleid op nieuwe ontwikkelingen.

Tabel 13. Scores op de indicatoren van de visitaties

Indicator	Gemiddelde score (SD)	Minimale score	Maximale score
Kwaliteitsbeleid	3,0 (0,93)	1	4
Klinisch redeneren en verslagleggen	2,5 (0,86)	0	4
Interne en externe communicatie en samenwerking	3,1 (0,63)	2	4
Inrichting en toegankelijkheid	3,6 (0,56)	2	4
Hygiëne, privacy en veiligheid	3,5 (0,51)	3	4
Innovatie en ondernemerschap	3,5 (0,57)	2	4

SD: standaarddeviatie

Voorafgaand aan de start van het proces van peer assessment hebben fysiotherapeuten van alle 87 deelnemende praktijken de TCI (Team Climate Inventory) vragenlijst ingevuld waarin zij het teamklimaat binnen hun eigen praktijk anoniem konden beoordelen. De praktijk kreeg deze gegevens enkel op praktijkniveau, aan de hand van gemiddelde scores, teruggekoppeld. Ongeveer twee maanden na afloop van de visitatie hebben de fysiotherapeuten de TCI opnieuw ingevuld. Om het verschil in ervaren teamklimaat te kunnen weergeven tussen de eerste meting (bij de start van het project) en de tweede meting (na afloop van de visitatie), zijn de scores van de hoofdschalen met elkaar vergeleken en is een score van 67 praktijken berekend die de eerste en tweede meting volledig hadden uitgevoerd. De gemiddelde beginscore per praktijk is vergeleken met de gemiddelde eindscore per praktijk. De resultaten zijn weergegeven in tabel 14.

Tabel 14. Gemiddelde praktijkcores op de TCI

	Eerste meting				Tweede meting				
	Gemiddelde	SD	Min	Max	Gemiddelde	SD	Min	Max	verschil
Ervaren veiligheid voor participatie	3,90	0,36	2,99	4,94	4,03	0,44	2,43	5,00	0,13
Ondersteuning bij innovatie	3,93	0,48	2,75	5,00	4,08	0,43	3,20	4,94	0,15
Teamvisie	3,94	0,47	2,85	5,00	4,03	0,38	3,19	5,00	0,09
Taakgerichtheid	3,76	0,47	2,61	5,00	3,95	0,41	3,13	5,00	0,19

SD: standaard afwijking [standaard deviatie]; min: minimale score, max: maximale score

Alle praktijken scoorden hoog op teamklimaat, zowel tijdens fase 1 als fase 2. Er zijn wel verschillen tussen praktijken zichtbaar. Bijvoorbeeld op de hoofdschaal 'Taakgerichtheid', hier is het verschil tussen de minimale en maximale score die hierop gegeven is per praktijk 2,39 in fase 1. In fase 2 is dit verschil gedaald naar 1,87. Op deze schaal is ook de grootste vooruitgang te zien; in fase 2 scoorden praktijken 0,19 hoger vergeleken met fase 1. We zien op alle vier de hoofdschalen van de TCI vragenlijst een kleine vooruitgang. Deze vooruitgang was voor 'Ervaren veiligheid voor participatie', 'Ondersteuning bij innovatie' en 'Taakgerichtheid' significant verschillend tussen fase 1 en fase 2.

4.4 PREM

In totaal hebben 2480 patiënten van 87 deelnemende praktijken zowel de CQI Fysiotherapie als de Medrisk-vragenlijst ingevuld. Na opschoning bestond het databestand uit 1948 patiënten. Elke praktijk leverde gemiddeld 22.4 (range: 1-204; mediaan: 13.0) vragenlijsten. De grote meerderheid (gemiddeld 93%) van de patiënten heeft de vragen positief ('mee eens' of 'geheel mee eens') beantwoord.

De factoranalyse van de Medrisk-vragenlijst laat twee onderliggende factoren zien; de interactie tussen patiënt en fysiotherapeut (vraag 4 t/m 10) en de ervaring met de organisatie van de praktijk (vraag 1 t/m 3). De gemiddelde score (factorscore) van de vragen die laden op de factor "interactie met de fysiotherapeut" is 4.67 (Standaarddeviatie (SD): 0.53; range: 1.00-5.00). De interne consistentie van deze vragen is 0.94.

De gemiddelde score (factorscore) van de vragen die laden op de factor "praktijkorganisatie" is 4.51 (SD: 0.59; range: 1.00-5.00). De interne consistentie van deze vragen is 0.79.

Convergente validiteit: Voor de vergelijking tussen de Nelson Beattie vragenlijst en de huidige CQI Fysiotherapie zijn de gemiddelde schaalscores per thema van de CQI Fysiotherapie berekend. De correlaties tussen de factorscore van de Nelson Beattie vragenlijst en de vier thematische schaalscores van de CQI Fysiotherapie zijn matig. Deze matige correlaties zijn mogelijk verklaarbaar doordat de CQI Fysiotherapie gebruik maakt van specifieke thematische schaalscores. De CQI Fysiotherapie meet hiermee deels andere domeinen van patiëntervaring dan de Nelson Beattie vragenlijst meet. Daarnaast verschillen de vraagstelling en antwoordcategorieën tussen beide vragenlijsten, wat een verschil in interpretatie bij de patiënt kan veroorzaken.

Betrouwbaarheid en onderscheidend vermogen

De verschillen tussen praktijken op de Medrisk vragenlijst zijn klein maar wel statistisch significant. Het benodigd aantal metingen per praktijk voor de twee factoren en de PROM-vragen varieert van 82 tot 169 metingen per praktijk. De verschillen tussen praktijken zijn in kaart gebracht door ze te scoren als ondergemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld. Van de 87 deelnemende praktijken waren er 72 praktijken die meer dan 4 vragenlijsten aangeleverd hadden. Van deze 72 praktijken scoort 1 praktijk ondergemiddeld en 1 praktijk bovengemiddeld op “interactie met de fysiotherapeut” en 5 praktijken ondergemiddeld en 3 praktijken bovengemiddeld op “praktijkorganisatie”. De berekeningen laten zien dat de vragenlijst voldoende onderscheidend vermogen heeft om verschillen tussen praktijken statistisch aan te tonen.

Conclusie

De Medrisk vragenlijst is een valide meetinstrument om de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg op basis van patiëntervaringen in kaart te brengen. De vragenlijst meet twee domeinen van patiëntervaring: de interactie tussen patiënt en fysiotherapeut en de ervaring met betrekking tot de praktijkorganisatie. De twee PROM-vragen zijn van toegevoegde waarde.

De Medrisk vragenlijst laat geringe maar wel statistisch significante variatie zien in patiëntervaring. Daarmee voldoet de Nelson Beattie-vragenlijst aan de eis van voldoende onderscheidend vermogen voor externe transparantie. De analyses voor case-mix correctie waren door de kleine steekproef niet stabiel en daarom is gekozen voor een standaard case-mix correctie: leeftijd, ervaren gezondheid, opleiding.

4.5 Producten

In deze paragraaf hebben we alle producten als *deliverables* van het MKIB-programma op een rij gezet. Alle producten zijn in de looptijd van het programma aan het KNGF opgeleverd. Daarnaast hebben we de wetenschappelijke publicaties op een rij gezet die het onderzoeksprogramma heeft opgeleverd of die zijn ingediend voor publicatie.

4.5.1 Rapportages

Pilots PROMs

Eindrapport Fysiocare, juli 2015

Eindrapport Fysio-Omn, juli 2015

Eindrapport Fysio10, juli 2015

Eindrapport Rugnetwerk, april 2016

Pilots Peer assessment en intercollegiale visitatie

Eindrapport FGH, februari 2016

Eindrapport SKFN, maart 2017

Eindrapport Fysio10, maart 2017

Eindrapport Fysiocare, februari 2017

Eindrapport Fysio-Omni, februari 2017

Validatie patiënt ervaringen vragenlijst (Medrisk)

Eindrapport validatie Nelson Beattie, februari 2016

Producten en handleidingen pilots peer assessment en visitatie

Intervisie en Visitatie Reglement Fysiotherapie, 2016

Instructie data naar LDF (voor 8 EPD-systemen), 2015

Informatie deelnemende fysiotherapeuten

Programmagids deelnemers pilot, oktober 2016

Handleiding feedback geven en krijgen, november 2015

Handleiding exporteren van een EPD, november 2015

Handleiding Webomgeving voor deelnemers, november 2015

Formulier kwaliteit van communicatie met client

Formulier kwaliteit van dossiervoering

Formulier Teamklimaat vragenlijst (TCI)

Informatie peer assessment coaches

Programmagids Peer assessment Groepscoaches, augustus 2016

Handleiding Webomgeving voor coaches, oktober 2016

Informatie visiteurs

Programmagids Training visiteurs, juni 2016
Handleiding Webomgeving voor bezoekers
Formulier kwaliteit van de praktijkvoering pilots
Handleiding PROM-profiel bezoekers
Aandachtspunten bij een visitatie - verkorte versie
Format visitatierapport

Informatie praktijken tav visitatie

Handleiding Webomgeving voor praktijkvertegenwoordigers
PROM poppetje per locatie op praktijkniveau
PROM poppetje per locatie op therapeut en praktijkniveau
PROM poppetje per PROM op fysiotherapeutniveau
PROM poppetje per PROM op praktijkniveau

Intervisiemodules

Intervisiemodule Communicatie, februari 2017
Intervisiemodule Dossiervoering, februari 2017
Intervisiemodule Feedback proces en uitkomsten, februari 2017
Intervisiemodule Klinisch redeneren voor deelnemers, februari 2017
Intervisiemodule Klinisch redeneren voor coaches, februari 2017

Producten en handleidingen specifiek voor Plusprogramma

Informatie deelnemende fysiotherapeuten

Programmagids Plusprogramma deelnemers interview, oktober 2016
Handleiding Plusprogramma Webomgeving deelnemers interview, augustus 2016

Informatie interview coaches

Programmagids Plusprogramma Groepcoaches, augustus 2016
Programmagids Plusprogramma Interviewcoaches, augustus 2016
Handleiding Plusprogramma Train de trainers Interview, oktober 2016

Informatie bezoekers

Programmagids Plusprogramma Training bezoekers, oktober 2016
Formulier kwaliteit van praktijkvoering

Informatie praktijken t.a.v. visitatie

Ontwikkelplan Plusprogramma Visitatie, februari 2017
Verbeterplan Plusprogramma Visitatie, februari 2017
Formulier zelfevaluatie kwaliteit van praktijkvoering

4.5.2 Wetenschappelijke publicaties

Maas, M.J, Nijhuis-van der Sanden MW, Driehuis F, Heerkens YF, van der Vleuten CP, van der Wees PJ. Feasibility of peer assessment and clinical audit to self-regulate the quality of physiotherapy services. *BMJ Open* 2017; 10;7(2):e013726.

Guus A. Meerhoff, Simone A. van Dulmen, Marjo J.M. Maas, Karin Heijblom, Maria W.G. Nijhuis-van der Sanden, Philip J. Van der Wees, Development and Evaluation of an Implementation Strategy for Collecting Data in a National Registry and the Use of Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in Physical Therapy Practice: A Quality Improvement Study. *Accepted Physical Therapy* 2017.

van Dulmen SA, van der Wees PJ, Bart Staal J, Braspenning JC, Nijhuis-van der Sanden MW. Patient reported outcome measures (PROMs) for goalsetting and outcome measurement in primary care physiotherapy, an explorative field study. *Physiotherapy*. 2017;103:66-72.

Van der Wees P, Abma I, Vajda I, Verbiest-Hoppenbrouwer M. Patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen: Hoe zetten we de patiënt echt centraal? *Ned Tijdschrift Evidence Based Practice* 2016; 11(3): 17-20.

Maas MJM, van der Wees PJ, Braam C, Koetsenruijter J, Heerkens YF, van der Vleuten CPM, Nijhuis-van der Sanden MWG. An innovative peer assessment approach to enhance guideline adherence in physical therapy: a single-masked cluster-randomized controlled trial. *Physical Therapy* 2015; 95(4):600-612.

Maas MJ, van Dulmen SA, Sagasser MH, Heerkens YF, van der Vleuten CP, Nijhuis-van der Sanden MW, van der Wees PJ. Critical features of peer assessment of clinical performance to enhance adherence to a low back pain guideline for physical therapists: a mixed methods design. *BMC Med Educ* 2015; 12(15):203.

Swinkels RA, Meerhoff GM, Custers JW, van Peppen RP, Beurskens AJ, Wittink H. Using Outcome Measures in Daily Practice: Development and Evaluation of an Implementation Strategy for Physiotherapists in the Netherlands. *Physiother Can*. 2015; 67(4):357-64.

Van Dulmen S, Maas M, Staal B, Rutten G, Kiers H, van der Wees P, Nijhuis-van der Sanden MWG. Effectiveness of peer-assessment for implementing a Dutch physical therapy low back pain guideline: a cluster randomized, controlled trial. *Physical Therapy* 2014;94(10):1396-409.

Simone van Dulmen, Marjo Maas, Bart Staal, Geert Rutten, Henri Kiers, Maria Nijhuis-van der Sanden, Philip van der Wees. Effectiveness of Peer Assessment for Implementing a Dutch Physical Therapy Low Back Pain Guideline: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Fysiopraxis*, 2014, 11 (23).
Van der Wees PJ en Martin Moons M. Toepassing van patiënt-gerapporteerde uitkomsten in de fysiotherapie. *Physios* 2014

Submitted for publication

Maas MJM, Driehuis, F, Meerhoff, GA, Heerkens, YF, van der Vleuten CPM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Van der Wees PJ. The effects of self- and peer assessment on clinical performance of physiotherapists in primary care: a prospective cohort study.

Driehuis, F, van Dulmen SA, de Bie RA, Beattie PF, Nelson R, Nijhuis-van der Sanden MWG, van der Wees PJ. Patient perceived quality of physical therapists services: measurement properties study of the Healthcare Experience and Outcome measure in Physical Therapy (HEOPT).

Meerhoff GA, van Dulmen SA, Cruijsberg JK, Nijhuis-van der Sanden MWG, van der Wees PJ. What determinants facilitate or impede the implementation of patient reported outcome measures in Dutch physical therapist practice: a prospective observational cohort study.

5. Reflectie

In dit hoofdstuk reflecteren we op het onderzoeksprogramma MKIB op basis van onze ervaringen en (tussentijdse) evaluaties van verschillende onderdelen van het programma dat uiteindelijk een looptijd heeft gehad van 1 april 2013 tot en met 31 maart 2017. We maken daarbij onderscheid tussen (1) een algemene reflectie op de doelstellingen en het proces om die doelstellingen te behalen, en (2) een specifieke reflectie op onderdelen van het programma. In de specifieke reflectie beschrijven we vijf aspecten: (a) toepasbaarheid van intervisie, (b) toepasbaarheid van visitatie, (c) toepasbaarheid van PROMs, (d) uitspoel van data in de LDF, (e) betrouwbaarheid en validiteit van de data.

5.1 Algemene reflectie op behaalde doelstellingen en het proces

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoeksprogramma waren de volgende drie doelstellingen geformuleerd:

1. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van kwaliteitsindicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en op basis van fysiotherapeutische verslaglegging.
2. Ontwikkelen, implementeren, evalueren en aanpassen van een kwaliteitssysteem waarmee fysiotherapeuten de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren op basis van kwaliteitsindicatoren.
3. Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van een visitatiesysteem, als onderdeel van het kwaliteitssysteem, waarin ook het klinisch redeneren en het fysiotherapeutisch handelen wordt getoetst.

Na de start in 2013 hebben we gewerkt aan het meten van uitkomsten van fysiotherapeutische zorg met behulp van PROMs met als doel om die uitkomsten te gebruiken voor het maken van indicatoren voor kwaliteit. De opzet was om die indicatoren in eerste instantie te gebruiken voor interne kwaliteitsverbetering in het te ontwikkelen kwaliteitssysteem en vervolgens door te ontwikkelen tot indicatoren voor externe transparantie. Bij de uitvoering kwamen we er snel achter dat specifieke aandacht nodig was voor de toepassing van PROMs in de dagelijkse praktijk. Daarom is aan doel 1 een subdoelstelling toegevoegd gericht op de evaluatie van de toepasbaarheid van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen.

In 2014 vond een bestuurswisseling plaats bij het KNGF gevolgd door een koerswijziging in het beleid. Als gevolg van die koerswijziging is ook het doel van het onderzoeksprogramma MKIB gewijzigd. De focus kwam veel meer op doelen 2 en 3 te liggen waarbij de kwaliteitsindicatoren gericht waren op klinisch redeneren, verslaglegging en communicatie in de ontwikkelde peer assessment/intervisie, en op aspecten van praktijkvoering in het ontwikkelde visitatiesysteem. We hebben het gebruik van PROMs wel meegenomen in de gebruikte kwaliteitsindicatoren. De ontwikkeling en invoering van het kwaliteitssysteem met peer assessment/intervisie en visitatie heeft tot succesvolle projecten geleid met concrete producten en een gedegen wetenschappelijke evaluatie. In het onderzoeksprogramma zijn vier verschillende modules voor intervisie/peer assessment ontwikkeld op basis van de pilots.

De effectiviteit en kritische kenmerken van peer assessment op het fysiotherapeutisch handelen is beschreven in verschillende wetenschappelijke publicaties. Daarmee zijn de doelstellingen van het onderzoeksprogramma ruim behaald.

In de uitvoering van het onderzoeksprogramma MKIB hebben we voordelen en nadelen ervaren van de koerswijziging. Voordeel was het wegvallen van de druk op externe transparantie waardoor meer tijd en ruimte ontstond voor de ontwikkeling en invoering van het systeem voor kwaliteitsverbetering. We konden daarbij de uitkomsten in kaart brengen met behulp van PROMS-metingen zonder de noodzaak om daar direct kwaliteitsindicatoren en normen bij te ontwikkelen.

Nadeel was dat de directe aansluiting bij de wensen en behoeften van de patiënt en de verzekeraar verdween in het landelijke MKIB-programma. In de verschillende regionale pilots bleef de verzekeraar (CZ, Menzis en VGZ) wel betrokken door cofinanciering van de pilots. Als onderzoekers hebben we die betrokkenheid van de verzekeraars als erg constructief ervaren. We kwamen daarbij soms wel in een spagaat terecht tussen de belangen van de regionale netwerken waarbinnen de pilots werden uitgevoerd en de belangen van het KNGF als subsidiegever. De visies van de regionale netwerken en het KNGF liepen met name uiteen in het betrekken van de verzekeraar. Als onderzoekers was het van essentieel belang om het vertrouwen van de regionale netwerken te behouden om de projecten goed uit te kunnen voeren. Belangrijk uitgangspunt voor de selectie van de pilots was het eigen initiatief van de deelnemende netwerken waarbij we de projecten in een cocreatie met de besturen en deelnemers hebben uitgevoerd. Tegelijkertijd was het vertrouwen van het KNGF als subsidiegever van belang. We hebben dat als lastig ervaren, temeer omdat de koerswijziging van het KNGF ook impact had op de cocreatie met het KNGF. Waar we aanvankelijk als onderzoekers mede vormgever waren van het programma, bracht het KNGF na de koerswijziging meer sturing aan op de invulling met gerichte instructies aan ons als onderzoekers. Dat bracht spanning met zich mee en druk op onze onafhankelijke positie als wetenschappers. Overigens merken we daarbij op dat het KNGF nooit onze onafhankelijke positie in twijfel heeft getrokken en we uiteindelijk op de meeste vlakken ruimte hadden om onze wetenschappelijke evaluaties uit te voeren.

Het zogenoemde plusprogramma van Zilveren Kruis Achmea – waarin praktijken die hoge kwaliteit leveren een hoger tarief kunnen declareren - bracht in 2016 een nieuwe dynamiek met zich mee. Het plusprogramma had flinke impact op de afronding van ons onderzoeksprogramma. In het plusprogramma nemen intervisie en visitatie een belangrijke plek in. Het KNGF heeft ons gevraagd om intervisiecoaches en visitateurs op te leiden in een serie cursussen en ook om trainers op te leiden voor het geven van intervisiecursussen. Die nieuwe dynamiek had zowel logistieke als inhoudelijke consequenties. De logistieke consequenties was dat de afronding van het onderzoeksprogramma onder druk kwam te staan. We hebben daarom (budgetneutrale) verlenging van de looptijd van het programma aangevraagd bij het KNGF. Het KNGF heeft die verlenging toegekend waardoor de oorspronkelijke einddatum (31 december 2016) van het onderzoeksprogramma met drie maanden is verschoven naar 31 maart 2017.

De inhoudelijke consequenties hebben betrekking op de invulling van de peer assessment en visitaties. Waar onze insteek tijdens de pilots primair gericht was op het lerende karakter van intervisie en visitatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering, heeft de visitatie in het plusprogramma een beoordelend karakter. Het KNGF heeft daarvoor een norm gesteld voor praktijken in de score op de vijf kwaliteitsindicatoren voor de visitatie (kwaliteitsbeleid; klinisch redeneren en verslagleggen; interne en externe communicatie en samenwerking; inrichting en toegankelijkheid; hygiëne, privacy en veiligheid en innovatie en ondernemerschap). Op een schaal van 1 (voldoet niet aan de eisen) tot 4 (voldoet volledig aan de eisen) heeft het KNGF een minimale score van 3 op alle indicatoren als norm gesteld. De visiteurs voelen druk vanwege de potentiële consequenties (verliezen van de plus-status) van de beoordeelde praktijk. Tijdens de trainingen van de visiteurs hebben we geprobeerd voldoende handvatten te geven voor het scoren van de indicatoren, maar de praktijk moet nog uitwijzen of en hoe ze dat adequaat kunnen invullen. Deze wijze van werken heeft het risico in zich dat er druk komt op de visiteurs die feitelijk hun rol als veilige peer verliezen.

Een ander aspect van het plusprogramma betreft de drie verplichte intervisiebijeenkomsten per jaar waarop de verbetercyclus van de intervisie onder begeleiding van de coach moet worden afgestemd. In de intervisie gingen wij aanvankelijk uit van een startbijeenkomst van een intervisiegroep, gevolgd door een cyclus van twee bijeenkomsten. Die startbijeenkomst is in het plusprogramma vervallen waardoor fysiotherapeuten elkaar voorafgaand aan de eerste intervisiebijeenkomst moeten beoordelen via het online systeem van Compass. De fysiotherapeuten kennen elkaar dan echter nog niet en er is nog geen vertrouwde en veilige omgeving opgebouwd. Dat kan tot knelpunten in de uitvoering leiden. Ook hiervoor hebben wij geprobeerd coaches handvatten te geven, maar we weten nog niet hoe het in de praktijk gaat uitpakken.

5.2 Reflectie op specifieke onderdelen

5.2.1 Toepasbaarheid van peer assessment

De ontwikkeling van peer assessment in het onderzoeksprogramma MKIB kende grofweg twee onderdelen: (a) de eerste serie pilots in 2013-2014 waarin de focus lag op de betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling; en (b) de tweede serie pilots in 2015-2016 waarin de focus lag op de dossiervoering en communicatie met de patiënt.

Betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling

In de eerste serie pilots in 2013-2014 met Fysiocare, Fysio-Omni, Fysio10Ijsselland en Rug-netwerk Noord Holland hebben we een scholingsprogramma uitgevoerd met de deelnemende fysiotherapeuten. In die scholing hebben we peer assessment toegepast ter ondersteuning van de betekenisvolle toepassing van PROMs in diagnostiek en behandeling, met klinisch redeneren als rode draad.

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. Niet iedereen was echter enthousiast en er was ook scepsis over de toegevoegde waarde van PROMs in de praktijk. Met name de toegevoegde waarde van de eindmeting na afloop van de behandeling wordt als beperkt gezien. Fysiotherapeuten zien dat het beter gaat met de patiënt en geven aan daar geen PROM-meting voor nodig te hebben. Fysiotherapeuten die een eindmeting doen voor (objectieve) evaluatie van de behandeling geven aan dat de respons van de patiënt achterblijft in vergelijking met de voormeting. We zien dat ook terug in de database. Uit de evaluaties bleek dat er nog grote variatie was in de toepassing van PROMS, de competenties om deze ook te verzamelen en de competenties om verslag te leggen in de digitale dossiers.

Dossiervoering en communicatie met de patiënt

In de tweede serie pilots in 2015-2016 met FysioGroep Haaglanden, Fysiocare, Fysio-Omni, Fysio10Ijsselland en de Stichting Kwaliteit Fysiotherapie Nederland (SKFN) hebben we peer assessment toegepast via de online omgeving van Compass waarin fysiotherapeuten elkaar beoordeelden en feedback gaven op dossiervoering en communicatie met de patiënt. Ook hier vormde klinisch redeneren de rode draad. Gedurende de pilot zijn er vanuit coaches en deelnemers vragen en opmerkingen gekomen over bepaalde onderdelen van de pilot of de webomgeving. Op basis daarvan kunnen belemmerende en bevorderende factoren geformuleerd worden.

Er was een wisselende bekwaamheid in het maken van video-opnames, deze exporteren naar een computer en daarna uploaden in de webomgeving. Gedurende de pilot is de webomgeving aangepast om bij de behoeften en wensen van de gebruikers te kunnen aansluiten. De startpagina van de website vond iedereen heel duidelijk. De opties achter de tegels waren niet altijd even duidelijk, met name voor coaches.

Omdat coaches zowel als deelnemer en als coach in verschillende peergroepen zaten, was het voor coaches niet duidelijk waar ze zelf als deelnemer hun EPD en video moesten uploaden. Voor fysiotherapeuten was het bijvoorbeeld niet altijd duidelijk dat de video achter de schermen van de website geconverteerd werd tot een nieuw videobestand en dat dit tijd kost. Hierdoor dachten zij dat het uploaden mislukt was. Al deze opstartproblemen en onduidelijkheden verdwenen geleidelijk gedurende de pilot door aanpassingen aan de website en instructies naar de deelnemers.

Coaches hadden een belangrijke sturende rol in de voorbereidende activiteiten voor de peer assessment bijeenkomst, waarbij ze de activiteit van deelnemende fysiotherapeuten goed in de gaten hielden. Daarnaast werden de data van de peer assessment bijeenkomsten door de coach doorgegeven aan de coördinerend onderzoeker van IQ healthcare. Uiterlijk een week van tevoren werd de online voorbereidingsactiviteit van alle deelnemers gecheckt en gecommuniceerd met de desbetreffende coach. De coach werd verzocht de fysiotherapeut aan te spreken over de opgelopen vertraging in de online voorbereiding. Ditzelfde gold voor het invullen van het verbeterplan. IQ healthcare heeft daarnaast alle fysiotherapeuten gemonitord op het invullen van de verschillende vragenlijsten.

5.2.2 Toepasbaarheid van praktijkvisitatie

Binnen de pilot bij FysioGroep Haaglanden zijn er vier intercollegiale visitaties uitgevoerd. Twee van de vier gevisitatieerde fysiotherapiepraktijken hadden eerder een audit gehad van de zorgverzekeraar. De praktijkvisitaties werden zowel door de vier gevisitatieerde praktijken als door de visiteurs als zeer positief ervaren. Doordat de visitaties door collega fysiotherapeuten uit FysioGroep Haaglanden werden uitgevoerd was er sprake van een veilige setting. Tegelijkertijd waren de visitaties voldoende formeel met een visitatiepanel van twee personen die systematisch en op inhoud de visitaties uitvoerden.

Na de eerste ervaringen met de visitaties zijn in de tweede serie pilots visitaties uitgevoerd bij Fysiocare, Fysio-Omni, Fysio10Ijselland en SKFN. Visiteurs hebben de uitgevoerde visitaties in die pilots als erg leuk ervaren, maar ook erg intensief. De toegevoegde waarde van intercollegiale visitatie werd gezien in de focus op de gedachte achter de keuze/het beleid van de praktijk, de verbinding met de feiten en de consequenties voor het dagelijks handelen, en dat je als fysiotherapeut met dezelfde bril kijkt waardoor de visitatie meer diepgang krijgt op de inhoud. De uitvoering van de visitatie vergt veel voorbereiding. Daarnaast is er een dunne scheidingslijn tussen beoordelen, constructief meedenken en adviseren, wat als complex werd ervaren. Het hanteren van een stappenplan kan een visiteur helpen, maar hierin schuilt het gevaar dit te gebruiken als een checklist. Visiteurs zouden hier dan ook graag meer handvatten voor hebben. Sommige gevisitatieerde praktijken waren huiverig dat de resultaten van de visitatie gedeeld zouden worden met de zorgverzekeraar. Uit de terugkoppeling van de praktijken aan de visiteurs bleek dat praktijken met verbeterdoelen aan de slag zouden gaan.

5.2.3 Toepasbaarheid van PROMs

In het onderzoeksprogramma zijn verschillende kwalitatieve evaluaties uitgevoerd naar de toepasbaarheid van PROMs. In 2014 zijn er interviews uitgevoerd met fysiotherapeuten om te leren van hun ervaringen. Uit de interviews blijkt dat de meeste fysiotherapeuten praktisch ingestelde mensen zijn, voor wie de patiënt en diens behandeling centraal staan. Ze zien vooral veel voordelen van PROMs in het klinisch proces: 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 tijdsbesparing 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.

Het opbouwen van een routine van het meten met PROMs kost tijd. 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 – waarmee fysiotherapeuten de PROMs digitaal kunnen uitvragen – het aantal metingen positief bevordert. 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. 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.

5.2.4 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 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. Er zit nog een grote variatie tussen EPD's in de uitspoel van data, zowel procesmaten als PROMs. 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. De 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 online feedbacktool voor terugkoppeling van uitkomsten van het fysiotherapeutisch handelen nog niet optimaal.

5.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit van data

Voor het ontwikkelen van betrouwbare en valide uitkomstindicatoren is een tweetal essentiële randvoorwaarden van belang: (a) realisatie van adequate uitspoel van data in de LDF; en (b) betrouwbare en valide dataverzameling. Op beide randvoorwaarden hebben we knelpunten gesignaleerd. We constateren daarbij dat enerzijds veel knelpunten in de looptijd van het project zijn opgelost, maar dat anderzijds nog steeds knelpunten bestaan.

Dataverzameling 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. Naast uitkomstmetingen is ook het eenduidig registreren van procesvariabelen van belang. Deze zijn nodig om case-mix-correctie toe te passen op uitkomstmetingen.

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. 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 bij sommige fysiotherapeuten. Voor de landelijke invoering is dat een belangrijk aandachtspunt, waarbij zeker ook nagedacht moet worden over patiëntenvoorlichtingsmateriaal wat ter beschikking wordt gesteld aan de fysiotherapeut.

Uit de kwalitatieve evaluatie blijkt dat de deelnemende fysiotherapeuten de NPRS en de PSK het makkelijkst toepasbaar vinden. De PSK sluit goed aan bij de doelstellingen van de patiënt. Pijn is een veel voorkomende klacht die makkelijk meetbaar is met de NPRS. Deze bevindingen komen overeen met de feitelijke toepassing van de meetinstrumenten. De QBPDS en NDI worden door de fysiotherapeuten ook als gangbare PROMs in de fysiotherapie gezien, zijn kort en makkelijk toepasbaar en worden regelmatig gebruikt. De overige PROMs voor schouder (DASH), heup (HOOS) en knie (KOOS) zijn minder gebruikelijk in de fysiotherapie en worden door de deelnemers als te lang gezien en werpen daarmee een te hoge drempel op. Dat is ook terug te zien in het geringe aantal metingen met deze PROMs. Voor deze vragenlijsten zijn daarom verkorte versies ingevoerd maar deze zijn nog niet door alle EPD's geïmplementeerd.

6. Conclusies en aanbevelingen

Overall kunnen we stellen dat de doelstellingen van het onderzoeksprogramma MKIB zijn behaald. Er zijn valide kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg te meten en te verbeteren; Voor patiënten met rugklachten en nekklachten zijn indicatoren op basis van PROMs beschikbaar en binnen de peer assessment en visitatie zijn indicatoren voor de verschillende aspecten van het fysiotherapeutische handelen en de praktijkvoering ontwikkeld. Daarnaast is er een kwaliteitssysteem ontwikkeld en ingevoerd waarbij fysiotherapeuten op basis van peer assessment aantoonbaar hun kwaliteit hebben verbeterd, gemeten met de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Het plusprogramma van het KNGF heeft de invoering van intervisie fors versneld. En tot slot is het visitatiesysteem ontwikkeld, getest en op kleine schaal ingevoerd. Ook bij visitatie zien we dat de invoering een versnelling doormaakt in het plusprogramma.

Het programma MKIB heeft een aantal grote voordelen voor de beroepsgroep opgebracht. De LDF is een unieke en rijke bron van informatie die het KNGF en haar leden voorziet van informatie over de effectiviteit van fysiotherapie, voor continue kwaliteitsverbetering, en voor beleidsmatige en strategische doeleinden. Daarnaast vormt de solide wetenschappelijke basis van het kwaliteitssysteem een belangrijke bijdrage aan de positionering van de fysiotherapie in de gezondheidszorg. De samenhang van het kwaliteitssysteem en de daarbij behorende data-infrastructuur is uniek en kan als voorbeeld dienen voor veel andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Tegelijkertijd constateren we dat we er nog niet zijn. We hebben diverse knelpunten gesignaleerd in de evaluatie van het onderzoeksprogramma. Ten eerste vormt het opbouwen van een routine voor het meten van PROMs een knelpunt mede vanwege het ontbreken van online portals voor patiënten in de bestaande EPD's, en valide dataverzameling vanuit de EPD's naar de LDF hapert nog - factoren die bijdragen aan de administratieve lasten van de fysiotherapeut. Ten tweede vraagt de invoering van intervisie en visitatie om zorgvuldige begeleiding en doorontwikkeling. Het is zeer belangrijk om de aangetoonde kracht van het kwaliteitssysteem te handhaven en verder te verstevigen. Dat betreft enerzijds de inhoud van intervisie en visitatie en anderzijds de ICT-ondersteuning van Compass. Ten derde dienen de functionaliteiten van de LFD uitgebreid te worden om voldoende meerwaarde te bieden voor de deelnemende fysiotherapeuten. Dat heeft enerzijds betrekking op de uitbreiding van de mogelijkheden voor het ontvangen van feedback op proces en uitkomsten van fysiotherapeutische zorg, en anderzijds op het uitbreiden van de verzameling van zinvolle data die het klinisch redeneren van fysiotherapeuten ondersteunen, zoals uitkomsten voor chronische aandoeningen, specialisaties binnen de fysiotherapie en uitbreiding naar andere settings zoals ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

Op basis van de wetenschappelijke evaluatie van het programma MKIB hebben we de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Zorg voor systematische evaluatie en doorontwikkeling van het kwaliteitssysteem met intervisie en visitatie. De kracht van het systeem zit hem in de toepassing op basis van zorgvuldig ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Het is van belang om die toepassing te waarborgen door goede begeleiding van intervisiecoaches en visiteurs. Daarnaast dienen de kwaliteitsindicatoren periodiek geëvalueerd en bijgesteld te worden.
2. Betrek de patiënt(vertegenwoordigers) bij de doorontwikkeling van het kwaliteitssysteem.
3. Ontwikkel en implementeer nieuwe intervisiemodules en thema's voor visitatie voor een duurzame inzet van het ontwikkelde systeem.
4. Ontwikkel het kwaliteitssysteem door voor andere doelgroepen, zoals andere settings zoals ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, en voor gespecialiseerde fysiotherapeuten.
5. Faciliteer de dataverzameling van het proces en uitkomsten van fysiotherapeutische zorg door optimaliseren van de EPD's om de administratieve lasten van de fysiotherapeut te verminderen en het klinisch redeneren te bevorderen. Dat kan bijvoorbeeld door softwareleveranciers te stimuleren om online portals voor patiënten in te bouwen en de dossiervoering aan te laten sluiten op stappen in het methodisch handelen. Hierbij dient aandacht te zijn voor slimme oplossingen voor het invullen van de eindmeting, waarbij de betrouwbaarheid van de data gewaarborgd blijft.
6. Voeg variabelen toe om casemix-correcties te kunnen toepassen, zoals comorbiditeiten.
7. Besteed aandacht aan continue dataverzameling om voor patiënten met aandoeningen die minder frequent voorkomen voldoende data te verzamelen om casemix-correctie toe te passen.
8. Voeg uitkomstmaten aan de LDF toe voor andere aandoeningen, zoals kinderfysiotherapie of neurologie.
9. Ontwikkel de procesvariabelen door. Zorg dat inconsistenties tussen EPD's opgelost worden en onderzoek de toegevoegde waarde van procesvariabelen als maat voor kwaliteit.
10. Zorg voor periodieke analyse van de data die als managementinformatie voor het beleid en strategie van het KNGF kan dienen. Doorontwikkeling van analysemethoden geeft de mogelijkheid om flexibel en snel informatie uit het systeem te halen zodat ingesprongen kan worden op actuele ontwikkelingen en beleidsvragen.
11. Voer een uitgebreide analyse uit, zowel kwantitatief als kwalitatief, om inconsistenties in dataverzameling (tussen verschillende EPD's) en wat er nodig is om dit te optimaliseren.
12. Ontwikkel de feedbacktool door waarmee de data op een betekenisvolle manier wordt teruggekoppeld naar individuele fysiotherapeuten, praktijken en (regionale) netwerken. Dit is van essentieel belang voor het creëren van meerwaarde voor fysiotherapeuten en een duurzame inzet van het ontwikkelde systeem.
13. Zorg voor voortdurende wetenschappelijke evaluatie en aanpassing van de dataverzameling in de LDF. Zo kunnen slimme keuzes in de minimaal te gebruiken PROMs bijdragen aan verbetering in de dataverzameling en vermindering van administratieve lasten - bijvoorbeeld door gebruik van verkorte versies van bestaande PROMs. Daarnaast is het van belang om ook klinische meetinstrumenten/functietesten- die bijvoorbeeld fysieke capaciteit meten - op te nemen in de database. De combinatie van patiëntgerapporteerde, klinische metingen en PREMs brengt de waarde van de fysiotherapeutische zorg in kaart.

14. Doe nader onderzoek naar betrouwbaar en valide presenteren van geaggregeerde gegevens uit de LDF over de waarde van fysiotherapie aan externen. De data in de LDF is ondertussen robuust genoeg om met behulp van kwaliteitsindicatoren tot externe transparantie over te gaan (voor enkele instrumenten). Betrek in dat onderzoek welke gegevens en op welk aggregatieniveau het KNGF en haar leden data aan externen kan presenteren.
15. Doe nader onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de PSK. Van belang is hierbij om inzichtelijk te kunnen maken welke activiteiten de patiënten heeft ingevuld, of er bij een herhaalde meting dezelfde activiteit is gescoord. Tevens dient verkend te worden of de PSK geschikt is als algemene PROM voor alle aandoeningen.
16. Zorg dat het kwaliteitssysteem de mogelijkheid biedt om innovatieve en kwalitatief betere fysiotherapeuten te kunnen identificeren en het systeem hiervoor aantrekkelijk te houden.

Literatuurlijst

- ¹ Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid H. (2011). *How should we define health?* BMJ 2011, 343(4163):235-237.
- ² Grol R, Wensing M, Eccles MP, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care: John Wiley & Sons; 2013
- ³ IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: Institute of Medicine, 2001
- ⁴ Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. Implement Sci [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012 Jan [cited 2014 Jan 9];7(1):50.
- ⁵ Brehaut JC, Eva KW. Building theories of knowledge translation interventions: use the entire menu of constructs. Implement Sci [Internet]. Implementation Science; 2012 Jan [cited 2014 Jan 9];7:114.
- ⁶ de Vries C, Hageaars L, Kiers H, Schmitt M. The physical therapist – a professional profile [Internet]. Amersfoort: Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2014. p. 1–40.
- ⁷ Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. Phys Ther. 2002;82(6):557-65.
- ⁸ de Vet HCV, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in Medicine: A Practical Guide. Cambridge University Press, 2011.
- ⁹ <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/PublishingImages/Indicatorstandaard%202.0.pdf>
- ¹⁰ Paul van Kessel, Mattanja Triemstra, Dolf de Boer. Handreiking voor Het meten van kwaliteit van zorg met Patient rePorted outcome measures. Nivel, Utrecht.
- ¹¹ Ostelo RWJG, Deyo RA, Stratford P, Waddell G et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain - Towards international consensus regarding minimal important change. Spine 2008; 33(1): 90-94.
- ¹² Young IA, Cleland JA, Michener LA, Brown C. Reliability, construct validity, and responsiveness of the neck disability index, patient-specific functional scale, and numeric pain rating scale in patients with cervical radiculopathy. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2010; 89(10): 831-9.
- ¹³ Stratford, P., Gill, C., Westaway, M., & Binkley, J. (1995). Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. Physiotherapy Canada, 47, 258-263.
- ¹⁴ Pool JJ, Ostelo RW, Hoving JL, et al. Minimal clinically important change of the Neck Disability Index and the Numerical Rating Scale for patients with neck pain. Spine 2007;32(26):3047-51
- ¹⁵ <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/fysiotherapie/patientkenmerken>
- ¹⁶ Walton DM, Carroll LJ, Kasch H, Sterling M et al. An Overview of Systematic Reviews on Prognostic Factors in Neck Pain: Results from the International Collaboration on Neck Pain (ICON) Project. The open orthopaedics journal 2013; 7494-505.

¹⁷ Pincus T, Santos R, Breen A, Burton AK, Underwood M, Multinational Musculoskeletal Inception Cohort Study C. A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: a consensus statement. *Arthritis and Rheumatism* 2008; 59(1): 14-24.

¹⁸ Bekkering GE, Hendriks HJ, van Tulder MW, Knol DL et al. Prognostic factors for low back pain in patients referred for physiotherapy: comparing outcomes and varying modeling techniques. *Spine* 2005; 30(16): 1881-6.