



Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy)

Uitvraag en gebruik 2011



KwaliteitsIndicatoren
Eerstelijns Fysiotherapie

*Simone van Dulmen
Hilly Calsbeek
Juliette Cruijsberg
Jan Koetsenruijter
Jozé Braspenning*

Auteurs

Drs. SA van Dulmen
Dr. H Calsbeek
Drs. JK Cruijsberg
Drs. J Koetsenruijter
Dr. JCC Braspenning

Nijmegen, april 2012

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

Mevr. drs. SA van Dulmen
IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare
Universitair Medisch Centrum St Radboud
Postbus 9101, 114 IQ healthcare
6500 HB NIJMEGEN
024-3666271
S.vandulmen@iq.umcn.nl

Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Dulmen van SA, Calsbeek H, Cruijsberg JK, Koetsenruijter J, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Uitvraag en gebruik 2011. Nijmegen: IQ healthcare, 2012).

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	5
REFERENTIESCORES KWALITEITSINDICATOREN FYSIOTHERAPIE 2011	7
KERNBOODSCHAPPEN EN AANBEVELINGEN.....	8
SAMENVATTING	11
1. INLEIDING	13
2. METHODE	15
2.1 Deelnemers	15
2.2 Procedure en communicatie met deelnemers	15
2.3 Aanpassen indicatoren Fysiotherapeutisch Handelen.....	15
2.4 Dataverzameling.....	16
2.5 Feedback.....	17
2.6 Procesevaluatie	18
2.7 Dataverwerking en analyse.....	18
2.8 Het gebruik van kwaliteitsindicatoren door stakeholders	20
3. RESULTATEN.....	21
3.1 Respons en kenmerken	21
3.3 De indicatoren: beschrijving, scores en casemix.....	22
3.4 De kwaliteit van de indicatoren	33
3.5 Procesevaluatie	36
3.6 Gebruik van kwaliteitsinformatie door stakeholders	37
4. DISCUSSIE.....	38
REFERENTIES	43
BIJLAGE I	44
BIJLAGE II	45
BIJLAGE III	47
BIJLAGE IV.....	49

Schonings- en verwerkingsregels zijn op te vragen bij de eerste auteur.

VOORWOORD

Informatie over de zorgverlening speelt in ons huidige zorgstelsel een centrale rol. Bekend moet zijn wie waar welke zorg levert en hoe het staat met de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Op basis van deze informatie kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. Belanghebbende partijen zijn de zorgverleners, de patiënten, de zorgverzekeraars, de toezichthouders (Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Tegen deze achtergrond is eind 2008 een basisset van 23 indicatoren vastgesteld door de Stuurgroep Zichtbare Zorg (ZiZo) Fysiotherapie, waarin alle belanghebbende partijen vertegenwoordigd waren. De indicatoren beschrijven de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie en betreffen het Fysiotherapeutisch Handelen (FH), de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI) en de Patiëntervaringen (PE).

In 2009 en 2010 zijn twee landelijke metingen uitgevoerd binnen het programma Zichtbare Zorg. Uit de procesevaluatie van deze metingen bleek dat de tijdsinvestering en de betrouwbaarheid van de zelfrapportage over het Fysiotherapeutisch Handelen aanleiding gaven om deze gegevens met behulp van een elektronisch patiëntendossier (EPD) te verzamelen. In 2011 is in deze vernieuwde vorm een landelijke meting uitgevoerd.

In opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie en onder projectleiderschap van het KNGF is de landelijke uitvraag van de 'Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy) 2011' uitgevoerd door IQ healthcare (UMC St Radboud) in samenwerking met het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) van de Radboud Universiteit Nijmegen. Dit rapport van IQ healthcare beschrijft de gegevensverzameling en analyse van Kwaliefy 2011. We willen alle fysiotherapeuten en patiënten bedanken voor hun bereidheid om de benodigde gegevens aan te leveren. Dankzij hen beschikken we over een schat aan informatie over de kwaliteit van de geleverde fysiotherapeutische zorg.

Nijmegen, december 2011

REFERENTIESCORES KWALITEITSINDICATOREN FYSIOTHERAPIE 2011

De set Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie 2011 bestaat uit 23 (deel)indicatoren verdeeld over de thema's Fysiotherapeutisch Handelen (8 (deel)indicatoren), Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (5 indicatoren) en Patiëntervaringen (10 indicatoren).

Thema Fysiotherapeutisch Handelen (FH):		Score (%)¹
1a	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij DTF-patiënten bij screening	96,2
1b	Methodisch handelen bij DTF-patiënten met conclusie 'niet pluis' ²	97,3
1c	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij verwezen patiënten ³	-
2	Methodisch handelen bij vaststellen behandelplan ²	98,7
3	Gebruik meetinstrumenten ³	-
4	Resultaat behandeling ³	-
5a	Overleg en akkoord screening	89,3
5b	Overleg en akkoord behandelplan	95,9
Thema Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI):		
1	Etalage-informatie beschikbaar	69,1
2	Veiligheid gewaarborgd	77,7
3	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	64,1
4	Mate van professionele samenwerking	68,3
5	Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd	49,5
Thema Patiëntervaringen (PE)⁴:		
1	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	93,7
2	Accommodatie	96,8
3	Communicatie en informatie	93,5
4	Bejegening	96,4
5	Samenwerking	83,1
6	Zelfstandigheid	89,3
7	Algemeen (subjectief) resultaat van de behandeling	83,5
8	Specifiek (objectief) resultaat van de behandeling	89,6
9	Behandelperiode	92,5
10	Patiëntenrechten	89,1

¹ Gemiddelde landelijke praktijkscore

² Indicator aangepast vanwege inconsistenties in de aangeleverde data van enkele onderliggende items

³ Door inconsistenties bij de aanlevering van de data is geen landelijke benchmark berekend

⁴ De scores bevatten minimale afwijkingen ten opzichte van de openbare database vanwege later aangeleverde data door een meetbureau (verzameld tijdens de meetperiode)

KERNBOODSCHAPPEN EN AANBEVELINGEN

Kernboodschappen

1. In 2011 hebben 15.810 eerstelijns fysiotherapeuten uit 4.822 praktijklocaties deelgenomen aan Kwaliefy, een toename van 45% van het aantal eerstelijns fysiotherapeuten ten opzichte van de meting van 2009/2010. Gebaseerd op normgegevens van het Nivel uit 2010 is dit 96% van het aantal eerstelijns fysiotherapeuten. Ten behoeve van het FH hebben 4.324 praktijklocaties gegevens aangeleverd. Van 4.584 locaties zijn gegevens over de POEI aangeleverd en van 4.477 locaties PE.
2. De kwaliteitsindicatoren betreffen het Fysiotherapeutisch Handelen (FH), de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI) en de Patiëntervaringen (PE). Hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit is die de praktijklocatie levert. De landelijk gemiddelde praktijkcores op de indicatoren over het FH varieerden van 89% tot 99%; over de POEI van 50% tot 78% en over de PE van 83% tot 97%. Met name de indicatoren over de POEI bevatten verbeterpotentieel.
3. In 2011 zijn voor het eerst gegevens over het FH verzameld via elektronische patiëntendossiers (EPD's). Uit de data-analyse is gebleken dat er bij een aantal onderdelen inconsistentie bestond tussen EPD's, waardoor het niet mogelijk was om praktijklocaties op alle FH-onderdelen met elkaar te vergelijken.
4. Gemiddeld zijn 39,6 patiënten benaderd per fysiotherapeut voor het invullen van de vragenlijst voor de patiëntervaringen. Veel fysiotherapeuten hebben hiermee niet voldaan aan de inspanningsverplichting van het benaderen van 50 patiënten voor de vragenlijst.
5. De eigenschappen van de indicatoren zijn volgens de ZiZo standaard beoordeeld op inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en registratie-betrouwbaarheid. Op deze punten is de kwaliteit van de POEI-indicatoren goed, terwijl de kwaliteit van de FH- en PE-indicatoren op met name de registratiebetrouwbaarheid varieert van goed tot slecht. Van 5 FH-indicatoren was de registratiebetrouwbaarheid matig tot slecht (zie punt 3). Dit heeft geleid tot aanpassing van twee indicatoren (1b en 2) en tot het niet berekenen van een landelijke *benchmark* voor drie indicatoren (1c, 3 en 4). Deze aanpassingen hebben geleid tot een vermindering van de inhoudsvaliditeit van de set en van de aangepaste indicatoren. De registratiebetrouwbaarheid van de PE-indicatoren is als matig beoordeeld door de verschillende manieren van gegevensverzameling (zie punt 5).
6. Een vierde criterium is het statistisch onderscheidend vermogen. Om een verschil van 5% tussen praktijklocaties als betekenisvol te kunnen duiden (onderscheidend vermogen), dienen voor FH-indicatoren minimaal 16- 147 dossiers aangeleverd te worden en voor PE-indicatoren. De aantallen variëren van 16 tot 147 dossiers voor de FH-indicatoren en van 6 tot 91 vragenlijsten voor de PE-indicatoren. Deze aantallen blijken voor veel praktijken voor de meeste FH- en PE-indicatoren niet haalbaar in een meetperiode van drie maanden. Hierdoor is geen betrouwbare vergelijking mogelijk tussen de betreffende praktijken. De duur van de meetperiode van drie maanden heeft er ook toe geleid dat relatief weinig chronische patiënten in de meting zijn betrokken.
7. Het verzamelen van de gegevens over patiëntervaringen via uitnodiging door de fysiotherapeuten of via externe meetbureaus leidt tot systematische verschillen in indicatorscores. Deze verschillen bedragen 0,5-7,4%; in alle gevallen zijn de scores hoger indien de uitnodiging door de fysiotherapeut gebeurt. Het verzamelen van gegevens van

patiëntervaringen via verschillende manieren van patiëntenbenadering blijkt een negatief effect te hebben op de registratiebetrouwbaarheid.

8. Voor de openbare database is een applicatie ontwikkeld zodat de toegang en interpretatie van de gegevens eenvoudiger is geworden voor de doelgroepen die de openbare data gebruiken. Verschillende selecties van therapeut-, praktijk- en patiëntkenmerken zijn mogelijk.
9. De feedback op locatie- en therapeutniveau wordt door 69% van de fysiotherapeuten op prijs gesteld, ten opzichte van 82% in 2010. Een ruime helft (57%) van de praktijklocaties geeft bovendien aan daadwerkelijk met verbeterplannen aan de slag te gaan, in 2010 gold dit nog voor 86% van de praktijklocaties.
10. Ondanks dat de gegevens voor de FH-indicatoren rechtstreeks uit de EPD's zijn geëxtraheerd, wordt de tijdsinvestering door fysiotherapeuten nog steeds als belemmerend ervaren.
11. Bij een vervolg van Kwaliefy geeft 60% van de praktijken aan opnieuw deel te willen nemen. Motivatie voor deelname is inzicht in het eigen handelen (48%), financiële vergoeding door de zorgverzekeraar (45%) en transparanter maken van het vak (37%).
12. Ondanks de knelpunten is met de automatische extractie van FH-gegevens uit de EPD's een belangrijke stap gezet naar uniforme transparantie van kwaliteitsinformatie. De huidige infrastructuur biedt mogelijkheden voor doorontwikkeling.

Aanbevelingen

Doorontwikkeling indicatoren Fysiotherapeutisch Handelen (FH)

Op basis van de resultaten van de meting 2011 stellen wij de volgende aanpassingen voor:

- Het opstarten van een traject waarin de problematiek met de huidige uitvraag van de FH-indicatoren wordt opgelost. Dit omvat de volgende onderdelen:
 - o Technisch: aanpassing van de praktijksoftware is gericht op het wegnemen van de verschillen tussen de EPD's
 - o Inhoudelijk: rubricatie van de volgende items van het FH; hulpvraag, diagnose, verwacht herstel, hoofddoel SMART in rubrieken, scores op meetinstrumenten
 - o Inhoudelijk: registreren extra achtergrond variabelen, zoals o.a. het aantal behandelingen, type verrichtingen en reden afsluiting traject.
- Op korte termijn kunnen de huidige FH-indicatoren doorontwikkeld worden zodat de beoordeling van de logische stappen in het fysiotherapeutisch proces inzichtelijk gemaakt kan worden en deze op lange termijn gekoppeld kan worden aan het resultaat van de behandeling. Bij doorontwikkeling dienen aanvullende achtergrondvariabelen verzameld worden.
- Doorontwikkeling van aandoenings specifieke (uitkomst)indicatoren, zoals voor rugklachten en nek-/schouderklachten. Voor een chronische aandoening kan gedacht worden aan COPD.
- Aanbevolen wordt om de doorontwikkeling eerst in een pilot uit te zetten. Hierbij kan gedacht worden aan het testen binnen één type EPD.

Aanpassingen EPD

Het aanpassen en testen van de EPD's om inconsistenties en meetfouten op te lossen zijn voorwaardelijk om op eenduidige wijze de Kwaliefy-indicatoren te kunnen extraheren. Hierbij moeten verschillende stappen worden ondernomen:

- Aanpassen van het functioneel ontwerp, met aandacht voor eenduidige interpretatie hiervan en het (technisch) testen van extractieprogrammatuur voor alle aanbieders om systeemfouten en uniformiteitsfouten in een volgende meting te voorkomen.

- Inhoudelijk testen van de omzetting van gegevens uit de EPD's in Kwaliefy-indicatoren, met daaraan gekoppeld een toets om na te gaan in welke mate de uitvoering geslaagd is, bijvoorbeeld door middel van vignetten (patiëntbeschrijvingen).
- In de herziene KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging kunnen gegevens geregistreerd worden in 'verhalende vorm', hetgeen de extractie van gegevens lastiger maakt. Om de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen inzichtelijk te maken zullen verschillende onderdelen van de verslaglegging gerubriceerd moeten worden. Er zal gekeken moeten worden naar de inrichting van EPD's en het zoveel mogelijk beperken van de registratielast voor de fysiotherapeut, zonder dat dit ten koste gaat van de validiteit en betrouwbaarheid van de meting.

Doorontwikkeling Patiëntervaringen (PE)

Op basis van de resultaten van deze meting stellen wij de volgende aanpassingen voor:

- Onderzoeken van mogelijke reductie van het aantal vragen in de vragenlijst Patiëntervaringen, zodat de patiënt minder belast wordt;
- Afstemmen van de indicatoren met de CQI-schalen met het CKZ;
- Benaderen van patiënten via externe uitnodiging, bijvoorbeeld via meetbureaus.

Doorontwikkeling Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI)

Op basis van de resultaten van deze meting stellen wij de volgende aanbevelingen voor:

- Het voorkomen van dubbele invoer van gegevens voor de indicatoren over de praktijkorganisatie en de etalage-informatie;
- Betere identificatie van specialisaties van fysiotherapeuten (bijvoorbeeld door controle aan registers) en deze informatie koppelen aan de gegevens van het Fysiotherapeutisch Handelen.

Interpretatie, onderhoud en beheer

Op basis van de resultaten van deze meting stellen we de volgende aanbevelingen voor:

- Optimaliseren van de unieke identificatie van praktijklocaties en therapeuten;
- Verlengen van de meetperiode naar ten minste zes maanden, waardoor praktijklocaties meer dossiers kunnen aanleveren en er meer patiënten benaderd kunnen worden voor het invullen van een patiëntervaringsvragenlijst, zodat de betrouwbaarheid van de scores toeneemt.
- Verkennen van de mogelijkheden om de inclusiecriteria van extractie van dossiers voor de FH-indicatoren aan te passen, om de statistische betrouwbaarheid en de representativiteit van de praktijkvoering te borgen (bijvoorbeeld inclusie van chronische patiënten).
- Uitvoeren van onderhoud aan de set op basis van de huidige inzichten (inhoudelijk en klinimetrisch), dient ruim voor de start van een nieuwe meting besproken te worden met inhoudsdeskundigen en stakeholders.
- Jaarlijks evalueren van de applicatie die is ontwikkeld voor partijen die de openbare data gebruiken. Eventuele wensen dienen tijdig, ruim voor de start van de meting, kenbaar te worden gemaakt.

SAMENVATTING

Aanleiding en doelstellingen

In het project Zichtbare Zorg Fysiotherapie werken belanghebbende partijen samen aan één uniforme manier om kwaliteitsgegevens uit te vragen. Een systeem dat betrouwbare, vergelijkbare en valide kwaliteitsgegevens oplevert. Heldere kwaliteitsgegevens zijn belangrijk voor cliënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de NZa. Het doel is om tot één systeem van uitvraag van kwaliteitsgegevens te komen. Hiermee moet zoveel mogelijk in de informatiebehoefte van al deze groepen worden voorzien, zodat de afzonderlijke uitvraag van gegevens wordt beperkt.

De specifieke doelstellingen voor 2011 beslaan: a) het meten van de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie; b) het extraheren en het testen van de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling over het Fysiotherapeutisch Handelen uit de EPD's; c) het testen van de kwaliteit van de indicatoren; d) het ontwikkelen van een patiëntervaringsvragenlijst, die ingevuld kan worden door de mantelzorg; en e) het in kaart brengen van het gebruik van de kwaliteitsindicatoren door alle stakeholders.

Methode

Alle eerstelijns praktijklocaties fysiotherapie werden in maart 2011 benaderd om deel te nemen aan Kwaliefy. De fysiotherapeuten werden verzocht om vanaf één april gedurende drie maanden gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen (FH) aan te leveren met behulp van het EPD. Daarnaast is hen gevraagd om in deze periode 50 patiënten uit te nodigen om een vragenlijst in te vullen over hun ervaringen met de geleverde zorg. Deelname op dit onderdeel via een CQI-meetbureau was ook mogelijk. Voor Kwaliefy is een aparte vragenlijst voor de ervaringen van mantelzorgers ontwikkeld en gebruikt. Ten slotte werden de fysiotherapeuten verzocht om met een *web-based* vragenlijst gegevens te verstrekken over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI).

Resultaten

In totaal hebben 4.822 eerstelijns praktijklocaties, waarin 15.810 van de eerstelijns fysiotherapeuten werkzaam is, deelgenomen aan Kwaliefy. Ten behoeve van FH hebben 4.324 praktijklocaties gegevens aangeleverd. Van 4.584 locaties zijn gegevens over de POEI aangeleverd en van 4.477 locaties PE. Vlak na de start van de meetperiode bleek dat een aantal fysiotherapeuten nog geen EPD tot hun beschikking hadden. Hierop is besloten de aanlevering te verlengen om fysiotherapeuten de gelegenheid te geven later te starten, maar elke praktijk kende een maximale aanleverperiode van drie maanden. De kwaliteitsinformatie over het FH betreft 197.954 patiënten, de POEI 4.822 praktijklocaties en de PE 234.763 patiënten. De landelijk gemiddelde praktijkscores op de indicatoren over het FH varieerden van 89% tot 99%; over de POEI van 50% tot 77% en over de PE van 83% tot 97%. De indicatoren voor POEI vertonen aldus het grootste verbeterpotentieel. De kwaliteit van POEI en de PE indicatoren volgens de indicatorstandaard van Zichtbare Zorg matig tot goed. Van vijf van de acht van de FH-indicatoren is de kwaliteit matig op het gebied van inhoudsvaliditeit en/of registratiebetrouwbaarheid, vanwege uniformiteits- en systeemverschillen tussen EPD's. Over drie van de acht deelindicatoren over het fysiotherapeutische handelen is geen landelijke *benchmark* berekend. Het onderscheidend vermogen van de indicatoren is gering; bij de huidige aantallen geëvalueerde dossiers en PE-lijsten per praktijk is het niet mogelijk om een betrouwbaar verschil van 5% tussen praktijken te duiden. Afdoende aantallen zijn mogelijk haalbaar bij een meetperiode van ten minste zes maanden.

Uit de procesevaluatie blijkt dat de meerderheid van de fysiotherapeuten de tijdsinvestering een belemmerende factor vinden. De meerderheid van de therapeuten (57%) gaat met de resultaten verbeterplannen ontwikkelen. 60% van de praktijken geeft aan bij een vervolg van Kwaliefy opnieuw deel te nemen, 45% van de deelnemers geeft aan mee te doen vanwege de financiële vergoeding van de zorgverzekeraars.

Conclusie en aanbevelingen

In de Kwaliefy meting 2011 is op grote schaal de kwaliteit van de eerstelijns fysiotherapie gemeten. Veel eerstelijns fysiotherapeuten gebruiken nu een EPD en volgen de KNGF-richtlijn Verslaglegging. Betrouwbare gegevensverzameling via de EPD's voor de FH-indicatoren bleek in 2011 nog niet haalbaar. Het uitvragen van gegevens via de EPD's vraagt nog een forse verbetering en hierbij zal ook gekeken moeten worden naar het verminderen van de extra registratielast. De kwaliteit van de indicatoren varieert bij de FH-indicatoren van goed tot slecht (drie indicatoren), bij de PE-indicatoren van goed tot redelijk en de POEI indicatoren zijn van goede kwaliteit. Daarnaast is de vragenlijst over de patiëntervaringen die ingevuld kan worden door mantelzorgers is ontwikkeld en veelvuldig gebruikt. Tenslotte is de rapportage van interviews met stakeholders over het gebruik van de kwaliteitsindicatoren nog niet beschikbaar. De doorontwikkeling van de huidige FH-indicatoren is te splitsen in het oplossen van de procesmatige en inhoudelijke problematiek van de huidige indicatorenset gericht op het toetsen van het methodisch handelen. Het tweede deel betreft het doorontwikkelen van uitkomstindicatoren voor specifieke aandoeningen. Voor beide sets wordt voorgesteld om uitkomstindicatoren te formuleren op basis van de gebruikte meetinstrumenten. Draagvlak van een toekomstige Kwaliefy-meting hangt samen met verbeteren van (extractie van) de FH-indicatoren, het inkorten van de vragenlijst over de patiëntervaringen en het belonen van deelname door zorgverzekeraars.

1. INLEIDING

In het project Zichtbare Zorg Fysiotherapie werken belanghebbende partijen samen aan één uniforme manier om kwaliteitsgegevens uit te vragen. Een systeem dat betrouwbare, vergelijkbare en valide kwaliteitsgegevens oplevert. Heldere kwaliteitsgegevens zijn belangrijk voor:

- Cliënten, om een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen zorgaanbieders;
- Zorgverzekeraars, om zorg in te kunnen kopen met een goede prijs-kwaliteitverhouding die past bij de eigen visie en speerpunten;
- Zorgaanbieders zelf, voor verbetering van hun zorgaanbod en om de eigen kwaliteit transparant te kunnen maken voor derden;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de NZa, voor hun taak als toezichthouder;

Het doel is om tot één systeem van uitvraag van kwaliteitsgegevens te komen. Hiermee moet zoveel mogelijk in de informatiebehoefte van al deze groepen worden voorzien, zodat de afzonderlijke uitvraag van gegevens wordt beperkt.

De ontwikkeling en implementatie worden gefaciliteerd door het programmabureau Zichtbare Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vertegenwoordigers van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werken samen in een stuur- en projectgroep.

In 2011 heeft er voor de derde maal een landelijke meting kwaliteitsindicatoren plaatsgevonden in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken met behulp van een set kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsmeting heeft als doel de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg transparant te maken en beoogt informatie te geven over a) het methodisch handelen (Fysiotherapeutisch Handelen), b) ervaringen van patiënten over de geleverde zorg (Patiëntervaringen) en c) de organisatie van de praktijk (Praktijkorganisatie en etalage-informatie).

Uit de evaluatie van de meting in 2010 is gebleken dat de tijdsinvestering groot was voor de fysiotherapeuten en er waren twijfels over de betrouwbaarheid van de zelfrapportage over het Fysiotherapeutisch Handelen (FH). Dit was aanleiding om de gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen met behulp van een Elektronisch Patiëntendossier (EPD) te verzamelen. In 2010 is een start gemaakt met de operationalisatie van de extractie van de gegevens uit de EPD's. Omdat de oorspronkelijke procedure was afgestemd op vragenlijstonderzoek zijn er, met het oog op de validiteit en haalbaarheid, wijzigingen aangebracht in de definities van de FH-indicatoren.

Tevens kwam uit de evaluatie van voorgaande metingen de behoefte naar voren om de patiëntervaringen vragenlijst ook geschikt te maken voor mantelzorgers van met name geriatrische patiënten.

Tenslotte was het wenselijk om na drie landelijke metingen inzicht te krijgen in het gebruik van de kwaliteitsinformatie door alle belanghebbende partijen.

De specifieke doelen van het project waren:

1. Het meten van de kwaliteit van zorg binnen de eerstelijns fysiotherapie.
2. Het extraheren en het testen van de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling voor het Fysiotherapeutisch Handelen uit de EPD's.
3. Het testen van de kwaliteit van de indicatoren.
4. Het ontwikkelen van een patiëntervaring vragenlijst, die ingevuld kan worden door de mantelzorger.

5. Het in kaart brengen van het gebruik van de Kwaliefy-indicatoren door alle stakeholders. Dit rapport beschrijft het onderzoeksverslag van de projectopdracht en is bedoeld voor de leden van de projectgroep en de stuurgroep van Zichtbare Zorg Fysiotherapie.

2. METHODE

2.1 Deelnemers

De doelgroep bestond uit alle zelfstandig gevestigde eerstelijns fysiotherapeuten in Nederland. Alle eerstelijns praktijklocaties (die bij het KNGF bekend zijn) werden per brief en e-mail benaderd om deel te nemen aan het Kwaliefy project.

2.2 Procedure en communicatie met deelnemers

Deelnemers werden geïnformeerd over het project via diverse communicatiekanalen (zie tabel 1). Daarnaast was er een helpdesk ingericht waar fysiotherapeuten en patiënten terecht konden met inhoudelijke en technische vragen. Beleidsvragen kwamen terecht bij de KNGF-projectmedewerkers van Kwaliefy, terwijl de inhoudelijke en technische vragen werden ondergebracht bij de respectievelijke onderzoeksinstituten IQ healthcare en ITS.

Tabel 1 Communicatiekanalen en –materialen naar doelgroep en doel

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

2.3 Aanpassen indicatoren Fysiotherapeutisch Handelen

In mei 2010 is een expertgroep samengesteld bestaande uit 7 fysiotherapeuten, 6 softwareleveranciers en 3 zorgverzekeraars. Het doel was overeenstemming te verkrijgen om zoveel mogelijk gegevens voor de Kwaliefy-indicatoren over het FH rechtstreeks uit de huidige EPD's te extraheren. Uit deze bijeenkomsten kwam naar voren dat veel informatie al met de EPD's geregistreerd werd en dat een aantal gegevens met een aanpassing van de EPD's ook voor registratie beschikbaar konden komen. Echter, er waren ook enkele gegevens uit de basisset Kwaliefy indicatoren die niet verzameld konden worden middels extractie uit het EPD (1). Dit resulteerde in aanpassingen van de definities van de 8 kwaliteitsindicatoren voor het FH. De screening en diagnostiek werden opgesplitst in drie deelindicatoren: a) screening van DTF-patiënten die doorgaan naar het diagnostisch proces, b) screening van DTF-patiënten die niet

doorgaan naar het diagnostisch proces ('niet pluis') en c) screening en diagnostiek van verwezen patiënten. Het vaststellen van doelen is gewijzigd in het vaststellen van het behandelplan waarin tevens het tijdsplan is opgenomen. Het methodisch handelen tijdens therapeutisch proces is komen te vervallen, terwijl het gebruik van meetinstrumenten als separate indicator is toegevoegd. Ten slotte is het subjectief/objectief vaststellen van het behandelresultaat samengevoegd tot één indicator 'resultaat behandeling'. In Bijlage II staan de definities van de FH-indicatoren van 2010 en 2011 beschreven.

Ten behoeve van uniforme registratie en extractie van gegevens is in januari 2011 door het ICT bedrijf Empirion een functioneel ontwerp (xml-document) geschreven; een basisdocument waarmee leveranciers de benodigde functionaliteiten aan hun eigen softwarepakket konden toevoegen en aanpassen, zodat de gevraagde Kwaliefy-items uit het EPD konden worden geëxtraheerd en elektronisch aangeleverd. De softwareleveranciers konden zich vanaf januari 2011 aanmelden bij het ITS, waarna zij een inlogcode en het functioneel ontwerp ontvingen. Ten behoeve van de aanlevering van Kwaliefy gegevens heeft iedere softwareleverancier aanpassingen gedaan; antwoordcategorieën moesten veranderd worden en in sommige gevallen moesten open velden getransformeerd worden in categorieën. Vervolgens moest de extractie van de gegevens mogelijk gemaakt worden.

Voor dit implementatietraject is door het KNGF een projectmanager aangesteld, die de communicatie tussen alle betrokken partijen verzorgde. Bij vragen of onduidelijkheden over de interpretatie van het functioneel ontwerp kon contact worden gezocht met de projectmanager die de betreffende vraag doorstuurde naar het KNGF, ITS of IQ healthcare. Alle vragen en aanpassingen in het functioneel ontwerp werden met alle softwareleveranciers gecommuniceerd. Ten behoeve van de verwerking van de gegevens is door het ITS een 'brievenbus' ingericht waar de data binnenkwam. De softwareleveranciers konden een technische test uitvoeren om te controleren of de gegevens correct werden aangeleverd bij het ITS. Om voorafgaand aan de dataverzameling de vertaling van het functioneel ontwerp in de indicatoren per EPD te testen op uniformiteit wilde IQ healthcare een inhoudelijke test uitvoeren. De onderzoekers wilden testcasussen (vignettes) invoeren in ieder EPD met als doel te controleren of er in de EPD systemen variatie was wat betreft de verslaglegging en de aanlevering van de onderliggende variabelen van de indicatoren. Voor deze inhoudelijke test is geen draagvlak gevonden, mede door de beperkte tijd voorafgaand aan de start van de meting. Hierdoor was er bij de start van de meetperiode geen inzicht in de manier waarop de softwareleveranciers de gegevens ten behoeve van Kwaliefy hadden geïntegreerd in hun EPD.

2.4 Dataverzameling

Alle eerstelijns praktijklocaties fysiotherapie zijn in maart 2011 benaderd deel te nemen aan Kwaliefy. Fysiotherapeuten werden verzocht om gedurende drie maanden gegevens over het FH met behulp van het EPD aan te leveren over de meetperiode van 1 april tot 31 juli. In de periode voor 1 april bleek uit signalen uit het veld dat een deel van de fysiotherapeuten nog geen EPD hadden aangeschaft. Om deze reden is door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie besloten om fysiotherapeuten langer in de gelegenheid te stellen in twee tranches gegevens aan te leveren. Met behoud van de meetperiode van drie maanden leverde de eerste groep gegevens aan van de periode 1 april tot 31 juli en de tweede groep van 1 mei tot 31 augustus.

Een andere wijziging ten opzichte van de meting 2009/2010 is het niet verplicht stellen van aantallen aan te leveren dossiers. Fysiotherapeuten voerden de gegevens van al hun patiënten in het patiëntendossier in het EPD. Alle dossiers die aan de inclusiecriteria voldeden waren

meegenomen, waardoor de kans op selectiebias is geminimaliseerd. Aan het eind van de meetperiode konden zij de gegevens digitaal verzenden naar ITS en ontvingen zij van hun softwareleverancier een bevestiging van de aanlevering.

Een digitale vragenlijst om informatie te verzamelen over de Praktijkorganisatie en Etalage-informatie (POEI) en een vragenlijst om de Patiëntervaringen (PE) te meten zijn eerder ontworpen en getest (2). De vragenlijst Patiëntervaringen (volwassenenversie) is identiek aan de CQ-index fysiotherapie (3). Bij Kwaliefy is tevens gebruik gemaakt van twee subversies, namelijk voor adolescenten en ouders van kinderen.

De CQ-index fysiotherapie is ook gebruikt voor de ontwikkeling van een vragenlijst voor mantelzorgers. Per vraag is gekeken of en hoe deze geherformuleerd moest worden om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg vanuit de ervaring van de patiënt. De vragenlijst is voorgelegd aan enkele experts en waarna nog enkele tekstuele aanpassingen zijn doorgevoerd.

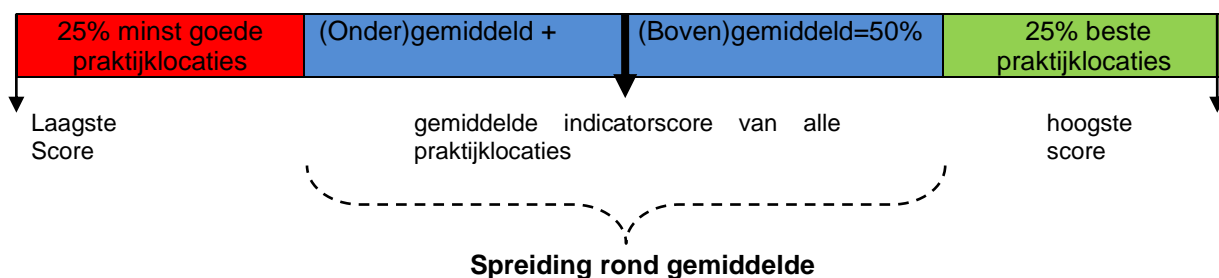
Het aanleveren van de gegevens van de POEI en de PE verliep via een portaal dat kon worden benaderd via de website www.kwaliefy.nl en was identiek aan de metingen 2009-2010. Tegelijk met het toekennen van een inlogcode werd instemming gevraagd met het publiekelijk beschikbaar stellen van de gegevens. Aan de contactpersoon werd gevraagd om eenmalig gegevens vast te leggen over de POEI. Iedere deelnemende fysiotherapeut diende ten minste 50 patiënten te benaderen om de PE vragenlijst in te vullen. De patiënten dienden uitbehandeld of – bij langdurige klachten- al langer in behandeling te zijn en een tussentijdse evaluatie te hebben gehad. Het aantal van 50 is gebaseerd op een behaalde respons van 50% in de voorgaande metingen; gestreefd werd naar 25 ingevulde vragenlijsten per fysiotherapeut. Patiënten ontvingen een informatiefolder van hun fysiotherapeut met daarin een unieke code waarmee ze konden inloggen in het webportaal.

De gegevens van de patiëntervaringen konden ook aangeleverd worden via één van de meetbureaus (*Qualizorg*, *Kiwa Prismant* of *MediQuest*). Deze patiënten werden via e-mail benaderd door het betreffende meetbureau.

2.5 Feedback

Praktijken ontvingen feedback over de 23 (sub)indicatoren van de drie thema's. Opgenomen waren algemene gegevens van de praktijklocatie, indicatorscores en landelijke referentiecijfers. De praktijkscore kreeg per indicator een kleur (groen, blauw of rood): een groene kleur betekende dat de score bij de 25% best presterende praktijklocaties hoort (75^e percentiel) , Een rode kleur betekende dat de score bij de 25% minst presterende praktijken hoort (25^e percentiel). De kleur blauw gaf de score rondom het gemiddelde aan (zie Figuur 1). Daarnaast ontving iedere fysiotherapeut feedback over de indicatorscores en van alle onderliggende items van FH en PE.

Fysiotherapeuten konden aan de hand van de feedback een verbeterplan te maken. Desgewenst konden individuele rapportages naast het praktijklocatierapport worden gelegd, zodat meer inzicht en aanknopingspunten voor verbetering werden verkregen.



Figuur 1: Betekenis van de aan indicatorscores gekoppelde kleuren

Openbare data

In de openbare dataset zijn opgenomen:

- Identificatiegegevens voor de praktijklocaties;
- De indicatorscores van de praktijklocaties van de drie thema's
- Het aantal cases (noemer) voor de betreffende indicator, en de betrouwbaarheid (voldoet het aantal cases bij de betreffende indicator aan het minimaal aantal nodig voor een onderscheidend vermogen van 5%);
- Landelijke referentiecijfers van de indicatoren (gemiddelde indicatorscores);
- Etalage-informatie van de praktijklocaties (openingstijden, behandeling aan huis, specialisaties, aantal fysiotherapeuten, prijslijst, keurmerk et cetera).

2.6 Procesevaluatie

Na afloop van de meting werd aan 300 deelnemende fysiotherapeuten (één per praktijk) een vragenlijst toegestuurd per e-mail. Omdat mogelijke verschillen in ervaringen samenhangen met een type EPD, is de trekking van de steekproef zodanig uitgevoerd dat de vijf EPD's die de meeste dossiers hebben aangeleverd evenredig vertegenwoordigd waren in de steekproef. In de vragenlijst kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan bod: type EPD, belemmerende en bevorderende factoren bij de gegevensverzameling, feedbackrapportage, tijdsinvestering, gebruikte implementatiematerialen en het functioneren van de helpdesk.

2.7 Dataverwerking en analyse

Berekenen indicatoren

De aangeleverde data zijn door ITS doorgestuurd naar IQ healthcare voor analyse. De gegevens over het FH zijn voor zover mogelijk gecontroleerd op inconsistenties tussen de verschillende EPD's. Hierbij is bij de vijf grote EPD's afzonderlijk gekeken naar de scores en de onderliggende items. De gegevens van de overige EPD's zijn samengevoegd bij deze analyse.

Voor de indicatoren over het FH is op patiëntniveau bepaald of het fysiotherapeutisch handelen wel of niet voldeed aan de inclusie criteria. Vervolgens zijn deze uitkomsten geaggregeerd naar praktijkniveau en is de gemiddelde score per praktijk berekend. Van de indicatoren over de PE is op praktijkniveau de mediane score berekend. De mediaan is de score op het 50^{ste} percentiel, dat wil zeggen dat 50 procent van de patiënten uit deze praktijk een hogere score hebben en 50 procent van de patiënten een lagere score. De indicatoren over de POEI zijn berekend door op praktijkniveau de items op te tellen en om te zetten naar een percentage.

Om landelijke referentiecijfers (*benchmark*) te bepalen is over alle praktijkscores de gemiddelde indicatorscore berekend (voor de PE-indicatoren de gemiddelde van de mediaan), evenals de

minimum- en maximumscore en de mate van spreiding rondom de score. Voor een score onder de 90% worden ook de cijfers van het 25^{ste} en 75^{ste} percentiel gepresenteerd.

Daarnaast is voor de PE ook berekend of de wijze van gegevensverzameling via de meetbureaus tot andere resultaten heeft geleid dan de gegevens voortkomend uit het Kwaliefy meetsysteem.

Eigenschappen van de indicatoren

Zichtbare Zorg heeft in 2010 in samenwerking met experts uit het veld een Zichtbare Zorg Indicatorstandaard ontwikkeld (4). Deze standaard beschrijft een methodiek om de kwaliteit van de indicatoren op de volgende criteria te beoordelen: inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid, registratiebetrouwbaarheid en statistisch betrouwbaar onderscheiden.

Per indicator wordt de zeggingskracht op elk bovengenoemd criterium gescoord. De beoordeling wordt vastgelegd met een groene (goed), oranje (matig) of rode (slecht) signaalvlag (zie bijlage III)

Betekenis van de beoordelingscriteria:

1. Inhoudsvaliditeit

De relatie tussen de geleverde zorg (of het ontbreken daarvan) en de zorguitkomsten is duidelijk. Voor uitkomstindicatoren betekent dit dat is aangetoond dat de gemeten uitkomst beïnvloedbaar is door de zorgaanbieder(s) waar de indicator betrekking op heeft. Voor structuur- en procesindicatoren betekent dit dat is aangetoond dat de gemeten structuur of processen ook daadwerkelijk de gewenste zorguitkomsten beïnvloeden. De inhoudsvaliditeit op setniveau is goed als de set van indicatoren de relevante aspecten van de geleverde zorg goed dekt. Hierbij wordt gelet op de relevante fasen (indicatie, proces van zorg zelf, uitkomsten) en de kwaliteitsdomeinen (effectiviteit, veiligheid, cliëntgerichtheid).

2. Vergelijkbaarheid

De indicatorwaarden van verschillende zorgaanbieders op een bepaalde indicator zijn vergelijkbaar. Dat wil zeggen dat de berekende indicatorwaarden daadwerkelijke verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg weerspiegelen en niet de verschillen in de patiëntpopulaties van de zorgaanbieders. Voor de indicatoren over het FH is geen casemix effect onderzocht, omdat het alleen procesindicatoren betreft. Van deze indicatoren wordt verwacht, dat de processtappen hoe dan ook geregistreerd moeten worden, ongeacht de patiëntkenmerken. Voor de indicatoren over de POEI is geen casemix effect bepaald, omdat dit thema over praktijkgegevens gaat en niet over patiënten. Binnen Kwaliefy wordt alleen bij PE-indicatoren getoetst of casemix noodzakelijk is op de volgende kenmerken:

- Leeftijd
- Geslacht
- Behandeling afgerond;
- Algemene gezondheid;
- Opleiding;
- Doel behandeling (volledig herstel, afname, stabiliseren)
- Aantal behandelingen
- Aanmelding DTF / verwijzing

Met behulp van regressie analyse is het percentage verklaarde variantie berekend en de bèta's > 0,1 worden gepresenteerd in paragraaf 3.3. Bij een bèta > 0,4 wordt casemix correctie uitgevoerd.

3. Registratiebetrouwbaarheid

Het proces van meten, registreren, aanleveren en verwerken van de voor de indicator benodigde gegevens dient tijdig, juist, volledig en uniform en zonder systematische meetfouten te gebeuren.

4. Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Een indicator dient het vermogen te hebben om zorgaanbieders met bovengemiddelde en ondergemiddelde indicatorwaarden te onderscheiden van gemiddeld scorende aanbieders. Bij dit criterium speelt het aantal waarnemingen dat een zorgaanbieder kan aanleveren een essentiële rol: bij een te laag aantal waarnemingen wordt de rol van toeval veelal te groot om betrouwbaar verschillen in prestaties te kunnen detecteren. Binnen de 'vlaggensystematiek' van ZiZo is een ondergrens vastgesteld van minimaal 200 waarnemingen per praktijklocatie. Dit aantal is voor fysiotherapiepraktijken echter niet haalbaar in een meetperiode van drie maanden en zou ertoe leiden dat bijna alle fysiotherapeuten te weinig data aanleveren. Daarom is gekozen voor een afwijkende aanpak, namelijk die van de voorgaande Kwaliefy metingen, en wordt er geen ZiZo 'vlag' (kleur) gegeven aan het onderscheidend vermogen van de indicatoren.

Deze aanpak houdt in dat per indicator over het Fysiotherapeutisch Handelen en de Patiëntervaringen wordt vastgesteld hoeveel patiënten per praktijk nodig zijn (*power*) om tot een betrouwbare uitspraak (*precisie*) over de scores van een praktijk te komen, waarbij we verschillen van 5% als statistisch relevant beschouwen (het gewenste onderscheidend vermogen). Deze rekenregel brengt met zich mee dat voor indicatoren met een hoge score relatief veel dossiers aangeleverd moeten worden. Het benodigde aantal verschilt per indicator. Tevens is het clustereffect berekend (uitgedrukt in ICC), om de benodigde aantallen hiervoor te corrigeren. Voor solopraktijken is te verwachten dat de populatie homogener is en er dus minder waarnemingen nodig zijn om tot hetzelfde onderscheidend vermogen te komen (5).

Het criterium Statistisch betrouwbaar onderscheiden is volgens de standaard niet van toepassing op de POEI-indicatoren; er is immers geen sprake van een aantal waarnemingen over een groep van patiënten: per praktijklocatie worden de benodigde gegevens door een contactpersoon ingevuld (1 waarneming) en speelt toeval geen rol.

Naast de criteria voor het beoordelen van indicatoren volgens de indicatorstandaard van Zichtbare Zorg zijn de indicatoren beoordeeld op verbeterpotentieel. Van verbeterpotentieel is sprake bij gemiddelde scores < 90%. Daarnaast is bij scores $\geq 90\%$ nagegaan hoeveel praktijklocaties < 90% scoren. Indien minder dan 10% van de praktijklocaties lager scoorde dan deze 90%, werd het verbeterpotentieel voor de betreffende indicator aangemerkt als 'weinig'.

2.8 Het gebruik van kwaliteitsindicatoren door stakeholders

Met de komst van Kwaliefy is er veel informatie over de eerstelijns fysiotherapie beschikbaar gekomen. Onduidelijk was op welke wijze de verschillende stakeholders gebruik maken van de openbare informatie. Hiervoor is een explorierend kwalitatief onderzoek opgezet naar het gebruik van de Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns Fysiotherapie door fysiotherapeuten, patiënten en zorgverzekeraars. De volgende vraagstellingen waren hierbij leidend: a) gebruiken stakeholders de kwaliteitsindicatoren; b) wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik; c) hoe zien stakeholders het gebruik van de kwaliteitsindicatoren over vijf jaar?

Hiervoor zijn interviews gehouden met twaalf fysiotherapeuten, drie patiënten-koepelorganisaties en drie zorgverzekeraars in de periode juni tot september 2011. Alle deelnemers gaven mondelinge toestemming. De interviews werden op audiotape opgenomen, volledig uitgewerkt en gecodeerd middels het programma Atlas-ti door twee onderzoekers.

3. RESULTATEN

3.1 Respons en kenmerken

Voor deelname aan Kwaliefy hebben 5.357 praktijklocaties en 19.625 fysiotherapeuten zich aangemeld. Uiteindelijk hebben 15.810 eerstelijns fysiotherapeuten uit 4.822 praktijklocaties aan Kwaliefy deelgenomen, dit is een toename van 45% van het aantal deelnemende fysiotherapeuten ten opzichte van de meting van 2009/2010. Gebaseerd op de normcijfers van het Nivel van 2010 (5) heeft 96,3% van de eerstelijns fysiotherapeuten deelgenomen aan Kwaliefy. Ten behoeve van het FH hebben 4.324 praktijklocaties en 15.600 fysiotherapeuten gegevens aangeleverd. Van 4.584 locaties zijn gegevens over de POEI aangeleverd (zie tabel 3). Er zijn 4.477 locaties die gegevens over de PE hebben aangeleverd. Van de deelnemende praktijken is 24% solopraktijk en 76% een meermanspraktijk. Het percentage solopraktijken is minder vergeleken met de fysiotherapeutenregistratie van het Nivel (5).

Tabel 3 Deelnemende fysiotherapeuten per thema

Gemiddeld aantal fysiotherapeuten	
werkzaam in praktijk (POEI)	4,8
deelgenomen per praktijk (FH)	3,6
deelgenomen per praktijk (PE)	3,2

Voor het FH zijn gegevens van 197.954 patiënten verzameld, gemiddeld 45,8 dossiers per praktijk en 12,7 dossiers per fysiotherapeut. In 2010 waren er gegevens van 293.413 patiënten verzameld in 3.445 praktijklocaties, gemiddeld 85 vragenlijsten per praktijk en 28,2 vragenlijsten per (deelnemende) fysiotherapeut. Na de eerste aanlevering is gecontroleerd of de steekproef van praktijken die de dossiers hebben aangeleverd representatief was en dit bleek zo te zijn. De vijf grootste EPD's hebben 189.785 dossiers aangeleverd (95,9%). In tabel 4 zijn de aantallen aangeleverde dossiers weergegeven van de verschillende EPD's.

Tabel 4. Aantallen dossiers per EPD

EPD	Aantal dossiers (%)	Aantal praktijken (%)	Aantal Fysiotherapeuten (%)	Gemiddeld aantal dossiers per praktijk
I	77.270 (39,0%)	1.081 (25,0%)	6.204 (39,8%)	71
II	76.285 (38,5%)	1.876 (43,4%)	5.327 (34,1%)	41
III	15.587 (7,9%)	418 (9,7%)	1.302 (8,3%)	37
IV	10.818 (5,5%)	362 (8,4%)	1.026 (6,6%)	30
V	9.825 (5,0%)	235 (5,4%)	961 (6,2%)	42
Overige 10 EPD's	8.169 (4,1%)	324 (7,5%)	763 (4,9%)	25
>1 systeem ¹		28 (0,6%)	17 (0,1%)	
TOTAAL	197.954 (100%)	4.324 (100%)	15.600 (100%)	46

¹ In enkele gevallen zijn gegevens van één praktijk aangeleverd uit meerdere dossiers

In 2011 heeft het ITS informatie verzameld hoeveel patiënten zijn benaderd voor het invullen over de patiëntervaringen. In totaal zijn 585.790 inlogcodes voor de vragenlijsten uitgedraaid. Dit is gemiddeld 39,4 vragenlijsten per fysiotherapeut. In totaal hebben 234.763 patiënten een vragenlijst ingevuld, gemiddeld 52,4 vragenlijsten per praktijk en 16 vragenlijsten per fysiotherapeut. In 2010 hebben 243.707 patiënten ten behoeve van het thema Patiëntervaringen een vragenlijst ingevuld gemiddeld 72 vragenlijsten per praktijk en 23,3 vragenlijsten per fysiotherapeut. Tabel 5 beschrijft de verhouding van aangeleverde PE-vragenlijsten van ITS en

de meetbureaus. Er zijn 213.524 vragenlijsten voor volwassenen aangeleverd, 10.390 vragenlijsten voor kinderen, 6.556 vragenlijsten voor adolescenten, en 3.852 vragenlijsten ingevuld door de mantelzorger.

Tabel 5 Aangeleverde vragenlijsten patiëntervaringen van ITS en meetbureaus

	Aantallen PE vragenlijsten
Aanlevering ITS	180.786
Aanlevering meetbureaus	
Qualizorg	52.355
Kiwa Prismant	434
MediQuest	1.188
Totaal	234.763

Tabel 6 geeft een overzicht van de patiëntkenmerken per thema. De percentages zijn vergelijkbaar met de LIPZ populatie (6;7) en geven daarmee een representatief beeld van de patiëntenpopulatie van de eerstelijns fysiotherapie. De patiëntkenmerken van het onderdeel FH met betrekking tot geslacht, leeftijd en DTF verdeling komen overeen met gegevens van LIPZ (dat is gebaseerd op 13.180 patiënten) (6;7).

Tabel 6 Kenmerken van patiënten naar thema Fysiotherapeutisch Handelen (FH) en Patiëntervaringen (PE)

Patiëntkenmerk	FH (n=197.954)		PE (n=233.138)	
% man		44 ¹		40
Gemiddelde leeftijd (Sd) in jaren		48,8 (19,4) ¹		47,9 (18,5)
Leeftijd	aantal	%	aantal	%
<15 jaar	3.586	3,4	11742	5,0
15-45 jaar	38.966	37,3	78211	33,4
45-64 jaar	38.198	36,6	101669	43,4
>64 jaar	23.586	22,6	42511	18,2
% DTF patiënten		45		39
% verwezen patiënten		55		61
% patiënten uitbehandeld		91		45
% patiënten niet uitbehandeld		9		55

¹ Gegevens van 53% van de dossiers, twee grote EPD's hebben deze gegevens niet aangeleverd

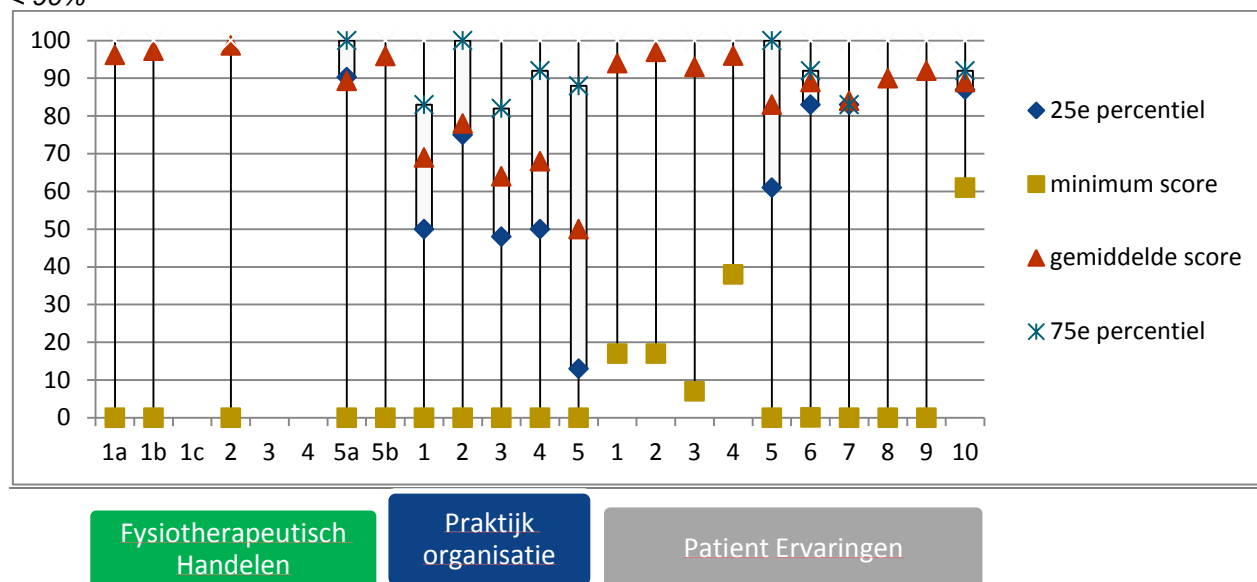
3.3 De indicatoren: beschrijving, scores en casemix

De analyse van de data over het Fysiotherapeutisch Handelen lieten inconsistenties zien tussen EPD's bij indicator 1b, 1c, 2, 3 en 4. Deze variatie was terug te vinden in alle 5 grote EPD's. De stuurgroep Zichtbare Zorg Fysiotherapie heeft daarop besloten om indicator 1c, 3 en 4 niet op te nemen in de openbare dataset. Indicator 1b en 2 zijn aangepast. Het item 'advies contact op te nemen met de verwijzer/huisarts' is niet meegenomen bij de berekening van indicator 1b. De items 'subdoel' en 'tijdspad' zijn niet meegenomen bij de berekening van indicator 2.

Het verzamelen van de gegevens over patiëntervaringen via uitnodiging door de fysiotherapeuten of via externe meetbureaus leidt tot systematische verschillen in indicatorscores. Deze verschillen bedragen 0,5-7,4%; in alle gevallen zijn de scores hoger indien de uitnodiging door de fysiotherapeut gebeurde.

Figuur 2 laat de gemiddelde indicatorscores zien met de minimum en maximum scores en de spreiding tussen het 25^e en 75^e percentiel. De meeste indicatorscores zijn hoger dan 90%, met name ten aanzien van de thema's PE en FH. De kwaliteit van zorg kan hiermee over het algemeen als goed tot zeer goed worden genoemd. De indicatoren voor POEI vertonen het grootste verbeterpotentieel.

Figuur 2: Gemiddelde indicatorscores in % voor de indicatoren van het Fysiotherapeutisch Handelen, Praktijkorganisatie en Etalage-informatie en Patiëntervaringen, met minimum en maximum scores (dunne lijn) en spreiding tussen het 25^e en 75^e percentiel (breder balk), alleen voor de indicatoren met een score < 90%



Hierna worden per thema de indicatoren gedefinieerd, de gemiddelde indicatorscores en, indien van toepassing, de casemix-stabiliteit gepresenteerd.

Indicatoren van het Fysiotherapeutische Handelen

Indicator 1a	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij DTF-patiënten bij screening	
Volledige definitie	Het percentage DTF-patiënten bij wie in het screeningsproces de <i>contactreden</i> , de <i>hulpvraag</i> (ervaren functioneringsproblemen, ernst, beïnvloedende factoren, beloop); de <i>medische voorgeschiedenis</i> (nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen, medicijngebruik, medische verrichtingen) zijn geïnventariseerd en vastgelegd; de conclusie 'pluis' van de screening en de fysiotherapeutische diagnose van de screening is vastgelegd.	
Teller	Het aantal DTF-patiënten bij wie de contactreden, de hulpvraag en de medische voorgeschiedenis zijn geïnventariseerd volgens de richtlijn en in het dossier is vastgelegd samen met de conclusie 'pluis'; de fysiotherapeutische diagnose en 'indicatie fysiotherapie'.	
Noemer	Totaal aantal DTF-patiënten met conclusie 'pluis'	N=82.808
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Totaal aantal praktijken	N=3.831
	Gemiddelde indicatorscore	96,2%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	95,7 - 96,6%

Indicator 1b	Methodisch handelen bij DTF-patiënten met conclusie 'niet pluis'	
Volledige definitie	Het percentage DTF-patiënten waarbij de conclusie 'niet pluis' is vastgelegd en advies aan de patiënt om contact op te nemen met huisarts/ketenpartner	
Teller	Het aantal DTF-patiënten met de conclusie 'niet pluis' met het advies contact op te nemen met de huisarts/ketenpartner	
Noemer	Het aantal DTF-patiënten met conclusie 'niet pluis'	N=6.253
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Het aantal praktijken	N=1.857
	Gemiddelde indicatorscore	97,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	96,6 - 97,9%
Opmerking	Aanpassing definitie: het item 'advies' is niet meegenomen bij de berekening van deze indicator	

Indicator 1c	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij verwezen patiënten	
Volledige definitie	Het percentage verwezen patiënten bij wie in het diagnostisch proces de <i>hulpvraag</i> (ervaren functioneringsproblemen, ernst, beïnvloedende factoren en beloop), de <i>medische voorgeschiedenis</i> (nevenpathologie, eerdere ziekten/aandoeningen, familiale ziekten/aandoeningen, medicijngebruik en medische verrichtingen) en de <i>fysiotherapeutische diagnose</i> (participatie, stoornis, lokalisatie, ernst, medisch, extern, persoonlijk, beloop) zijn geïnventariseerd en vastgelegd. Waarna vervolgens de fysiotherapeutische indicatie is vastgelegd.	Geen <i>benchmark</i> berekend
Teller	Het aantal verwezen patiënten bij wie de hulpvraag en de medische voorgeschiedenis zijn geïnventariseerd volgens de richtlijn en in het dossier is vastgelegd en bij wie de fysiotherapeutische diagnose volgens de richtlijn is gesteld en vastgelegd. Waarna vervolgens de fysiotherapeutische indicatie is vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal verwezen patiënten	N=102.012
	Het aantal praktijken	N=3.802
Opmerking	Van deze indicator zijn geen scores berekend en is niet in de openbare database opgenomen	

Indicator 2	Methodisch handelen bij vaststellen behandelplan	
Volledige definitie	Percentage behandelde patiënten bij wie tenminste het hoofddoel, de verwachting over het te behalen hoofddoel, een subdoel en tijdspad zijn geïnventariseerd en vastgelegd op basis van de hulpvraag, de medisch voorgeschiedenis.	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie tenminste een hoofddoel, de verwachting over het te behalen hoofddoel, een subdoel en het tijdspad is geïnventariseerd en vastgelegd waarbij deze zijn gebaseerd op de hulpvraag, medische voorgeschiedenis.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N=173.348
	Totaal aantal praktijken	N=4.279
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	98,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	98,5 - 98,9%
Opmerking	Aanpassing definitie: de items 'tijdspad en subdoel' zijn niet meegenomen bij de berekening van deze indicator	

Indicator 3	Gebruik meetinstrumenten	
Volledige definitie	Percentage behandelde patiënten bij wie een meetinstrument is gebruikt.	Geen <i>benchmark</i> berekend
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie een meetinstrument is gebruikt.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N=173.348
	Totaal aantal praktijken	N=4.321
Opmerking	Deze score van deze indicator is in feedbackrapporten weergegeven zonder <i>benchmark</i> en is niet in de openbare database opgenomen	

Indicator 4	Resultaat behandeling	
Volledige definitie	Percentage behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat van het hoofddoel en tenminste één subdoel is vastgelegd.	Geen <i>benchmark</i> berekend
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelresultaat van het hoofddoel en tenminste één subdoel is vastgelegd.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten	N=10.241
	Totaal aantal praktijken	N=4.321
Opmerking	Deze score van deze indicator is in feedbackrapporten weergegeven van 2 EPD's die een betrouwbare scores leken te hebben zonder <i>benchmark</i> en is niet in de openbare database opgenomen	

Indicator 5a	Overleg en akkoord screening	
Volledige definitie	Percentage DTF-patiënten bij wie het resultaat van de screening is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Teller	Aantal DTF-patiënten bij wie het resultaat van de screening is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Noemer	Totaal aantal DTF-patiënten	N=89.113
	Totaal aantal praktijken	N=3.886
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	89,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	25 ^e percentiel (25% van de praktijklocaties zit onder deze score)	90,3%
	75 ^e percentiel (25% van de praktijklocaties zit boven deze score)	100,0%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	88,6 - 90,0%

Indicator 5b	Overleg en akkoord behandelplan	
Volledige definitie	Percentage behandelde patiënten bij wie het behandelplan is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Teller	Aantal behandelde patiënten bij wie het behandelplan is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.	
Noemer	Totaal aantal behandelde patiënten.\	N=173.348
	Totaal aantal praktijken	N=4.279
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	95,9%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	95% Betrouwbaarheidsinterval	95,5 - 96,3%

Indicatoren van de Praktijkorganisatie en Etalage informatie

Indicator 1	Etalage-informatie beschikbaar	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij ten minste op 2 manieren duidelijke informatie beschikbaar is over het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis en de prijslijst.	
Teller	Aantal kenmerken van de praktijk (het type praktijk, kenmerken van fysiotherapeuten, het hebben van een keurmerk, openingstijden, behandelingen aan huis en de prijslijst) waarover ten minste op 2 manieren (website, folder wachtkamer, folder balie, prikbord) duidelijke informatie beschikbaar is.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (doorgaans is dit 6, indien geen behandelingen aan huis worden gegeven is het aantal kenmerken 5).	N=4.577
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	69,1%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	50,0%
	Score 75 ^e percentiel	83,3%
	95% betrouwbaarheidsinterval	68,5-69,8%

Indicator 2	Veiligheid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij veiligheid op het gebied van eerste hulpvaardigheden, arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken is geprotocolleerd en jaarlijks wordt nagelopen.	
Teller	Aantal veiligheidskenmerken (eerste hulpvaardigheden, Arbeidsomstandigheden, veiligheidsuitrusting en hygienisch werken) die zijn geprotocolleerd en jaarlijks worden nagelopen.	
Noemer	Totaal aantal veiligheidskenmerken (4) of geldig HKZ-certificaat.	N=4.600
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	77,7%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	75,0%
	Score 75 ^e percentiel	100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	76,9-78,7%
Opmerkingen	Praktijklocaties met een geldig HKZ certificaat scoren automatisch 100% op deze indicator	

Indicator 3	Kwaliteitsbeleid gewaarborgd	
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij jaarlijks procedures worden doorlopen over klachtencommissie, kritische incidenten, patientenforum, update lokale protocollen, kwaliteitsjaarverslag, doelen kwaliteitsverbetering en waar indien nodig actie voor wordt ondernomen.	
Teller	Gewogen gemiddelde van alle kenmerken waarvan rapportage is bijgehouden en zo nodig actie wordt ondernomen.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk 6, bij een solopraktijk 5, omdat daar geen kwaliteitsjaarverslag nodig is).	N=4.528
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore (gebaseerd op 3.500 praktijklocaties)	64,1%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	47,9%
	Score 75 ^e percentiel	82,4%
	95% betrouwbaarheidsinterval	63,4-64,8%

Indicator 4		
Mate van professionele samenwerking		
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij binnen en buiten de praktijk overleg plaatsvindt over aandoeningen, individuele patiënten, de samenwerkingsorganisatie.	
Teller	Is er overleg binnen de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patiënten, de organisatie & is er overleg buiten de praktijk en worden afspraken vastgelegd over aandoeningen, individuele patiënten en samenwerking.	
Noemer	Totaal aantal kenmerken (bij een meermanspraktijk zijn dit er 12, bij een solopraktijk 6, aangezien solisten geen intern overleg hebben).	N=4.587
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	68,3%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	50,0%
	Score 75 ^e percentiel	91,7%
	95% betrouwbaarheidsinterval	67,4-69,1%

Indicator 5		
Vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd		
Volledige definitie	Percentage praktijklocaties waarbij een protocol aanwezig is over de beveiliging van (elektronische) patiëntgegevens met daarin vastgelegd vertrouwelijkheid, uitwisseling, vernietigingsplicht, scheiden financiële en inhoudelijke gegevens, netwerk volgens NEN-norm en inzagerecht.	
Teller	Aanwezigheid protocol over de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens met daarin vastgelegd vertrouwelijke behandeling patiëntgegevens, uitwisseling gegevens, vernietigingsplicht, scheiden financiële en paramedische gegevens, computernetwerk volgens NEN-norm, inzagerecht (6x ja/nee).	
Noemer	Totaal aantal kenmerken: 8	N=4.584
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	49,5%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	12,5%
	Score 75 ^e percentiel	87,5%
	95% betrouwbaarheidsinterval	48,6-50,5%

Indicatoren over de patiëntervaringen

Indicator 1	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op bereikbaarheid en toegankelijkheid (telefonische bereikbaarheid, terugbellen, zelf therapeut kiezen, bereikbaar met eigen vervoersmiddel, wachttijd na aanmelding, wachttijd wachtkamer, tijd voor patiënt, behandeling buiten kantooruren, afspraak op gewenst tijdstip en specialistische deskundigheid van de praktijk).	
Teller	Score patiënt op telefonische bereikbaarheid, terugbellen, zelf therapeut kiezen, bereikbaar met eigen vervoersmiddel, wachttijd na aanmelding, wachttijd wachtkamer, tijd voor patiënt, behandeling buiten kantooruren, afspraak op gewenst tijdstip, specialistische deskundigheid.	
Noemer ¹	Totaal aantal vragen (8)	
	Totaal aantal praktijken	N=4.436
	Totaal aantal patiënten	N=156.249
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	93,8%
	Minimum en maximumscore	17-100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	93,6-93,8%
casemix ²	R ² =0,044 Factor 'Gezondheid': bèta=0,124 Overige factoren: bèta < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerking	Thuisbehandelde patiënten zijn geëxcludeerd.	

Indicator 2	Accommodatie	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op accommodatie (hygiëne praktijk), comfort oefenruimte, privacy, comfort zitplaatsen wachtruimte, wachten veraangenamen, toegankelijkheid voor patiënt).	
Teller	Score patiënt op hygiëne, comfort oefenruimte, privacy, zitplaatsen wachtruimte, wachten veraangenamen, toegankelijkheid.	
Noemer	Totaal aantal vragen (6)	
	Totaal aantal praktijken	N=4.427
	Totaal aantal patiënten	N=153.171
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	96,8%
	Minimum en maximumscore	17-100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	96,6-96,9%
casemix	R ² =0,026 Factor 'Gezondheid': bèta=0,116 Overige factoren: bèta < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerking	Thuisbehandelde patiënten zijn geëxcludeerd.	

¹ Voor het thema patiëntervaringen is in deze rij in de tweede kolom steeds het aantal items genoemd waarop de noemer van de indicator betrekking heeft.

² R² verklaarde variantie: in hoeverre de casemix variabelen de score van de indicators beïnvloeden, Bèta: gestandaardiseerde correlatiecoëfficiënt: de mate van invloed van de betreffende variabele op de score

Indicator 3		Communicatie en informatie	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op communicatie en informatie tussen behandelaar en patiënt (over behandelduur (incl. verwachting), vergoeding, behandelmogelijkheden, verloop klachten/ziekte, recht op inzage behandeldossier, begrip voor probleem, begrijpelijke en duidelijke uitleg, uitleg bij oefeningen, adviezen dagelijks bruikbaar, vragen stellen).		
Teller	Score patiënt op geïnformeerd zijn over behandelduur (inclusief verwachting), vergoeding, behandelmogelijkheden, verloop klachten/ziekte, recht op inzage behandeldossier, begrip voor probleem, begrijpelijke en duidelijke uitleg, uitleg bij oefeningen, adviezen dagelijks bruikbaar, vragen stellen.		
Noemer	Totaal aantal vragen (10)		
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten		N=4.459 N=166.700
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore		93,5%
	Minimum en maximumscore		7-100%
	95% betrouwbaarheidsinterval		93,3-93,6%
casemix	R ² =0,037 Factor 'Gezondheid': bèta =0,146 Overige factoren: bèta's < 0,1		Geen casemix-correctie

Indicator 4		Bejegening	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op bejegening (vragen hoe het nu gaat, beleefdheid, aandachtig luisteren, serieus nemen, op gemak voelen, specifieke omstandigheden patiënt, storen tijdens behandeling).		
Teller	Score patiënt op bejegening: vragen hoe het nu gaat, beleefdheid, aandachtig luisteren, serieus nemen, op gemak voelen, specifieke omstandigheden patiënt, storen tijdens behandeling.		
Noemer	Totaal aantal vragen (7)		
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten		N=4.477 N=225.955
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore		96,4%
	Minimum en maximumscore		38-100%
	95% betrouwbaarheidsinterval		96,3-96,5%
casemix	R ² =0,02 Factor 'Gezondheid' bèta= 0,102 Factor 'Zeerkorte behandeling' bèta= 0,108 Alle factoren: bèta's < 0,1		Geen casemix-correctie

Indicator 5		Samenwerking	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op samenwerking indien door verschillende fysiotherapeuten behandeld (hetzelfde verhaal vertellen, tegenstrijdige info, in overleg met patiënt behandeling met huisarts besproken).		
Teller	Score patiënt op samenwerking (verschillende fysiotherapeuten, hetzelfde verhaal vertellen, tegenstrijdige info, in overleg met patiënt behandeling met huisarts besproken).		
Noemer	Totaal aantal vragen (2); totaal aantal vragen indien door meerdere fysiotherapeuten behandeld (3)		
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten		N=4.394 N=89.887
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore		83,0%
	Minimum en maximumscore		0-100%
	Score 25 ^e percentiel		61,1%
	Score 75 ^e percentiel		100%
	95% betrouwbaarheidsinterval		82,4-83,7%
casemix	R ² =0,030 Factor 'Verwezen': bèta=0,152 Overige factoren: bèta's < 0,1		Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Aantal items afhankelijk van behandeling door meerdere therapeuten (zie noemer).		

Indicator 6		Zelfstandigheid	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op zelfstandigheid (samen werken aan doelen, advies voorkomen nieuwe klachten, vragen naar oefening thuis, vragen naar wat gedaan is met adviezen).		
Teller	Score patiënt op samen werken aan doelen, advies voorkomen nieuwe klachten, vragen naar thuis oefenen, vragen naar wat gedaan is met adviezen).		
Noemer	Totaal aantal vragen (4)		
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten		N=4.457 N=153.128
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore		88,3%
	Minimum en maximumscore		8-100%
	Score 25 ^e percentiel		83,3%
	Score 75 ^e percentiel		91,7%
	95% betrouwbaarheidsinterval		89,1-89,6%
casemix	R ² =0,028 Factor 'Gezondheid': Bèta=0,129 Overige factoren: Bèta's < 0,1		Geen casemix-correctie

Indicator 7	Resultaat van de behandeling algemeen (subjectief)	
Volledige definitie	Score patiëntervaring over het resultaat van de behandeling: kwam dit overeen met verwachting en kon patiënt dagelijkse bezigheden beter uitvoeren?	
Teller	Score patiënt op resultaat in overeenstemming met de verwachting en beter dagelijkse bezigheden kunnen uitvoeren.	
Noemer	Totaal aantal vragen (2)	
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten	N=4.348 N=99.990
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	83,5%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	83,3%
	Score 75 ^e percentiel	83,3%
	95% betrouwbaarheidsinterval	83,2-83,9%
casemix	R ² =0,109 Factor 'Gezondheid': bèta=0,202 Factor 'Doel = afname klachten': bèta=-0,145 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 8	Specifiek (objectief) resultaat van de behandeling	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op het objectieve resultaat (klachten veranderd t.o.v. periode voor behandeling).	
Teller	Schaalscore Global Perceived Effect (GPE)	
Noemer	Niet van toepassing	
	Totaal aantal praktijken totaal aantal patiënten	N=4.352 N=100.889
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	89,6%
	Minimum en maximumscore	0-100%
	Score 25 ^e percentiel	89,0%
	Score 75 ^e percentiel	94,5%
	95% betrouwbaarheidsinterval	89,4-89,8%
casemix	R ² =0,239 Factor 'Gezondheid': bèta=0,186 Factor 'Doel= afname klachten': bèta=-0,324 Factor 'Doel= Stabiliseren': bèta= -0,250 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerking	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 9	Behandelperiode	
Volledige definitie	Score patiëntervaring over of de duur van de behandelperiode overeenkomt met de verwachting.	
Teller	Schaalscore overeenkomst duur van de behandelperiode met de verwachting.	
Noemer	Niet van toepassing	
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten	N=4.352 N=100.905
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	92,5%
	Minimum en maximumscore	71-100%
	95% betrouwbaarheidsinterval	92,1-92,9%
casemix	R ² =0,029 Factor 'Gezondheid': bèta=0,117 Factor 'Zeer korte behandeling': bèta=0,102 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie
Opmerkingen	Deze indicator wordt alleen berekend voor patiënten waarbij de behandeling is afgerond.	

Indicator 10	Patiëntenrechten	
Volledige definitie	Score patiëntervaring op patiëntenrechten (keuze fysiotherapeut, specialistische deskundigheid, privacy, behandelingsmogelijkheden, resultaat in overeenstemming met verwachting, klachten veranderd volgens verwachting, overwegen andere ft).	
Teller	Score patiënt op keuze fysiotherapeut, specialistische deskundigheid, privacy, behandelingsmogelijkheden, resultaat in overeenstemming met verwachting, klachten veranderd volgens verwachting, overwegen andere fysiotherapeut.	
Noemer	Totaal aantal vragen (7)	
	Totaal aantal praktijken Totaal aantal patiënten	N=4.431 N=157.469
Indicatorscore met spreiding (min/max), percentielscore en 95% BI	Gemiddelde indicatorscore	89,1%
	Minimum en maximumscore	61-100%
	Score 25 ^e percentiel	87,3%
	Score 75 ^e percentiel	92,1%
	95% betrouwbaarheidsinterval	88,9-89,2%
casemix	R ² =0,110 Factor 'Gezondheid': bèta=0,179 Factor 'Doel = afname klachten': bèta=-0,162 Factor 'Doel = Stabiliseren': bèta= -0,118 Overige factoren: bèta's < 0,1	Geen casemix-correctie

3.4 De kwaliteit van de indicatoren

Op basis van de Indicatorstandaard van Zichtbare Zorg (4) is de inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en registratiebetrouwbaarheid van de indicatoren beoordeeld. Het oordeel hierover wordt met een kleur ('vlag') aangegeven: **groen** betekent goed, **oranje** betekent matig en **rood** betekent slecht. Hieronder wordt per criterium de kwaliteit van de indicatoren beschreven. Naast deze eigenschappen zijn het onderscheidend vermogen en het verbeterpotentieel van de indicatoren onderzocht. Tabel 7 geeft een overzicht van de kwaliteit van de indicatoren aan de hand van deze eigenschappen.

Inhoudsvaliditeit

Op basis van het ontwikkeltraject van de indicatoren waarbij consensus is bereikt met alle betrokken partijen, kan gesteld worden dat de Kwaliefy-set een representatieve afspiegeling is van het fysiotherapeutisch domein. Bovendien is voor de FH-indicatoren aansluiting gezocht bij de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Achterliggende gedachte daarbij is dat adequate dossiervoering het methodisch handelen van fysiotherapeuten dermate ondersteunt dat er sprake is van een hogere kwaliteit van zorg. Op zowel setniveau als indicatorniveau zou op basis van de ontwikkeling de kwalificatie 'goed' gegeven kunnen worden.

Uit de analyse is echter gebleken dat bij de indicatoren over het FH inconsistenties bestaan tussen de verschillende EPD's. Dit heeft ertoe geleid dat indicator 1b en 2 zijn aangepast door niet alle onderliggende items te gebruiken voor het berekenen van de indicator. Dit vermindert de inhoudsvaliditeit van deze indicatoren, omdat relevante onderdelen van het betreffende zorgproces ontbreken. Een dergelijke incomplete samengestelde indicator krijgt een **oranje** ('matige') vlag.

Doordat indicator 1c, 3 en 4 niet in de openbare database zijn opgenomen en hierdoor enkele relevante aspecten van het zorgproces niet inzichtelijk zijn, vermindert de inhoudsvaliditeit van de gehele FH-indicatorset en heeft deze daarom een **oranje** ('matige') vlag gekregen.

Vergelijkbaarheid

Het criterium vergelijkbaarheid is van toepassing op die indicatoren die beïnvloed kunnen worden door patiëntkenmerken. Casemix correctie is niet van toepassing op de indicatoren over het FH en POEI. Casemix is getoetst voor de indicatoren over de PE. Conform de Indicatorstandaard is aan alle indicatoren een **groene** vlag (goed) gegeven. Overigens bleken geen van de onderzochte casemixfactoren van dusdanige invloed op de PE-scores (bèta-coëfficiënten alle < 0,4) dat correctie nodig is bij vergelijking van de scores tussen praktijklocaties.

Registratiebetrouwbaarheid

Fysiotherapeutisch Handelen

Gegevens over het FH zijn via EPD's verzameld. Welke data er precies verzameld dienen te worden, is vooraf vastgelegd middels een vertaalslag van indicator (teller en noemer) naar een functioneel ontwerp (xml-document) voor de inrichting van EPD's. Hiermee is gestreefd naar een maximale betrouwbaarheid en minimale kans op manipulatie van data door fysiotherapeuten. Bij indicator 1c, 3 en 4 waren de uitkomsten te sterk beïnvloed door het type EPD, deze indicatoren hebben daarom een **rode** ('slecht') vlag gekregen en zijn niet in de openbare database opgenomen. Bij indicator 1b en 2 is de berekening aangepast door alleen de goed gevulde items mee te nemen, waardoor aan deze indicator een **oranje** ('matig') toegekend wordt. Indicator 1a, 5a en 5b krijgen een **groene** vlag.

Patiëntervaringen

Gegevens over de PE zijn *webbased* door patiënten aangeleverd. Hierbij geldt dat de zuiverheid van registratie maximaal is gewaarborgd in de webapplicatie door toepassing van diverse beperkingen en beveiligingen. Het aantal patiënten en de methode van uitnodiging (folder met unieke inlogcode) is vooraf beschreven.

Er zijn echter wel verschillen gevonden in indicatorscores tussen de vragenlijsten die zijn aangeleverd via de meetbureaus en rechtstreeks bij ITS (Kwaliefy). Deze verschillen bedragen 0,5-7,4% per indicator. In alle gevallen zijn de scores van Kwaliefy hoger dan bij de meetbureaus. Alleen bij indicator 4 (Bejegening) zijn de scores gelijk. Dergelijke verschillen zagen we ook vorig jaar. Mogelijk is selectiebias door de verschillende benadering van patiënten hieraan debet; de respondenten van de meetbureaus zijn per e-mail benaderd door het meetbureau, terwijl voor Kwaliefy de patiënten over het algemeen door de eigen therapeut zijn uitgenodigd om deel te nemen; het is mogelijk dat patiënten na benadering door hun eigen therapeut meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Op basis van de verschillen tussen de scores van de meetbureaus en ITS is derhalve aan alle indicatoren een **oranje** vlag ('matig') gegeven.

Praktijkorganisatie en Etalage informatie

Gegevens over POEI zijn *webbased* door een contactpersoon van de praktijklocatie aangeleverd. Zuiverheid van registratie is maximaal gewaarborgd in de webapplicatie door toepassing van diverse beperkingen en beveiligingen. Aan deze indicatoren is derhalve een **groene** vlag ('goed') gegeven.

Statistisch betrouwbaar onderscheidend

Fysiotherapeutisch Handelen

Om een verschil van 5% tussen praktijklocaties als betekenisvol te kunnen duiden, dienen tussen 16 en 147 dossiers aangeleverd te worden. Dit aantal geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken moet dit aantal met een factor 0,95 worden vermenigvuldigd en komt daarmee uit op 140. Het aantal praktijken met voldoende aantallen varieert van 0,3% tot 66,5%. De benodigde aantallen dossiers en percentages zijn na te lezen in tabel 6.

Patiëntervaringen

Bij de patiëntervaringen zijn tussen 6 en 91 vragenlijsten nodig om een verschil van 5% tussen praktijklocaties als betekenisvol te kunnen duiden. Dit aantal geldt voor meermanspraktijken. Voor solopraktijken moet dit aantal met factor 0,95 worden vermenigvuldigd en komt daarmee uit op minimaal 86 vragenlijsten. Het aantal praktijken met voldoende aantallen varieert van 1,6% tot 88,4%. De benodigde aantallen dossiers en percentages zijn na te lezen in tabel 6.

Verbeterpotentieel

Fysiotherapeutisch Handelen

De landelijke gemiddelde indicatorscores van het FH variëren van 89%-99% (zie figuur 2). Indicator 1a en 5a vertonen verbeterpotentieel, bij indicator 1b, 2 en 5b is deze verbeterruimte gering.

Patiëntervaringen

De landelijke gemiddelde indicatorscores van PE zijn vrij hoog en variëren van 83%-97% (zie figuur 2). Bij de indicatoren 1, 2 en 4 is er weinig ruimte voor verbetering.

Praktijkorganisatie en Etalage informatie

De landelijke gemiddelde indicatorscores van het thema POEI variëren van 50%-78% (zie figuur 2). Met een spreiding van 0-100% en voldoende praktijklocaties met een score buiten de spreiding rond het gemiddelde, is er voldoende ruimte voor verbetering.

In de voorgaande metingen is de Cronbach's Alpha berekend. Dit is geen onderdeel van het huidige projectvoorstel en om is deze reden hier niet weergegeven. Naar aanleiding van de discussies in de projectgroep van Zichtbare Zorg is er een discussiestuk in bijlage IV opgenomen over de betekenis van de Cronbach's Alpha van de PE-indicatoren.

Tabel 7 Overzicht van de kwaliteit van de indicatoren

Indicator	Inhoudsvaliditeit	Vergelijkbaarheid		Registratiebetrouwbaarheid	Statistisch betrouwbaar onderscheiden			Verbeterpotentieel
	Indicator-niveau	Casemix-correctie	kleur		Benodigde aantallen per praktijk ¹	Aantal praktijklocaties met voldoende dossiers	(%)	
FH					Range 16-147			
1a	goed	n.v.t.		goed	53	346	(9,0)	ja
1b	matig	n.v.t.		matig	41	6	(0,3)	weinig
1c ²	goed	n.v.t.		slecht	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.
2	matig	n.v.t.		matig	16	2846	(66,5)	weinig
3 ²	goed	n.v.t.		slecht	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.
4 ²	goed	n.v.t.		slecht	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.
5a	goed	n.v.t.		goed	147	34	(0,9)	ja
5b	goed	n.v.t.		goed	48	1180	(27,6)	weinig
POEI								
1	goed	n.v.t.		goed	n.v.t.	n.v.t.		ja
2	goed	n.v.t.		goed	n.v.t.	n.v.t.		ja
3	goed	n.v.t.		goed	n.v.t.	n.v.t.		ja
4	goed	n.v.t.		goed	n.v.t.	n.v.t.		ja
5	goed	n.v.t.		goed	n.v.t.	n.v.t.		ja
PE					Range 6-91			
1	goed	geen	goed	matig	9	3615	(76,2)	weinig
2	goed	geen	goed	matig	14	3110	(65,6)	weinig
3	goed	geen	goed	matig	18	2756	(58,1)	ja
4	goed	geen	goed	matig	6	4189	(88,4)	weinig
5	goed	geen	goed	matig	91	78	(1,6)	ja
6	goed	geen	goed	matig	45	1081	(22,8)	ja
7	goed	geen	goed	matig	63	292	(6,2)	ja
8	goed	geen	goed	matig	32	890	(18,8)	ja
9	goed	geen	goed	matig	75	223	(4,7)	ja
10	goed	geen	goed	matig	17	2820	(59,5)	ja

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

² Door inconsistenties in de data zijn van deze indicator geen klinimetrische eigenschappen berekend

3.5 Procesevaluatie

Schriftelijke procesevaluatie

Op de procesevaluatie hebben 124 fysiotherapeuten (41%) gereageerd. De respons van de fysiotherapeuten werkend met de vijf grote EPD's was goed verdeeld (16-20%).

De belangrijkste redenen om deel te nemen aan Kwaliefy waren het verkrijgen van inzicht in het eigen handelen, praktijkvoering en/of patiëntervaring (48%), een financiële vergoeding van de zorgverzekeraars (45%) en het handelen transparanter maken/het vak beter presenteren (37%).

Fysiotherapeutisch handelen

De belangrijkste belemmerende factor op organisatieniveau bleek de meetperiode tijdens de vakantieperiode (33%), de belangrijkste persoonlijke/externe belemmerende factor de tijdsinvestering (64%) en als EPD-gerelateerde factor werd de onoverzichtelijkheid van het systeem (40%) het meest genoemd. Daarentegen werd als belangrijkste bevorderende factor de duidelijkheid van het systeem genoemd (61%). Omdat deze antwoorden niet toe te schrijven bleken aan bepaalde EPD-systemen, kan hieruit afgeleid worden dat men verdeeld is over de ondersteunende waarde van het EPD.

Gemiddeld had 23% van de respondenten geen extra registratietijd voor Kwaliefy nodig, dit verschilde per EPD van 5% tot 50%. De registratietijd per patiënt was gemiddeld 17,4 minuten (zie tabel 7). Het merendeel vond dit teveel (61%), variërend per EPD (range 39-85%). Zij vonden dat het registreren van gegevens voor Kwaliefy gemiddeld 5,7 minuten per patiënt mag kosten.

Patiëntervaringen

Van de praktijken heeft 82% zelf patiënten benaderd voor het invullen van de vragenlijst patiëntervaringen. De praktijken die de vragenlijsten hebben aangeleverd via ITS benaderden gemiddeld 45 patiënten. Dit kostte gemiddeld 4,8 minuten per patiënt, terwijl zij vinden dat het maximaal 2,1 minuten mag kosten. Een klein deel van de respondenten (11%) heeft patiënten via een meetbureau laten benaderen. Zij waren gemiddeld 2,7 minuten kwijt voor het benaderen van één patiënt. Het resterende deel van de respondenten (7%) heeft geen gegevens aangeleverd.

Van de fysiotherapeuten die belemmerende factoren benoemden (n=27) voor het benaderen van patiënten voor het invullen van de vragenlijst werden het meest genoemd: patiënten zijn onervaren met computers (82%), patiënten hebben geen tijd of zijn niet gemotiveerd voor het invullen van de vragenlijst (67%) en patiënten hebben geen toegang tot internet/computer (60%). Het merendeel van de suggesties ter verbetering van de vragenlijst patiëntervaringen (52%) betrof het inkorten van de vragenlijst.

Praktijkorganisatie en etalage-informatie

Van de fysiotherapeuten die betrokken waren bij het invullen van de POEI vragenlijst heeft 70% de vragenlijst alleen ingevuld, de andere 30% van de praktijklocaties heeft dit samen met collega's gedaan. De gemiddelde tijd voor het invullen van de lijst was 24,6 (mediaan 20) minuten, terwijl 11,3 minuten acceptabel wordt gevonden. Het overgrote deel vond de vragenlijst begrijpelijk (72%).

Tabel 7 Tijdsinvestering fysiotherapeut

Thema	geschatte tijd in minuten ¹ (mediaan)	Acceptabele tijd in minuten ¹ (mediaan)
FH invullen 1 dossier	17,4 (15)	5,7 (5)
PE benaderen 1 patiënt	4,8 (4)	2,1 (1,5)
POEI invullen vragenlijst	24,6 (20)	11,3 (20)

¹ Exclusief 2,5% hoogste en laagste invultijden (afgerond naar hele dossiers)

Feedback

In 2011 stelt 69% van de respondenten het ontvangen van feedback op prijs en 57% geeft aan verbeteracties te gaan ondernemen; op het thema FH 30%; PE 28% en de praktijkorganisatie en etalage-informatie respectievelijk 15% en 13%. In 2009/2010 gaf nog 82% van de deelnemers aan de feedback op prijs te stellen en ondernam 86% verbeteracties (8). Dit betekent dat het gebruik van de feedback voor verbetering met een derde is afgenomen. Redenen om (vooral nog) geen verbeterplannen te maken is de onvolledigheid van het onderdeel FH (geen scores op een aantal indicatoren, geen *benchmark* scores en twijfel over de betrouwbaarheid van de scores door het lage aantal dossiers) en therapeuten die nog geen tijd hadden gehad om de feedback te bestuderen en daardoor nog niet konden zeggen of ze er iets mee gaan doen.

Totaal evaluatie deelname

Van de respondenten raadt 40% deelname aan bij collega's. Redenen die genoemd worden om niet deel te nemen zijn voornamelijk de tijdsinvestering en de twijfels over de betrouwbaarheid en kwaliteit van het meetsysteem. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde voor deelname in de toekomst een positieve beloning door de zorgverzekeraars. Echter, 60% van de respondenten geeft aan bij een vervolg van Kwaliefy opnieuw deel te willen nemen. Deze percentages zijn gelijk aan de meting 2009/2010.

Verbeterpunten

Op basis van de uitkomsten van de procesevaluatie zijn de volgende verbeteracties voor Kwaliefy geformuleerd:

- Fysiotherapeutisch Handelen:
 - Verlagen van de tijdsbelasting door vanuit de EPD's de gegevensverzameling beter te faciliteren;
 - Het verbeteren van de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren.
- Patiëntervaringen:
 - Inkorten van de vragenlijst;
 - Verlagen van tijdsbelasting door aanleveren vragenlijsten via meetbureaus te stimuleren of procedure van patiënten uitnodigen te vereenvoudigen.
- Praktijkorganisatie- en etalage-informatie:
 - Verlagen van tijdsbelasting door de dubbele vragen te verwijderen.

3.6 Gebruik van kwaliteitsinformatie door stakeholders

Ten tijde van het schrijven van dit rapport waren er nog geen resultaten beschikbaar. De resultaten zullen gepubliceerd worden in een Engelstalig artikel. Dit artikel zal met een Nederlandse samenvatting te downloaden zijn via de website www.iqhealthcare.nl.

4. DISCUSSIE

Bijna alle eerstelijns fysiotherapeuten (96,3%) hebben in 2011 deelgenomen aan Kwaliefy, een toename van 45% ten opzichte van de meting 2009/2010 (8). Gezien de grote deelname van het aantal fysiotherapeuten en de hoge scores op de te berekenen indicatoren over het FH kan gesteld worden dat bijna alle eerstelijns fysiotherapeuten een goede elektronische verslaglegging voeren. Het EPD ondersteunt de kwaliteit van de verslaglegging; dit is een belangrijke voorwaarde voor goede en veilige zorg (9).

De landelijke gemiddelde scores op de 23 (deel)indicatoren laten ook verder een beeld zien van goede kwaliteit van zorg: de praktijkcores op de indicatoren over het FH varieerden van 89% tot 97%; over de POEI van 50% tot 78%; en over de PE van 89% tot 97%. De patiënten zijn dus over het algemeen erg tevreden over de fysiotherapeutische zorg en de praktijklocaties onderscheiden zich nauwelijks bij de indicatoren over het FH en PE.

De scores op de indicatoren over de POEI verschillen sterker, zowel tussen de afzonderlijke indicatoren als tussen praktijklocaties. Deze indicatoren vertonen het grootste verbeterpotentieel. De spreiding van de scores zijn consistent met voorgaande metingen. Bij doorontwikkeling van de indicatoren heeft het voor de diverse stakeholders prioriteit om te richten op de FH-indicatoren.

Door inconsistenties in de aangeleverde data van de verschillende EPD's over het FH is over een drietal indicatoren geen landelijke score berekend en zijn twee indicatoren aangepast. Dit heeft de kwaliteit van de dataverzameling en de indicatorset verlaagd. Er is geen volledig beeld te geven van het methodisch handelen omdat juist de indicatoren die hierbij een belangrijke rol spelen, namelijk het gebruik van meetinstrumenten en het behaalde resultaat, niet inzichtelijk zijn geworden. De huidige FH-indicatoren geven dus alleen een beeld van de volledigheid van de registratie op onderdelen van het zorgproces.

Opvallend is dat er in 2011 aanzienlijk minder dossiers over het FH (-33%) en vragenlijsten over de PE (-4%) zijn aangeleverd, terwijl het aantal deelnemende fysiotherapeuten met 45% is toegenomen. Een verklaring voor de afname van de dossiers en vragenlijsten is dat in de voorgaande jaren een andere meetmethode is gehanteerd. In de voorgaande metingen werd fysiotherapeuten gevraagd om retrospectief met web-based vragenlijsten gegevens te verzamelen over het FH. In 2010 konden fysiotherapeuten bovendien de gegevens van de meting van 2009 meenemen en, indien nodig, aanvullen om de benodigde aantallen FH- en PE vragenlijsten aan te leveren. Fysiotherapeuten hadden zodoende meer gelegenheid om voldoende gegevens aan te leveren. Daarnaast konden zij retrospectief dossiers selecteren en dus patiëntendossiers invoeren die voor de meetperiode waren gestart. In 2011 werden voor het onderdeel FH alleen de dossiers meegenomen van patiënten die na aanvang van de meetperiode in behandeling zijn genomen en aan de inclusiecriteria voldeden. Voor het onderdeel PE is vooraf alleen gesteld dat er 50 patiënten benaderd moesten worden. Dit is niet haalbaar gebleken voor veel fysiotherapeuten; gemiddeld zijn 39,6 patiënten per fysiotherapeut benaderd om de vragenlijst in te vullen (gebaseerd op gegevens van de aanlevering van ITS). Door de betrekkelijk korte meetperiode zijn gegevens over het Fysiotherapeutisch Handelen aangeleverd van een selecte groep patiënten. Slechts 9% van de aangeleverde dossiers betrof patiënten met een chronische indicatie. Dat is minder in vergelijking met het normgegeven van het Nivel uit 2009 (17,6%) (10). Hierdoor is minder inzicht in het methodisch handelen van langdurig behandelde patiënten of patiënten met een lage behandel frequentie.

De procesevaluatie heeft uitgewezen dat de tijdsinvestering op alle drie onderdelen steeds nog te negatief wordt ervaren door de fysiotherapeut. De verwachting was dat de tijdsbelasting voor het thema FH zou verminderen door de automatische extractie van de gegevens uit het EPD. Hoewel er grote verschillen zijn gerapporteerd tussen de verschillende EPD's, is de gemiddelde tijd die fysiotherapeuten zeggen extra nodig te hebben voor het invoeren van gegevens voor Kwaliefy, nauwelijks afgenomen in vergelijking met de voorgaande meting. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de inrichting van het EPD dermate is veranderd en aangepast aan extractiemogelijkheden voor Kwaliefy, dat de fysiotherapeut meer tijd nodig heeft gehad voor het vastleggen van de klinische gegevens. Een andere verklaring is dat fysiotherapeuten nu meer tijd aan de verslaglegging besteden (en mogelijk de dossiers vollediger invullen).

Voor het onderdeel PE is de tijdsinvestering voor het zelf uitnodigen van patiënten door fysiotherapeuten (aanlevering via het ITS) groter dan benadering via de meetbureaus. Daarnaast zijn er systematische verschillen tussen in de scores tussen de meetbureaus en het ITS, mogelijk veroorzaakt door een selectiebias en het geven van sociaal wenselijke antwoorden door patiënten wanneer deze door hun eigen fysiotherapeut worden benaderd. Dit alles pleit ervoor om de benadering via externe meetbureaus te stimuleren.

Naar aanleiding van de feedback heeft 57% van de fysiotherapeuten aangegeven verbeteracties te ondernemen. Fysiotherapeuten die geen verbeteracties starten noemen als belangrijkste reden de onvolledigheid van de gegevens en twijfel over de betrouwbaarheid van de scores. Een langere meting waarbij (meer betrouwbare) scores worden teruggegeven op alle onderdelen en een set die gedragen wordt door alle partijen is daarbij van groot belang.

Kwaliteit meetinstrument

De kwaliteit van de indicatoren is van groot belang bij de interpretatie van de scores. De kwaliteit van de indicatoren, beoordeeld volgens de systematiek van de indicatorstandaard van Zichtbare Zorg, verschilt: de kwaliteit van de POEI-indicatoren is over het algemeen goed, terwijl de kwaliteit van de FH- en PE-indicatoren op onderdelen varieert van goed tot slecht.

Een verbeterslag in de *registratiebetrouwbaarheid* van de FH-indicatoren door reductie van verschillen tussen de verschillende EPD's, en van de PE-indicatoren door te kiezen voor één manier van gegevensverzameling, bij voorkeur via externe uitnodiging, zou in grote mate bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de indicatoren.

De indicatoren over het FH die door te grote verschillen tussen EPD's zijn aangepast (een aantal items is niet meegenomen in de berekening) of helemaal niet zijn berekend en opgenomen in de openbare database hebben geleid tot een vermindering van de *inhoudsvaliditeit* van de FH-set en van de aangepaste indicatoren.

Het *statistisch onderscheidend vermogen* is eveneens van groot belang bij het gebruik van kwaliteitsindicatoren en de interpretatie van de scores. Afhankelijk van het 'statistisch gedrag' van een indicator is een bepaald aantal waarnemingen per praktijk nodig om de kans op toevallige verschillen tussen praktijken te reduceren. De betrouwbaarheid van de indicatoren op dit gebied varieerde sterk. Voor het FH zouden, afhankelijk van de indicator, 16 tot 147 dossiers per praktijklocatie aangeleverd moeten worden om een betrouwbaar onderscheid van ten minste 5% te kunnen maken tussen praktijklocaties en ten opzichte van de *benchmark*. Bij 4 van de 5 FH-indicatoren volstaat 53 dossiers per praktijk, bij een gemiddelde praktijk met 4,8 fysiotherapeuten betekent dit 11 dossiers per therapeut. Bij 7 van de 10 PE-indicatoren volstaat 45 dossiers per praktijk, bij een gemiddelde praktijk betekent dit 9 vragenlijsten per fysiotherapeut. Dit is voor veel praktijken voor de meeste FH- en PE-indicatoren niet haalbaar gebleken. Bij een langere

meetperiode zal het eenvoudiger zijn om het minimale aantal benodigde dossiers en vragenlijsten aan te leveren.

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

De factoren die zijn getest zijn voor de *casemix* zijn leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, algemene gezondheidstoestand, behandeling al dan niet afgerond en het doel van de behandeling (volledig herstel of anders). Casemix analyses bij de indicatoren over de PE tonen aan dat er geen correcties nodig zijn.

Bij de interpretatie van de indicatorscores is het van belang om inzicht te hebben in de kwaliteit van de indicatoren. Tabel 7 laat zien dat de registratiebetrouwbaarheid een zwakke schakel is in de kwaliteit van veel indicatoren. Een verbeterslag in de registratiebetrouwbaarheid van de FH-indicatoren en de PE-indicatoren zou in grote mate bijdragen aan een verbetering van de indicatoren. Het is van groot belang dat voldoende dossiers en vragenlijsten worden aangeleverd zodat het % praktijklocaties met voldoende dossiers toeneemt. Bij Zichtbare Zorg wordt als norm 80% gehanteerd, voor de huidige meting was dit niet haalbaar maar dit dient wel het streven voor de toekomst te zijn. Daarnaast blijkt een aantal indicatoren weinig verbeterpotentieel te hebben. Indien het verbeterpotentieel laag blijft bij een goede registratiebetrouwbaarheid en de inhoudsvaliditeit van de totale set niet in het geding komt, kan overwogen worden om de betreffende indicatoren te verwijderen.

Ten slotte is gekeken naar het *verbeterpotentieel* van de indicatoren. Daarnaast blijken enkele FH- en PE-indicatoren weinig verbeterpotentieel te hebben. Indien het verbeterpotentieel laag blijft bij een goede registratiebetrouwbaarheid en de inhoudsvaliditeit van de totale set niet in het geding komt, kan overwogen worden om de betreffende indicatoren aan te passen of te verwijderen.

Herziene KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging

Op 1 april 2012 is de herziene KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging in werking getreden (11). Dit was gelijk aan de start van de meetperiode, waardoor de aanpassingen niet meer konden worden meegenomen in de Kwaliefy-meting 2011. Bij de implementatie van deze richtlijn in de EPD's zal rekening gehouden moeten worden met de extractie van gegevens voor Kwaliefy. Eén van de aandachtspunten daarbij is rapportage in 'verhalende vorm'. Dit maakt gegevensverzameling lastiger. Er zal dus gekeken moeten worden naar de inrichting van EPD's zodanig dat kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt kan worden, indien mogelijk met inachtneming van de KNGF-richtlijn. Voor het FH is de richtlijn Verslaglegging nooit een doel op zich geweest, maar enkel een middels ondersteunend aan het proces

Doorontwikkeling indicatoren

Eén van de doelen van Kwaliefy is een set van kwaliteitsindicatoren die toepasbaar is op alle eerstelijns fysiotherapeuten. Dit heeft geleid tot een generieke set van FH-indicatoren die op een algemeen niveau een uitspraak kan doen over de fysiotherapeutische verslaglegging. De fysiotherapeutische verslaglegging is het uitgangspunt om het methodisch handelen te toetsen. De huidige FH-indicatoren leggen nog geen verband tussen de verschillende fasen in het diagnostisch en het therapeutisch proces. De verschillende stakeholders in de projectgroep van

Zichtbare Zorg hebben aangegeven zich bij doorontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren vooral te willen richten op de FH-indicatoren.

Een voorwaarde voor toekomstige Kwaliefy-metingen op het gebied van het fysiotherapeutisch handelen is een uniforme aanlevering van de gegevens uit de verschillende EPD's. Op basis van de resultaten van de meting 2011 stellen wij een aantal aanpassingen voor. Er dient een traject opgestart dienen te worden waarin de problematiek met de huidige uitvraag van de FH-indicatoren wordt opgelost. Daarnaast biedt de set van indicatoren mogelijkheden voor een verdere verfijning en het verder transparant maken van het methodisch handelen; om de logische samenhang tussen de stappen in het fysiotherapeutisch proces te volgen kan gekeken worden naar wat er in de dossiers is ingevuld om de redenering van de fysiotherapeut inzichtelijk te maken. Hiervoor worden algoritmen ontwikkeld, systematische beschrijvingen van de logische samenhang tussen stappen in het zorgproces. Hiermee kunnen in de toekomst ook relaties worden gelegd tussen proces- en uitkomstindicatoren. Gekoppeld aan de behandeldoelen en het resultaat van de behandeling kunnen valide en betrouwbare normscores ontwikkeld worden, die specifiek inzicht geven in differentiatie in kwaliteit van de geleverde zorg (uitkomstindicatoren). Tevens kunnen *benchmarks* berekend worden voor verschillende patiëntengroepen.

Voor de doorontwikkeling op korte termijn bevatten deze aanpassingen de volgende onderdelen:

- Technisch: aanpassing van de praktijksoftware is gericht op het wegnemen van de verschillen tussen de EPD's. Om de inconsistenties tussen de EPD's te achterhalen zal allereerst gekeken moeten worden naar het functioneel ontwerp en de interpretatie van de definities door de verschillende EPD-leveranciers. Vervolgens zal per EPD de vertaling hiervan moeten worden doorgenomen in de verschillende categorieën die de EPD's hanteren. Tenslotte dient de omzetting van de gegevens in indicatorscores getoetst te worden om na te gaan in welke mate de uitvoering geslaagd is. Dit kan getest worden door middel van vignetten (patiëntbeschrijvingen).
- Inhoudelijk: rubricatie van de volgende items van het FH; hulpvraag, diagnose, verwacht herstel, hoofddoel SMART in rubrieken, scores op meetinstrumenten
- Inhoudelijk: registreren extra achtergrond variabelen, zoals o.a. het aantal behandelingen, type verrichtingen en reden afsluiting traject.

Naast een verfijning van de huidige generieke FH-indicatoren kunnen nieuwe indicatoren ontwikkeld worden voor specifieke aandoeningen. Hierbij kan aangesloten worden bij bestaande initiatieven en richtlijnen. Aandoeningen die veel worden behandeld door eerstelijns fysiotherapeuten zijn rugklachten en nek/schouderklachten (6). Voor een chronische aandoening zouden kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapeutische zorg aan patiënten met COPD ontwikkeld kunnen worden. Een beperking van aandoeningspecifieke indicatoren is dat deze niet op alle patiënten van toepassing zijn.

Aanbevolen wordt om de doorontwikkeling eerst in een pilot uit te zetten. Hierbij kan gedacht worden aan het testen met één EPD. De handleiding voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen (12) kan hieraan bijdragen.

Tot slot

Bij de meting in 2011 kent het aantal deelnemende fysiotherapeuten een forse stijging. Helaas heeft dit niet geleid tot een betere transparantie van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg zoals vooraf verwacht. Dit komt deels door te lage aantallen dossiers en vragenlijsten en deels door registratieproblemen. Doordat voor de meting 2011 een EPD noodzakelijk was, heeft dit er toe geleid dat er meer gebruik gemaakt wordt van EPD's. Hierdoor worden fysiotherapeuten ondersteund in de registratie en het methodisch handelen, waarmee een belangrijke kwaliteitsstap is gezet.

De indicatoren moeten jaarlijks worden geëvalueerd en bijgesteld op basis van ontwikkelingen in het veld, zoals recent de herziening van de KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging of nieuwe wetenschappelijke inzichten ten aanzien van bijvoorbeeld de klinimetrische eigenschappen van de indicatoren, ervaringen van fysiotherapeuten en patiënten met het aanleveren van de gegevens en de informatiebehoeften van stakeholders.

REFERENTIES

- (1) Braam C, Braspenning JCC. Eindrapport Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy) en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Nijmegen: IQ healthcare; 2010.
- (2) Neeleman-van der Steen CWM, Ven Gvd, Krol MW, Bie RA de, Oostendorp RAB, Braspenning JCC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie (Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie). Het ontwikkelen en testen van een basisset van kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare; 2009.
- (3) Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie voor Patientervaringen (PE): de PE vragenlijst versus de Consumer Quality Index (CQI). Nijmegen: IQ healthcare UMC St Radboud; 2009.
- (4) Beersen N, Berg M, Koolman X. Zichtbare Zorg Indicatorstandaard. Methodologische criteria voor de ontwikkeling en evaluatie van zorginhoudelijke indicatoren. Den Haag: Zichtbare Zorg; 2010.
- (5) Kenens, RJ, Hingstman, L. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 1 januari 2010. Utrecht: NIVEL, 2011.
- (6) Kooijman MK, Swinkels ICS, Leemrijse C, de Bakker D, Veenhof C. Jaarcijfers 2010 en trendcijfers 2006-2010 fysiotherapie. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, <http://nivel.nl/lipz>.
- (7) Swinkels ICS, Kooijman MK, Tol J, Veenhof C. Beschouwing jaarcijfers LIPZ 2009. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, <http://nivel.nl/lipz>, 2010.
- (8) Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie (Kwaliefy). Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010. Nijmegen: IQ healthcare; 2010.
- (9) Dulmen SA van, Tacken MAJB, Staal JB, Wensing MJP, Nijhuis-van der Sanden MWG. Incidenten in eerstelijns paramedische praktijken. Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie 2011;121(4): 162-175.
- (10) Kooijman MK, Swinkels ICS, Barten JA, Veenhof C. Fysiotherapeutisch zorggebruik door patiënten met een chronische aandoening in de periode 2006-2009. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2011.
- (11) Heerkens YF, Hendriks HJM, de Graaf VB. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie.2011;121(1).
- (12) Neeleman-van der Steen CWM, Braspenning JCC, Hendriks HJM, Nijkraake MJ, Rutten GMJ, Dulmen S, et al. Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen. Een Handleiding. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare; 2009.
- (13) Jarvis CB, Mackenzie SB, Podsakoff PM. A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research. J Consumer Research 2003;30(2):199-218.

BIJLAGE I

Lijst met afkortingen

CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
CQI	Consumer Quality index
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
FH	Fysiotherapeutisch Handelen
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ healthcare	Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg (Scientific Institute Quality of Healthcare)
ITS	Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PE	Patiëntervaringen
POEI	Praktijkorganisatie en Etalage-informatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZiZo	Zichtbare Zorg

BIJLAGE II

Definities Kwaliteits indicatoren 2009-2010

Indicator 1	Methodisch gehandeld tijdens screening Het percentage DTF- patiënten bij wie in het screeningsproces de hulpvraag is geïnterviewd en vastgelegd en de conclusie van de screening is vastgelegd.
Indicator 2	Methodisch gehandeld tijdens diagnostisch proces Percentage patiënten bij wie in het diagnostisch proces de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose is geïnterviewd en vastgelegd.
Indicator 3	Methodisch gehandeld bij vaststellen doelen Percentage patiënten bij wie behandelgoal(en) zijn geïnterviewd en vastgelegd op basis van de hulpvraag en de fysiotherapeutische diagnose.
Indicator 4	Methodisch gehandeld tijdens therapeutisch proces Percentage patiënten bij wie in het therapeutisch proces behandelgoals, verrichtingen en resultaten zijn geïnterviewd en vastgelegd en waarbij het beoogde eindresultaat is behaald.
Indicator 5	Behandelresultaat vastgesteld Percentage patiënten bij wie het behandelresultaat (subjectief/objectief) is geïnterviewd en vastgelegd.
Indicator 6	Beoogd behandelresultaat subjectief behaald Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandelgoalstelling(en), bij aanvang en aan het eind van de behandeling subjectief door de fysiotherapeut zijn vastgesteld, is (zijn) behaald.
Indicator 7	Beoogd behandelresultaat objectief behaald Percentage patiënten bij wie de vooraf beoogde behandelgoal(en), die bij aanvang en aan het eind van de behandeling objectief (in maat en getal) is (zijn) vastgesteld, is (zijn) behaald.
Indicator 8a	Overleg met DTF-patiënt Percentage DTF-patiënten bij wie het zorgverleningsproces is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.
Indicator 8b	Overleg met verwezen patiënt Percentage verwezen patiënten bij wie het zorgverleningsproces is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.

Definities Kwaliefy indicatoren 2011

Indicator 1a	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij DTF-patiënten bij screening
	Het percentage DTF-patiënten bij wie de contactreden, de hulpvraag; de medische voorgeschiedenis; de conclusie 'pluis' van de screening; de fysiotherapeutische diagnose en indicatie fysiotherapie is vastgelegd.
Indicator 1b	Methodisch handelen bij DTF-patiënten met conclusie 'niet pluis'
Definitie aangepast	Het percentage DTF-patiënten waarbij de contactrede en de conclusie 'niet pluis' is vastgelegd. De subvraag 'advies' is niet meegenomen.
Indicator 1c	Methodisch handelen screening en diagnostiek bij verwezen patiënten
Niet in openbare database	<i>Het percentage verwezen patiënten bij wie de contactreden, de hulpvraag; de medische voorgeschiedenis; de fysiotherapeutische diagnose en indicatie fysiotherapie is vastgelegd</i>
Indicator 2	Methodisch handelen bij vaststellen behandelplan
Definitie aangepast	Het percentage patiënten met een indicatie fysiotherapie bij wie tenminste het hoofddoel en de verwachting over het te behalen hoofddoel is vastgelegd. De subvragen tijdpad en subdoel" zijn niet meegenomen.
Indicator 3	Gebruik meetinstrumenten
Niet in openbare database	<i>Het percentage patiënten met indicatie fysiotherapie bij wie een meetinstrument is gebruikt.</i>
Indicator 4	Resultaat behandeling
Niet in openbare database	<i>Het percentage patiënten met indicatie fysiotherapie bij wie het behandelresultaat van het hoofddoel en ten minste één subdoel is vastgelegd.</i>
Indicator 5a	Overleg en akkoord screening
	Het percentage DTF-patiënten bij wie het resultaat van de screening is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.
Indicator 5b	Overleg en akkoord behandelplan
	Het percentage behandelde patiënten bij wie het behandelplan is besproken met en akkoord bevonden door de patiënt.

BIJLAGE III

criterium	Kleur	Betekenis
Inhoudsvaliditeit (set)	Groen	<i>Relevante fasen zorgproces</i> Alle relevante zorgonderdelen zijn opgenomen in de indicatorset, waaronder ten minste aandacht voor het cliëntenresultaat. <i>Relevante kwaliteitsdomeinen</i> De zorginhoudelijk meest relevante kwaliteitsdomeinen worden gedekt.
	Oranje	Enkele relevante zorgfasen en kwaliteitsdomeinen zijn in de set opgenomen, maar belangrijke aspecten ontbreken.
	Rood	De indicatorset omvat geen of nauwelijks relevante zorgfasen en kwaliteitsdomeinen.
Inhoudsvaliditeit (indicator)	Groen	Een eenduidige relatie tussen de uitkomstindicator en het zorgproces is beschreven; <i>Of</i> in het geval van een proces- of structuurindicator, de relatie tussen het structuur- of proceskenmerk en de zorguitkomsten is beschreven. Deze relatie is onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek (ten minste graad C bewijskracht), of, indien dit onderzoek niet voorhanden is, op basis van consensus (graad D bewijskracht) onder deskundigen middels een voorgeschreven methodiek.
	Oranje	Een eenduidige relatie tussen de uitkomstindicator en het zorgproces is niet beschreven. Of, in het geval van een proces- of structuurindicator, de relatie tussen het structuur- of proceskenmerk en de zorguitkomsten is niet beschreven. Tegelijkertijd is er geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twifelen; <i>Of</i> De relatie is onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek (ten minste graad C bewijskracht), en er is een matige of een niet eenduidige relatie tussen het zorgproces en de zorguitkomsten; <i>Of</i> De relatie is onderbouwd door consensusoordeel van deskundigen, de gevolgde consensus methodiek is echter onvoldoende.
	Rood	Een eenduidige relatie tussen de uitkomstindicator en het zorgproces is niet beschreven. Of de relatie tussen het structuur of proceskenmerk en de zorguitkomsten is niet beschreven. Bovendien zijn er redenen om aan het bestaan van deze relatie te twifelen.
Vergelijkbaarheid	Groen	Een zorgzwaarte correctie methodiek wordt gehanteerd waarbij zowel de gehanteerde methodiek als de geselecteerde variabelen voor correctie goed zijn onderbouwd; <i>Of</i> er is onderbouwd dat er geen verschillen in populatiesamenstelling tussen zorgaanbieders zijn die de indicator in significante mate beïnvloeden. In sommige gevallen kan het evident zijn dat casemixcorrectie <i>niet</i> nodig is. In een dergelijk geval kan ook zonder expliciete onderbouwing een 'goed' worden gescoord.
	Oranje	Indien bij een procesindicator zonder adequate onderbouwing wordt afgezien van correctie voor versturende factoren; <i>Of</i> de zorgzwaarte correctie methodiek die wordt gehanteerd neemt niet de relevante zorgzwaarte variabelen mee of is anderszins beperkt onderbouwd
	Rood	Indien bij een uitkomstindicator zonder onderbouwing wordt afgezien van correctie voor versturende factoren; <i>Of</i> indien bij een uitkomst- of procesindicator het op basis van literatuur of <i>expert opinion</i> relevant wordt geacht een correctie uit te voeren, maar hierin niet of marginaal is voorzien.

Registratie betrouwbaarheid	Groen	De indicator is helder, precies en volledig omschreven, inclusief beschrijving van <i>wat</i> er wordt gemeten, de in- en exclusiecriteria van de doelpopulatie, de teller/noemer (indien relevant) en het meetinstrument (indien relevant). De meet-, registratieberekenings- en rapportage instructies zijn volledig en precies omschreven. In het geval dat een meetinstrument wordt gebruikt gaat het om een gevalideerd instrument. Indien meerdere meetinstrumenten zijn toegestaan is aangetoond dat de meetinstrumenten dezelfde uitkomsten genereren in dezelfde omstandigheden. Data worden (elektronisch en) eenduidig op cliëntniveau vastgelegd, idealiter tijdens het zorgproces zelf. De tijdigheid, correctheid en volledigheid van deze vastlegging is geborgd via procedures of kwaliteitscontroles, waaronder autorisatie door de verantwoordelijke professional indien die professional niet zelf de gegevens heeft vastgelegd. Ook zijn de vastgelegde data retrospectief controleerbaar (op cliëntniveau), inclusief gelogde informatie over datum van vastlegging, wijzigingen, auteur, enzovoort. Er is, met andere woorden, minimale ruimte voor datamanipulatie.
	Oranje	De indicator en bijbehorende definities en instructies zijn niet scherp omschreven en de indicator is voor meerdere interpretaties vatbaar; <i>Of</i> Data worden elektronisch vastgelegd, en worden door zorgaanbieders zelf gebruikt voor interne verbetering en sturing. Er is echter geen sprake van borging van de tijdigheid, correctheid en volledigheid van de registratie door procedures of kwaliteitscontroles. Eventuele datamanipulatie is niet uit te sluiten.
	Rood	De indicator is niet scherp omschreven, doelpopulaties zijn niet scherp afgebakend of het meetinstrument is niet gespecificeerd of niet gevalideerd; <i>En/of</i> Data worden niet op cliëntniveau vastgelegd, zijn niet tijdig, correct of volledig, of kunnen niet retrospectief worden gecontroleerd op cliëntniveau.
Statistisch betrouwbaar onderscheiden	Groen	Het is aangetoond (ex post) of onderbouwd (ex ante) dat voor 80% van de boven of onder gemiddeld presterende zorgaanbieders met 5% significantieniveau geconcludeerd kan worden dat deze boven- of ondergemiddelde score niet op toeval berust.
	Oranje	Het vermogen om statistisch betrouwbaar te onderscheiden is niet afdoende onderbouwd, maar het lijkt waarschijnlijk dat voor 80% van de boven of onder gemiddeld presterende zorgaanbieders met 5% significantieniveau geconcludeerd kan worden dat deze boven- of ondergemiddelde score niet op toeval berust; <i>Of</i> Het is aangetoond (ex post) of onderbouwd (ex ante) dat voor 50% van de boven of onder gemiddeld presterende zorgaanbieders met 10% significantieniveau geconcludeerd kan worden dat deze boven- of ondergemiddelde score niet op toeval berust.
	Rood	Statistisch betrouwbaar onderscheiden is niet afdoende onderbouwd, en het lijkt onwaarschijnlijk dat voor 50% van de boven of onder gemiddeld presterende zorgaanbieders met 10% significantieniveau geconcludeerd kan worden dat deze boven- of ondergemiddelde score niet op toeval berust; <i>Of</i> Het is aangetoond (ex post) of onderbouwd (ex ante) dat voor minder dan 50% van de boven of onder gemiddeld presterende zorgaanbieders met 10% significantieniveau geconcludeerd kan worden dat deze boven- of ondergemiddelde score niet op toeval berust.

BIJLAGE IV

	Indicator	Cronbach's alpha	Aantal items	Soort schaal
1	Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk	0,43	8	Formatief
2	Accommodatie	0,64	6	Formatief
3	Communicatie en informatie	0,81	10	Reflectief
4	Bejegening	0,64	7	Reflectief
5	Samenwerking	0,28	3	Formatief
6	Zelfstandigheid	0,75	4	Reflectief
7	Algemeen (subjectief) resultaat van de behandeling	0,66	2	Formatief
8 ¹	Specifiek (objectief) resultaat van de behandeling	-	1	
9 ¹	Behandelperiode	-	1	
10	Patiëntenrechten	0,61	7	Formatief

¹ Indicator gebaseerd op 1 item waardoor geen cronbach's alpha is berekend

Naast de kwaliteitscriteria van Zichtbare Zorg is er binnen de projectgroep van Zichtbare Zorg een discussie gevoerd over de (lage) *Cronbach's alpha* (een maat voor de interne consistentie van een schaal of indicator die uit meerdere items bestaat) van enkele PE-indicatoren. Bij een aantal stakeholders bestond de zorg dat een lage Cronbach's alpha een lage inhoudsvaliditeit betekende. Voor een juiste interpretatie van de Cronbach's alpha is het van belang onderscheid te maken tussen reflectieve en formatieve indicatoren (13). Reflectieve indicatoren meten een onderliggend concept waarbij een causaal verband bestaat van het concept naar de onderliggende items; het te meten concept verandert niet als er andere items gekozen worden, bijvoorbeeld in een angst- of depressieschaal. De items zouden onderling hoog gecorreleerd moeten zijn aangezien ze alle een afspiegeling zijn van hetzelfde concept (angst of depressie). In het geval van de patiëntervaringen binnen KwaliEfy zijn de indicatoren meer formatief van aard; veranderingen in de individuele items veroorzaken veranderingen in de indicator. Bijvoorbeeld indicator 1 'Bereikbaarheid en toegankelijkheid': door experts is vastgesteld welke onderwerpen hierbij van belang zijn en vervolgens zijn er 8 items gekozen waaraan een praktijk moet voldoen om goed bereikbaar en toegankelijk te zijn. Deze items zijn niet inwisselbaar door andere items en kunnen totaal ongecorreleerd zijn, zoals 'telefonisch goed bereikbaar' en 'praktijk goed bereikbaar'. Wat deze items bindt is dat men vindt dat ze alle iets zeggen over bereikbaarheid en toegankelijkheid. De PE-indicatoren die meer reflectief van aard zijn, zoals indicator 3 'Communicatie en informatie', indicator 4 'Bejegening' en indicator 6 'Zelfstandigheid', vertonen ook een hogere Cronbach's alpha (respectievelijk 0,81; 0,64 en 0,75). Dus bij de reflectieve indicatoren is de Cronbach's alpha net als voorgaande jaren voldoende.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

- Ontwikkelen van publieke kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns fysiotherapie (PIF)
- Implementatie onderzoeken naar KNGF-richtlijnen met daarbij het meten van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen volgens KNGF-richtlijnen (ProKwaF)
- Het ontwikkelen van een web-based registratiesysteem voor de eerstelijns fysiotherapie (inclusief feedbackrapportage).
- Het opzetten van de NHG-Praktijkaccreditering (expertise vooral op de inhoud van het model)
- Vaststellen van de publieke indicatoren voor de huisartsenzorg.
- Uitwerken van een model voor 'pay-for-performance' in de huisartsenpraktijk.
- Publieke indicatoren eerstelijnszorg bij diverse aandoeningen, zoals COPD en specifieke lage-rugpijn

Publicaties

- Dulmen van SA, Tacken MAJB, Staal JB, Wensing MJP, Nijhuis-van der Sanden MWG. Incidenten in eerstelijns paramedische praktijken. *Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie* 121(4), 162-175. 2011.
- Neeleman-van der Steen CWM, Krol MW, Feskens R, Calsbeek H, Braspenning JCC. Kwaliteitsindicatoren Eerstelijns Fysiotherapie. Landelijke uitrol van de basisset 2009-2010. Nijmegen, IQ healthcare, 2010.
- Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit? *Phys Ther* 2010, 90(8):1111-22.
- Van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol, R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Vier klinimetrische criteria. *Huisarts Wet* 2010, 53(3): 141-6.
- Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, Van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, Klomp M, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk. Een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen, IQ healthcare, 2009.
- Calsbeek H, Maassen I, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn. Deel acht uit de twaalfdelige serie van het Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute Zorg - publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2009.
- Neeleman-van der Steen CWM, Van de Ven G, Krol MW, De Bie RA, Oostendorp RAB, Braspenning JCC. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie (Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie). Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare/CEBP 2009.
- Neeleman-van der Steen CWM, Braspenning J, Hendriks HJM, Nijkraake MJ, Rutten GMJ, Van Dulmen S, et al. Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren voor KNGF-richtlijnen. Een Handleiding. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare; 2009.
- Van Dulmen S, Schlieff A, Oostendorp R, Nijhuis-van der Sanden. Eindrapport Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie-3 (ProKwaF-3). Nijmegen: IQ healthcare 2009.