

Kwaliteit kent een Keurmerk



Keurmerk Fysiotherapie

Dataverzameling

Versie 6.3

Stichting Keurmerk Fysiotherapie

INHOUD

1. Inleiding.....	3
<i>Data verzamelen. Waarom?.....</i>	<i>3</i>
<i>Hoe maak je het leuk en betekenisvol?.....</i>	<i>3</i>
<i>Word ik afgerekend als er een paar metingen tekortkomen?.....</i>	<i>4</i>
<i>Hoe ziet dat er in de praktijk uit?.....</i>	<i>4</i>
<i>Hoe borgen we de kwaliteit wanneer we samen willen verbeteren?.....</i>	<i>5</i>
<i>Hoe past de visitatie hierin?.....</i>	<i>6</i>
2. Basisgegevens dossiervoering.....	7
3. Meetinstrumenten per diagnosegroep.....	8
3.1. <i>Musculoskeletaal.....</i>	<i>8</i>
3.2. <i>Chirurgie.....</i>	<i>9</i>
3.3. <i>Centraal Neurologisch.....</i>	<i>10</i>
3.4. <i>Respiratoir en Cardiovasculair.....</i>	<i>11</i>
3.5. <i>Overig.....</i>	<i>13</i>
3.6. <i>Kind.....</i>	<i>15</i>
4. Opmerkingen.....	16

1. INLEIDING

DATA VERZAMELEN. WAAROM?

Data verzamelen gebeurt om de volgende redenen.

- Meten van patiënten gedurende het behandelproces vergemakkelijkt de behandeling en kan haar efficiënter en doelmatiger maken. Betekenisvol meten.
- Data worden gebruikt als input in een lerend systeem. We leren zelf als therapeut van het vastleggen van patiënt kenmerken en uitkomsten. We leren ook door die uitkomsten onder elkaar, in een veilige ‘peer review’ omgeving te vergelijken.
- Data kunnen worden gebruikt voor aantonen van de waarde van fysiotherapie (value based health care). Dit wordt des te belangrijker om bijvoorbeeld substitutie van zorg aan te tonen.
- Data worden gebruikt om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren en te stimuleren. Wetenschappelijk onderzoek versterkt het vak en toont aan wat het nu al waard is.

HOE MAAK JE HET LEUK EN BETEKENISVOL?

Data verzamelen moet zinvol zijn voor de behandeling van de patiënt. Daarom vergezellen we de dataverzameling met activiteiten die u kunnen helpen het verrichten en vastleggen van metingen aantrekkelijk en betekenisvol te maken.

- We hebben een specifieke datamodule voor in de peer review ontwikkeld samen met IQ Health Care. De meeste coaches zijn bijgeschoold hoe deze peer review module optimaal in te zetten. Deze is te vinden op onze website onder de kop *Therapeut – Keurmerk Documenten – Peer Review Thema’s*.
- We hebben twee e-learnings ontwikkeld ‘hoe gebruik ik data in de praktijk’ en ‘data en besluitvorming in de fysiotherapie’, samen met het NPI. In deze e-learnings wordt duidelijk hoe u de uitkomsten van uw metingen kunt gebruiken om uw behandeling effectiever, efficiënter en leuker te maken. Deze kunt u volgen via de website van het NPI.
- We ontwikkelen periodieke rapportages door op geleide van uw wensen. Deze rapportages ontvangt u drie maandelijks (6 weken na elk kwartaal) op het praktijkadres dat bij ons bekend is.

WORD IK AFGEREKEND ALS ER EEN PAAR METINGEN TEKORTKOMEN?

Nee.

Ontbrekende data kunnen een veelheid van oorzaken hebben, variërend van niet willen meedoen door patiënten, niet meten door therapeuten, EPD-software die niet is afgestemd op de export of de ontvangst en verwerking van de data door het Nivel. De bedoeling is dat we samen werken aan de kwaliteit van onze zorg en het aantonen van de kracht van ons vak naar externe stakeholders (patiënten, verzekeraars, overheid). Dat betekent ook dat we samen moeten werken aan het analyseren van missers in de dataverzameling en het oplossen van problemen hierin. Mist uw praktijk data, dan onderzoeken we eerst waar dit door veroorzaakt wordt, daarna lossen we het gezamenlijk op. Pas als een praktijk bij herhaling niet meewerkt aan een oplossing heeft dit consequenties voor de registratie. Op die manier leidt dat uiteindelijk tot de gewenste betrouwbaarheid van de dataverzameling.

Let op! **Het is vanzelfsprekend van groot belang dat de vragenlijsten door de patiënt zelf worden ingevuld!** Dit is de enige manier om objectief en betrouwbaar de uitkomsten van onze fysiotherapeutische zorg te gebruiken, zowel voor het leerproces voor onszelf als om de waarde van fysiotherapie zorgbreed aan te tonen. Het is ook goed te beseffen dat er **geen consequenties aan de uitkomsten van uw zorg worden gesteld**. Niemand zal worden afgerekend omdat zijn/haar patiënten minder snel beter worden of minder opknappen. De uitkomsten dienen slechts als input voor het leren. Het is niet de bedoeling, maar mocht dit ooit veranderen, dan zal dit ruim en duidelijk van tevoren worden aangekondigd. Magere uitkomsten van zorg leiden tot tips, trucs en leren van elkaar in een veilige omgeving, zelf invullen voor een patiënt is fraude en leidt tot uitsluiting uit het register.

HOE ZIET DAT ER IN DE PRAKTIJK UIT?

U registreert data conform de onderstaande schema's. Deze schema's kennen een algemeen onderdeel dat voor alle aandoeningen geldt, en onderdelen specifiek voor groepen aandoeningen. De cursieve en blauw gekleurde instrumenten zijn adviezen, die het gemakkelijker moeten maken onderling te vergelijken.

Het is de bedoeling dat de PROMS, de metingen waarin de patiënt aangeeft hoe de klacht door hem/haar wordt ervaren, door de patiënt worden ingevuld in afwezigheid van de therapeut. Bij baseline metingen gebeurt dit bij voorkeur net voorafgaand aan de 1^e behandeling. Bij de eindmeting bij voorkeur tijdens of direct na de laatste behandeling. Bedenk dat de mate waarin een patiënt opknapt irrelevant is voor de visitatie of de monitoring van kantoor. Het gaat erom dat de werkelijke waarden worden ingevuld zodat we van elkaar kunnen leren wat helpt en wat niet. **U wordt niet afgerekend op slechte uitkomsten.** Vanzelfsprekend is dit wel een mooi item om in de peer review en/of de visitatie te bespreken. Wederom om van elkaar te leren.

Voor de algemene criteria (basis dossiervoering) en de criteria voor patiënten met lage rugpijn of COPD geldt als indicator het percentage ingevulde metingen per meetinstrument. Er zijn twee

normen, een minimale norm en een streefnorm. **De minimale norm dient behaald te worden** en wordt gemonitord door het kantoor van het Keurmerk. De **streefnorm** is onderwerp van gesprek in de visitatie, uitsluitend en alleen als ‘peers’ om elkaar te helpen, **dus niet als te behalen norm**.

HOE BORGEN WE DE KWALITEIT WANNEER WE SAMEN WILLEN VERBETEREN?

Dat doen we als volgt:

In de data-export controleren we om de paar maanden in welke mate de criteria zoals in het schema hieronder worden opgevolgd. Dan zijn er verschillende mogelijkheden.

- De minimum criteria en de streefcriteria worden behaald. U heeft de dataverzameling top voor elkaar.
- De minimum criteria worden wel behaald, de streefcriteria niet. U heeft de dataverzameling goed voor elkaar.
- U behaalt een aantal van de minimum criteria niet. U ontvangt van ons bericht welke criteria nog niet in orde zijn. U kunt ervoor kiezen hier zelf aan te werken. Als u er niet uitkomt kunnen wij u helpen te kijken waar het aan ligt. Als u denkt dat het niet aan uw eigen registratie ligt horen wij sowieso heel graag want dan kunnen wij uitzoeken waar het wel aan ligt en daarmee de verzameling robuuster maken.
- U behaalt een aantal van de minimum criteria voor de twee keer niet, zonder dat wij ervan op de hoogte zijn dat eraan wordt gewerkt. Wij nemen contact op, vragen na, bieden hulp aan afhankelijk van de oorzaak. Ligt de oorzaak bij de therapeut dan kunnen wij u uitleg, scholing of zelfs begeleiding van uw praktijk in het hele proces, in company, aanbieden. Scholing en in company begeleiding zijn op uw verzoek en vrijwillig, maar gaan wel gepaard met kosten. Ligt de oorzaak binnen de Keurmerk procedures (EPD-aansluiting, export, verwerking data) dan kost u dat niets. Dat is in het belang van alle partijen.
- Blijft een verbetering geheel uit, ook bij een derde keer terwijl de oorzaak binnen uw invloedssfeer ligt, of is er niet de bereidheid te verbeteren, dan wordt het bestuur van het SKF geïnformeerd over de situatie en neemt een besluit over vervolgstappen. Verwijdering uit het register is onvermijdelijk als niet aan alle criteria, zonder uitzondering, wordt voldaan. Als gezegd, dat is verre van de bedoeling. Wij willen graag dat alle deelnemers op Keurmerk niveau data verzamelen, dus doen er alles aan om mensen mee te krijgen op dat niveau. Zolang we samen werken aan verbetering is er niets aan de hand.



HOE PAST DE VISITATIE HIERIN?

De Keurmerk visitatie is een 'peer' visitatie. Het is een formatief gesprek, zonder afreken doel en dat blijft ook zo. Een gesprek onder gelijken in een veilige omgeving verbetert de zorg meer dan strakke afrekenvereisten.

Zes tot acht weken na elk kwartaal ontvangt u een datarapportage met o.a. de uitkomsten op de meetinstrumenten, zie de volgende [flowdiagram](#) voor meer informatie. Het meest recente rapport kunt u gebruiken voor de visitatie. Deze ontvangt zowel u als de visiteur. Aan de hand hiervan wordt tijdens de visitatie besproken hoe de streefwaarden kunnen worden behaald. De visitatie zal alleen indicatief zijn m.b.t. de data, er zullen op grond van de reguliere visitatie geen negatieve maatregelen worden genomen.

Op onderdelen kunnen wel verbeterpunten worden benoemd. Indien die substantieel zijn kan er worden besloten tot een herhaald bezoek binnen een paar maanden, een zogenaamde kwaliteitsontwikkelgesprek (KOG). Hierin worden de verbeterpunten nogmaals besproken.



2. BASISGEGEVENS DOSSIERVEROERING

Er worden minimumnormen gebruikt en streefnormen. De minimumnorm wordt bijgehouden door kantoor. De streefnorm is onderwerp van gesprek tijdens de visitatie. Zie voor de betekenis van minimum en streefnorm de paragraaf [‘hoe borgen we de kwaliteit als we samen willen verbeteren?’](#).

Voor **onderstaande basisgegevens dossiervoering** is **50% de minimumnorm** en **80% de streefwaarde**.

Basisgegevens dossiervoering bij alle patiënten.

Kwaliteit van het dossier ¹		Patiënt kenmerken
<i>Bij aanvang</i>	Hulpvraag	Duur van de klacht ²
	Fysiotherapeutische diagnose	
<i>Binnen 1^e week</i>	Hoofddoel	Leeftijd
		Geslacht
<i>Iedere behandeling</i>	Journaalrapportage	
<i>Einde behandeling</i>		
	Dossier afgesloten*	

*Deze informatie wordt aangeleverd door het EPD op basis van de datum waarop het dossier afgesloten.

3. MEETINSTRUMENTEN PER DIAGNOSEGROEP

Voor alle aanvangsmetingen is 50% de minimumnorm en 80% de streefwaarde. Bij de tussenmetingen streven we eveneens naar 80% zonder een minimumnorm. De eindmetingen kennen een minimumnorm van 40% en een streefnorm van 60%. Neem svp notie van de opmerkingen waarnaar wordt verwezen in onderstaande tabellen.

3.1. MUSCULOSKELETAAL

De basis voor de klinimetrie musculoskeletaal is vrij simpel: screening, pijn, functioneren.³ **Let op:** voor de clustering van diagnosegroepen op basis van diagnosecodes zie de volgende: [link](#)

Klacht	Pijn ⁴	Screening	Activiteiten/Participatie ³	Ervaren effect & tevredenheid
	<i>Bij aanvang, 6 weken, einde episode</i>	<i>Bij aanvang</i>	<i>Bij aanvang, 6 weken, en einde episode</i> PROMIS-cat ⁵ mag als alternatief voor de specifieke PROM ⁶ (ODI , NDI , etc.)	<i>Einde episode</i>
Lage rug	NPRS	SBST⁷	PSK/PSG & QBPD⁸ * of (m)ODI⁹ *	GPE-DV⁸
Thoracaal	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & **	GPE-DV⁸
Nek	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & NDI⁹ *	GPE-DV⁸
Knieartrose	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & KOOS-ADL^{9,10} *	GPE-DV⁸
Knie	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & **	GPE-DV⁸
Heupartrose	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & HOOS-ADL^{9,10} *	GPE-DV⁸
Heup	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & **	GPE-DV⁸
Schouder	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & Quick DASH⁹ * of SPADI⁹ *	GPE-DV⁸
Elleboog	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & Quick DASH⁹ *	GPE-DV⁸
Pols	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & PRWHE-DLV⁹ *	GPE-DV⁸
Enkel/Voet	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & **	GPE-DV⁸
Overig	NPRS	MSK⁷	PSK/PSG & **	GPE-DV⁸
Psychosomatisch	NPRS⁷	MSK⁷	PSK/PSG & IPQ-K^{9,10} *	GPE-DV⁸

*Wij vragen u om op basis van uw fysiotherapeutische expertise een inschatting te maken of er sprake is van een afwijkend beloop, in die gevallen vragen wij een specifieke PROM uit. U kunt hier een screeningstool voor inzetten, dit is niet verplicht. In uw rapportage laten wij zien hoe vaak u een specifieke PROM heeft afgenomen bij trajecten langer dan zes weken.

**Op dit moment is er geen specifieke PROM geadviseerd voor deze diagnosegroepen.



3.2. CHIRURGIE

Voorstekruisband (VKB) (diagnosecode: zie [link](#))

[PSK/PSG^Z](#)

[NPRS^Z](#)

Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden

[IKDC^Z](#)

[Tegner^Z](#)

[Lysholm⁷](#)

Einde episode

[GPE-DV⁸](#)

Post OK bij heup-, knie- en schouderindicaties (diagnosecode: zie [link](#))

[PSK/PSG^Z](#)

Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden

[NPRS^Z](#)

Einde episode

[GPE-DV⁸](#)

3.3. CENTRAAL NEUROLOGISCH

CVA-diagnosecode: zie [link](#))

[PSK/PSG](#)

[6MWT^{Z-11}](#)

[BBS^Z](#)

[FAC^Z](#)

Bij aanvang en iedere drie maanden

[TCT^Z](#)

[FAT^Z](#)

[BI^Z](#)

[10 MLT^Z](#)

[MI^Z](#)

Op 8 weken en einde episode

[GPE-DV⁸](#)

Parkinson diagnosecode: zie [link](#))

Bij aanvang en jaarlijks

[Parkinson intake vragenlijst^Z](#)

[PSK/PSG](#)

[6MWT^{Z-11}](#)

Bij aanvang en iedere drie maanden

[Mini-BesTest^Z](#)

[TUG^Z](#)

Iedere drie maanden en einde episode

[GPE-DV⁸](#)



3.4. RESPIRATOIR EN CARDIOVASCULAIR

COPD (diagnosecode: zie [link](#))

	6MWT¹¹
	CCQ¹² of CAT
<i>Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden</i>	COPD-vragenlijst periodiek Q-ceps kracht m.b.v. Microfet, of 1RM Indien kracht het doel is.
	Bewegingssensor of stappenteller²
<i>Bij aanvang en jaarlijks</i>	COPD-vragenlijst baseline (inclusief indeling in classificatieprofiel conform KNGF-richtlijn COPD).
<i>Bij aanvang</i>	(m)MRC¹² , indien verbetering van kortademigheid het doel is.
<i>Iedere 3 maanden en einde episode</i>	GPE-DV⁸

Vaatlijden – claudicatio (diagnosecode: zie [link](#))

<i>Bij aanvang en jaarlijks</i>	Claudicatio baseline
	PSK/PSG
<i>Bij aanvang, iedere 3 maanden en einde episode</i>	VascuQol-6 Claudicatio periodiek
	Bewegingssensor of stappenteller²
<i>Iedere 3 maanden en einde episode</i>	GPE-DV⁸



Hart diagnosecode: zie [link](#))

Bij aanvang

Hartrevalidatie baseline vragenlijst^Z

[PSK/PSG](#)

[6MWT^{Z-11}](#)

Hartrevalidatie periodieke vragenlijst^Z

Bij aanvang, op 8 weken en einde episode

Q-ceps kracht m.b.v. Microfet, 1RM of Hand Held Dynamometer (HHD) Indien kracht het doel is.

PROMIS-10^Z

[Bewegingssensor of stappenteller^Z](#)

Op 8 weken en einde episode

[GPE-DV⁸](#)

3.5. OVERIG

Oncologie (diagnosecode: zie [link](#))

Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden [PSK/PSG^Z](#)
[NPRS^Z](#)

Iedere 3 maanden + einde episode [GPE-DV⁸](#)

Lymfoedeem (diagnosecode: zie [link](#))

Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden [PSK/PSG^Z](#)
[NPRS^Z](#)

Iedere 3 maanden + einde episode [GPE-DV⁸](#)

Osteoporose, vallen en breken (diagnosecode: zie [link](#))

Bij aanvang Osteoporose baseline vragenlijst^Z

[PSK/PSG](#)

[6MWT^{Z-11}](#)

Osteoporose periodieke vragenlijst^Z

Q-ceps kracht m.b.v. Microfet, 1RM of [Hand Held Dynamometer](#) (HHD) Indien kracht het doel is.

Bij aanvang, op 8 weken en einde episode PROMIS-10^Z

[Short FES-I^Z](#)

[SPPB^Z](#)

[BI^Z](#)

[Bewegingssensor of stappenteller^Z](#)

Op 8 weken en einde episode [GPE-DV⁸](#)



Duizeligheid (diagnosecode: zie [link](#))

[PSK/PSG^Z](#)

Bij aanvang, na 7 weken en einde episode

[DHI^Z](#)

[MFV^Z](#)

Einde episode

[GPE-DV⁸](#)

3.6. KIND

Musculoskeletaal onder de 18 jaar (diagnosecode: [link](#))

[NPRS](#)

Bij aanvang en eind episode

[PSK/PSG](#)

[GPE-DV⁸](#)

Ontwikkelingsstoornis (diagnosecode: [link](#))

[PSK/PSG^Z](#)

Bij aanvang en eind episode

Afhankelijk van de leeftijd: [AIMS^Z](#), Bayley Scales of Infant and Toddler Development-3rd Edition-NL versie^Z of [MABC 2^Z](#)

Schrijfproblemen (diagnosecode: [link](#))

[kinderPROM^Z](#)

Bij aanvang en eind episode

[SOS II NL^Z](#)

[MABC 2^Z](#)

[BEERY™ VMI^Z](#)

Loopproblemen (diagnosecode: zie [link](#))

[PSK/PSG^Z](#)

Bij aanvang en einde episode

[NPRS^Z](#)

[kinderPROM^Z](#)

Voorkeurshouding (diagnosecode: zie [link](#))

Plagiocephalometrie 7 of [Skully Care^Z](#)

Bij aanvang en einde episode

[kinderPROM^Z](#)

[AIMS^Z](#)

4. OPMERKINGEN

1. Dossieritems worden uitsluitend beoordeeld op aanwezigheid (wel/niet ingevuld) en op de inhoud conform meest recente landelijke richtlijn Dossiervoering.
2. Duur van de huidige klachtenperiode, in weken beschreven.
3. We kijken in de toetsing voor deelname alleen naar het aantal gebruikte meetinstrumenten, niet naar de uitkomsten zelf. Die zijn voor u en uw collega's om van te leren. Lage of hoge scores maken niets uit voor de herregistratie. Zelf invullen voor de patiënt kan en mag niet, dit heeft invloed op de herregistratie.
4. Vast te leggen op een schaal van 0-10 als gemiddelde pijn in de afgelopen week. Scores vastgelegd op een schaal van 0-100 worden als foutieve meting beschouwd. NPRS alleen in geval van pijn als (deel van de) klacht.
5. Afhankelijk van de aandoening kunt u kiezen voor de PROMIS-CAT lichamelijk functioneren of PROMIS-CAT lichamelijk functioneren- bovenste extremiteit (momenteel nog uitsluitend in Fysiomanager).
6. Wij vragen u om op basis van uw fysiotherapeutische expertise een inschatting te maken of er sprake is van een afwijkend beloop, in die gevallen vragen wij een specifieke PROM uit. U kunt hier een screeningstool voor inzetten, dit is niet verplicht. In uw rapportage laten wij zien hoe vaak u een specifieke PROM heeft afgenomen bij trajecten langer dan zes weken.
7. Niet verplicht, wel geadviseerd.
8. De GPE-DV (Dutch Version) bestaat uit twee vragen; een vraag over de verandering van de klachten en een vraag over de tevredenheid met de behandeling.
9. Het staat u vrij de volledige HOOS of KOOS af te nemen. De HOOS-ADL & KOOS-ADL kunnen hieruit worden geëxtraheerd. Om onnodige administratielast te voorkomen adviseren wij dit niet.
10. Praktijken die lid zijn bij ZorgTopics kunnen kiezen tussen KOOS-ADL en KOOS-12 of HOOS-ADL en HOOS-12 bij mensen met knie- en heup-artrose.
11. De 6MWT dient afgenomen te worden over een 10 meterparcours (niet op een loopband of andere afstand).



-
12. Praktijken die lid zijn bij ZorgTopics kunnen kiezen voor het afzonderlijk afnemen van CCQ en MRC, of het afnemen van de COPD Ziektelastmeter.