

Keurmerk Fysiotherapie

Kwaliteit kent een Keurmerk

***Resultaatindex
fysiotherapie
mei 2022***

Rapport Resultaatindex[©] fysiotherapie

Koen Verburg, MSc
Richard Felijs, MSc
Dr. Martijn Heymans
Dr. Henri Kiers

Zwolle, mei 2022

Dit project is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van volksgezondheid (VWS). Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (A.C. Verburg, R.A.W. Felijs, M.W. Heijmans, H. Kiers. Eindrapport resultaatindex fysiotherapie mei 2022. Zwolle: Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF))

Inhoudsopgave

Management samenvatting	5
<i>Inleiding.....</i>	5
<i>Methode.....</i>	5
Deel I Ontwikkeling van de resultaat index	5
Deel II Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatgrafiek.....	6
<i>Resultaten</i>	6
Deel I Ontwikkeling van de resultaat index	6
Deel II Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatgrafiek.....	7
<i>Discussie en aanbevelingen</i>	7
Belangrijkste aanbevelingen in dit rapport.....	7
1. Inleiding.....	9
Eerste fase resultaat index.....	11
2. Methode	14
2.1. <i>Deel I. De ontwikkeling van een concept resultaatindex.</i>	14
2.1.1. Ontwerpkeuzes; resultaatgrafiek en resultaatindex	14
2.1.2. Berekening resultaatindex	14
2.1.3. De resultaatgrafiek	17
2.2. <i>Deel II. Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatindex.</i>	17
2.2.1. Methodiek en survey.....	17
2.2.2. Groep 1. De Visiteurs	17
2.2.3. Groep 2. De Fysiotherapeuten.....	18
2.2.4. Groep 3. De Statistici	18
2.2.5. Groep 4. De Stakeholders.....	18
2.2.6. Groep 5. De Taakgroep.....	18
3. Resultaten.....	20
3.1. <i>Deel I. De ontwikkeling van een concept resultaatindex.</i>	20
3.1.1. Ontwerpkeuzes	20
3.1.2. Berekening resultaatindex	21
3.1.2. De resultaatgrafiek	24
3.2. <i>Deel II. Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatindex.</i>	26
3.2.1. Groep 1. De Visiteurs	26
3.2.2. Groep 2. De Fysiotherapeuten	27
3.2.3. Groep 3. De Statistici	28
3.2.4. Groep 4. De Stakeholders.....	29
3.2.5. Groep 5. De Taakgroep.....	32
4. Discussie.....	33
<i>Deel I. Welke concept resultaatindex (RI) voor de behandeling van musculoskeletale klachten in de eerstelijns fysiotherapie kan ontwikkeld worden?</i>	33

<i>Deel II. Wat is bruikbaarheid en draagvlak van de concept resultaatindex onder de belangrijkste stakeholders?</i>	33
1. Is de resultaatindex geschikt om zorgverleners te helpen leren de zorgkwaliteit te verbeteren?	33
2. Is de RI geschikt als hulpmiddel bij zorginkoop door verzekeraars?	34
3. Is de RI geschikt als hulpmiddel voor keuzes door patiënt en verzekerde?	35
De voorwaarden voor gebruiksgemak en draagvlak	35
5. Algemene bevindingen	37
<i>Samenvatting en aanbevelingen.</i>	38
Samenvatting	38
Aanbevelingen	38
Bijlagen.	40
<i>Bijlage 1. Vragenlijst evaluatie resultaatgrafiek & resultaatindex</i>	40
<i>Bijlage 2 Resultaten vragenlijst bezoekers</i>	43
<i>Bijlage 3 Resultaten vragenlijst fysiotherapeuten</i>	52
<i>Bijlage 4 Resultaten vragenlijst klankbordgroep</i>	58
<i>Bijlage 5 Resultaten mixed effect modellen</i>	60

Management samenvatting

INLEIDING

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van een resultaatindex voor de fysiotherapie, een instrument dat de opbrengsten van fysiotherapeutische zorg helder afzet tegen de kosten. De behoefte aan een resultaatindex kent een drietal aanleidingen, 1; de behoefte aan een helder instrument als basis voor het intercollegiaal leren aan de hand van data, 2; de wens om kosteneffectiviteit van Fysiotherapie aan te tonen in vergelijking met andere disciplines en 3; de wens tot de doorontwikkeling van de behandelindex. De behandelindex is een instrument dat wordt ingezet om de cijfermatige doelmatigheid van eerstelijns Fysio- en Oefentherapeutisch zorg in beeld te brengen. De doorontwikkeling van de behandelindex is als actie benoemd in het hoofdlijnenakkoord 2017-2018.

Het doel van de te ontwikkelen resultaatindex is het verlenen van inzicht in de kwaliteit van zorg om daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. In het ideale geval zal de resultaatindex een stimulans vormen voor het van elkaar leren en verbeteren, voor het leveren van keuze-informatie voor inkopers van zorg en voor patiënten, en zal het heldere inzichten verstrekken over welke zorg op welk moment het beste geschikt is in relatie tot de kosten: de juiste zorg op de juiste plek in optima forma.

De opdracht zoals verstrekt werd door VWS, valt uiteen in twee delen, de ontwikkeling van een resultaatindex en resultaatgrafiek voor de fysiotherapie en de evaluatie en aanpassing van het ontwikkelde concept. De onderzoeksvragen zijn volgt zijn geoperationaliseerd:

Deel I. Welke concept resultaatindex (RI) voor de behandeling van musculoskeletale klachten in de eerstelijns fysiotherapie kan ontwikkeld worden?

Deel II. Wat is bruikbaarheid en draagvlak van de concept resultaatindex onder de belangrijkste stakeholders?

METHODE

Deel I Ontwikkeling van de resultaat index

Om binnen de beperkte tijd een praktisch bruikbaar instrument samen te stellen is gekozen uit die meetinstrumenten die op dit moment al routinematig verzameld worden, klinisch van waarde zijn en goede psychometrische eigenschappen bezitten. We deden dit binnen de populatie van mensen met musculoskeletale klachten.

Na het definiëren van de variabelen (de uitkomsten van meetinstrumenten) die worden opgenomen in de resultaatindex, werden in de landelijke database LDK van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) alle behandel episodes geselecteerd die aan de volgende inclusiecriteria voldeden: mensen met musculoskeletale klachten, behandel episode gestart bij een fysiotherapeut na 1 januari 2018 en afgesloten in de periode van 1 januari 2020 tot en met 1 januari 2021.

Om de vergelijkbaarheid van de resultaatindex tussen praktijken te vergroten zijn deze gecorrigeerd voor patiëntkenmerken in een lineair mixed effect model. Om inzicht te krijgen in de hoeveelheid variatie op de resultaatindex die door de het verschil tussen praktijken

wordt veroorzaakt, is de Intra Class Correlatiecoëfficiënt (ICC) berekend. Deze is gedefinieerd als de variantie tussen praktijken gedeeld door de totale variantie.

De uitkomsten werden inzichtelijk gemaakt door de voor patiënt kenmerken gecorrigeerde scores voor iedere afzonderlijke variabele om te rekenen naar Z-scores. Een Z-score drukt de uitkomst van een meetinstrument uit in het aantal standaarddeviaties en is daarmee eenheidsloos. Dat maakt het mogelijk meetinstrumenten die verschillende eenheden als maat voor de uitkomst gebruiken, met elkaar vergelijken. De Z-scores werden weergegeven op een schaal van +3 tot -3, waarbij +3 een hogere score en -3 een lagere score geeft. De Z-scores zijn vervolgens grafisch weergegeven in een radardiagram, de resultaatgrafiek. Het voordeel van deze methode is dat het in een oogopslag duidelijk wordt hoe de praktijk scoort op diverse uitkomstmaten ten opzichte van het gemiddelde.

Deel II Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatgrafiek

De evaluatie van de concept resultaatindex vond plaats bij meerdere stakeholders en/of deskundigen (patiëntenverenigingen, fysiotherapeuten, beroepsverenigingen, verzekeraars, bezoekers en statistici). Voorafgaand aan een survey ontvingen de deelnemers een fictieve rapportage met procesinformatie en de resultaatgrafieken (radardiagram) en resultaatindex. Er werd gevraagd om de rapportage te beoordelen op bruikbaarheid voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe transparantie in de eerstelijns fysiotherapie. Ook werd gevraagd of de resultaatindex, voor het gebruik als instrument voor zorginkoop, een beter alternatief zou kunnen zijn dan de behandelindex. Iedere vraag werd gescoord met een 9-punt Likert scale, waarbij 1 werd gescoord als; “helemaal niet bruikbaar” en 9; “absoluut bruikbaar”. Wij definieerden de resultaatindex als bruikbaar bij een mediaan van ≥ 7 op de 9 puntschaal.

RESULTATEN

Deel I Ontwikkeling van de resultaat index

De resultaatgrafiek is ontworpen met daarin vijf domeinen met bijbehorende uitkomstmaten 1) gemiddeld aantal behandelingen, 2) de gemiddelde behandelduur, 3) Pijn intensiteit gemeten met de NPRS (0-10), 4) het activiteitsniveau gemeten met de PSK (0-10), 5) het ervaren effect gemeten met de GPE. De laatste is nog niet in de resultaatindex opgenomen omdat deze op het moment van meten nog niet in de landelijke database kwaliteit voorkwam. Een combinatie van de eerste vier uitkomstmaten vormt samen de resultaatindex. Door de resultaten van de therapie te delen door de kosten kunnen we de waarde van de behandeling afzetten tegen de kosten. De resultaatindex kan worden berekend per episode door de veranderscores van de NPRS en PSK bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal behandelingen en de behandelduur. Uiteindelijk is de uitkomst omgezet naar een score tussen de 0 en 100 (zie formule 1).

Er werden 83.307 behandel episodes van 352 praktijken meegenomen in het samenstellen van de modellen. Uit de verdeling van de patiënt gerelateerde variabelen binnen de totale populatie bleek iedere afzonderlijke groep voldoende mensen te bevatten om het lineair

mixed model op toe te passen. De ruwe resultaatindex vertoont een redelijk normaal verdeelde populatie. Met behulp van de ICC kan geconcludeerd worden dat voor de vijf uitkomstmaten van de resultaat grafiek tussen de 7.2% en 9.8% van de variatie op de uitkomstmaten verklaard kan worden door de praktijken.

Deel II Bruikbaarheid en draagvlak van de resultaatgrafiek

Na het doorlopen van de evaluatie kan geconcludeerd worden dat alle stakeholders en/of deskundigen de resultaatgrafiek en resultaatindex bruikbaar vinden voor interne kwaliteitsverbetering. De huidige resultaatgrafiek en resultaatindex vond men nog niet geschikt voor externe transparantie.

DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

De resultaatindex lijkt in combinatie met de resultaatgrafiek een goed instrument om zorgverleners meer inzicht te geven in hun handelen in de dagelijkse praktijk. Leren van elkaar wordt gestimuleerd door de mogelijkheid de index en grafiek te vergelijken met andere praktijken. Gebruik voor therapeuten onderling is ook mogelijk, maar wel afhankelijk van een minimumaantal patiënten behandeld door één therapeut.

Ongeveer 10% van de variatie in de uitkomsten wordt veroorzaakt door de praktijk waar de behandelingen hebben plaats gevonden. Dit is ruim voldoende om onderscheid te maken tussen praktijken en geeft zorgverleners de mogelijkheid om van elkaar te leren en waar mogelijk te verbeteren, wat op termijn kan bijdragen aan een verbetering van de zorgkwaliteit.

Op de directe vraag of de RI geschikt is voor zorginkoop is het antwoord negatief. Ondanks dat de psychometrische eigenschappen goed zijn wordt het belang van een veilige introductie in een lerend systeem in de fysiotherapie als groter gezien. De resultaatindex wordt gezien als een zinvol en veelbelovend instrument waarvan de implementatie onder druk komt te staan als de uitkomsten te vroeg gebruikt worden voor inkoop van zorg. De meest genoemde reden waarom de resultaatindex op dit moment niet geschikt is voor zorginkoop is het zogenaamde 'gaming' effect. Met gaming wordt bedoeld dat therapeuten voor hen betere uitkomsten zullen stimuleren of zelfs de data in een voor hen gunstiger richting zullen manipuleren. Als een financiële prikkel direct gekoppeld wordt aan de uitkomst van een kwaliteitsaspect zal dit negatieve consequenties hebben voor de betrouwbaarheid van de data.

Belangrijkste aanbevelingen in dit rapport

- Stimuleer initiatieven die het mogelijk maken onafhankelijk van de therapeut vragenlijsten af te nemen.
- Start zo snel mogelijk met implementeren in het leer en verbeter proces.
- Start met de RI voor het leren en verbeteren en ontwikkel de RI verder tijdens het gebruik.
- Ontwikkel een korte, to the point cursus ondersteund met een online kennisclip. Doe dit concentrisch waardoor de therapeuten kunnen kiezen een korte introductie te volgen of een iets verder gaande uitleg.
- Stimuleer de waardering van het gebruik in een breder kwaliteitssysteem.

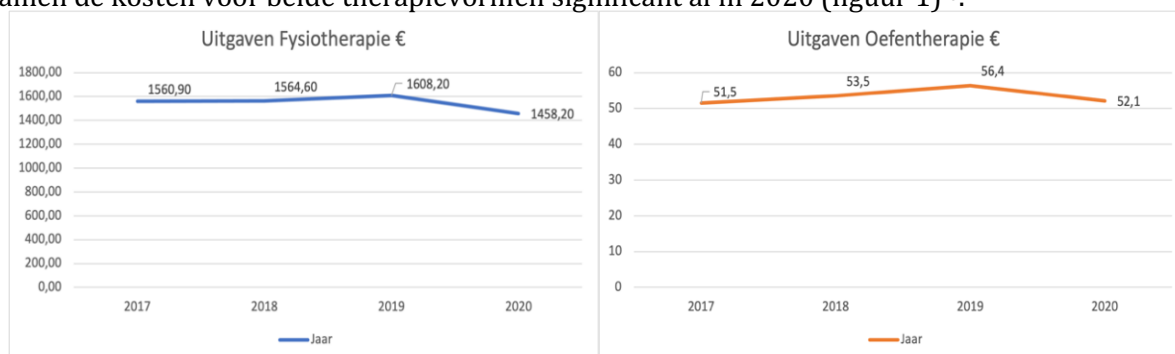
- Maak nu al afspraken in de vorm van een stappenplan over hoe in de toekomst externe transparantie kan plaatsvinden. Maak daarbij onderscheid tussen gebruik voor zorginkoop en keuze informatie.

1. INLEIDING

De wens om te komen tot een resultaatindex is terug te voeren op een drietal aanleidingen; 1; de behoefte aan een helder instrument als basis voor het intercollegiaal leren aan de hand van data, 2; de wens om kosteneffectiviteit van Fysiotherapie aan te tonen in vergelijking met andere disciplines en 3; de wens tot de doorontwikkeling van de behandelindex.

1) Intercollegiaal leren met behulp van data. Dit hangt samen met het handelen volgens de principes van Evidence Based Practice (EBP). EBP behelst het systematische proces waarin klinische besluitvorming plaatsvindt en acties worden ondernomen met gebruikmaking van de beste evidentie beschikbaar ¹. Het bewijs voor de besluiten en acties in de fysiotherapie komt uit peer-reviewed research, klinische ervaring en expertise en informatie en voorkeuren van de patiënt. In het bereiken van EBP kan feedback en uitwisseling van kennis tussen zorgverleners een belangrijke rol spelen. Om dit te stimuleren is de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) in 2015 gestart met een initiatief waarbij scholing, dataverzameling uit EPD's, praktijkvisite en intervisie ('praktische peer review' op individueel niveau) in een geïntegreerd geheel mogelijk werd voor fysiotherapiepraktijken en therapeuten. Het aantal aangesloten praktijken en therapeuten bedroeg d.d. januari 2022 respectievelijk 650 en 8.000. Voor het samenbrengen van kennis en inzichten tussen zorgverleners is inzicht in ieders doelmatigheid van handelen essentieel. Een helder instrument om de opbrengsten van de zorg voor de patiënt af te zetten tegen de kosten van de zorg ontbreekt echter, reden voor de SKF om te werken aan een dergelijk instrument.

2) Aantonen van de kosteneffectiviteit van Fysiotherapie in de zorgketen. Het bedrag dat wij ieder jaar betalen voor onze gezondheidszorg blijft stijgen en neemt verontrustende proporties aan. De totale uitgaven voor zorg en welzijn bedroegen in 2020 116 miljard euro, wat 8,9 miljard euro (8,3 %) meer is dan in 2019. Dit bedrag is weliswaar hoger dan verwacht door de compensaties die zorgaanbieders ontvingen voor de gevolgen van de coronacrisis (\pm 4.1 miljard euro) en de directe kosten van de zorg voor COVID-19 patiënten (\pm 2.3 miljard euro), maar daar staat tegenover dat veel reguliere zorg is uitgesteld. Dus hoewel de bedragen door enige onzekerheid vanwege de coronacrisis zijn omgeven, is wel duidelijk dat de kosten van onze zorg blijven stijgen². De kosten voor Fysio en Oefentherapie verbleken in het licht van de totale kosten. Zij bedragen minder dan 1.5% van de totale zorgkosten. Bovendien namen de kosten voor beide therapievormen significant af in 2020 (figuur 1) ³.



Figuur 1. Kostenontwikkeling Fysio en Oefentherapie

¹ oxford-review.com/oxford-review-encyclopaedia-terms/evidence-based-practice/

² www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/zorguitgaven-inclusief-steunmaatregelen-stegen-in-2020-met-8-3-procent.

³ www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/kerncijfers-paramedische-zorg

Het is interessant om de opbrengsten van de fysiotherapie ten opzichte van de kosten in kaart te brengen, immers een optimale inzet van fysiotherapie in de zorg heeft juist door deze geringe kapitaalintensiviteit een groot potentieel om de totale kosten te dempen. Vergelijken van opbrengsten en kosten over verschillende disciplines is met de huidige middelen echter moeizaam vanwege het verschil in meetinstrumenten, ontbreken van dataregistratiesystemen en verschillende financieringsmodellen. Een instrument dat inzicht biedt in de ratio opbrengsten/kosten van de fysiotherapie kan een eerste stap vormen naar een instrument dat inzicht biedt in deze ratio voor alle vormen van zorg, idealerwijs zelfs in zorgpaden waarin verschillende zorgverleners hun diensten verlenen.

3) Een derde aanleiding voor de ontwikkeling van een resultaatindex is de behandelindex. De behandelindex⁴ is een instrument dat wordt ingezet om de cijfermatige doelmatigheid van Fysiotherapeutische zorg in beeld te brengen. De behandelindex laat de verhouding zien tussen het gemiddeld aantal behandelingen van één praktijk ten opzichte van het gemiddeld van alle fysiotherapiepraktijken (bij een gelijksoortige aandoening). Daardoor ontbreekt informatie over de kwaliteit en resultaten van de geleverde zorg. Deze primair op kosten van de zorg gerichte eigenschappen van de behandelindex leiden, in combinatie met de selectieve zorginkoop door verzekeraars die gebaseerd wordt op de behandelindex, bij therapeuten tot een gevoel van een incomplete en daardoor onterechte beoordeling. Deze onvrede uitte zich in initiatieven die de landelijke media hebben gehaald (o.a. stop de behandelindex). Daarnaast is de BI niet geschikt om cliënten keuze informatie te verstrekken. In een validatieonderzoek van de behandelindex uitgevoerd door Equalis, wordt dan ook de aanbeveling gedaan items aan de behandelindex toe te voegen waardoor ook de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar gemaakt kan worden⁵.

De reacties op de behandelindex en het rapport leiden ertoe dat in het Hoofdlijnenakkoord Paramedische Zorg 2017-2018⁶ de doorontwikkeling van de behandelindex als doelstelling is opgenomen. Middels de hoofdlijnenakkoorden probeert de overheid kostenbeheersing te realiseren met behoud of verbetering van de kwaliteit van zorg. In de hoofdlijnenakkoorden worden vrijwillige afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid. Zij worden tot nu toe per zorgsector afgesloten. Onder de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022⁷ wordt de resultaatindex expliciet genoemd als gewenst resultaat. Het doel van de resultaatindex is het verlenen van inzicht in de kwaliteit van zorg om daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daar waar de drie aanleidingen bij elkaar komen zal in het ideale geval de resultaatindex een stimulans vormen voor het van elkaar leren en verbeteren, voor het leveren van keuze-informatie voor inkopers van zorg en voor patiënten, en zal het heldere inzichten verstrekken over welke zorg op welk moment het beste geschikt is in relatie tot de kosten: de juiste zorg op de juiste plek in optima forma.

⁴ Vektis. <https://spiegelinformatiefysio.nl/>.

⁵ Validatieonderzoek van de behandelindex. Visser et al., 16 maart 2017.

⁶ Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018 (19 juni 2017). Geraadpleegd op: <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ev0/vkf8k33k0cyn>

⁷ Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2019/06/20/bestuurlijke-afspraken-paramedische-zorg-2019-2022>

Eerste fase resultaat index

Als een van de acties voortkomend uit het hoofdlijnenakkoord is door onderzoeksbureau Equalis voor fysiotherapie, logopedie en oefentherapie een agenda opgesteld voor de doorontwikkeling van de behandelindex.⁸ In deze agenda wordt de ambitie om van een behandelindex naar een resultaatindex toe te werken nader uitgewerkt. De uitwerking van deze ambitie werd belegd in de taakgroep Resultaatindex, hangend onder dit hoofdlijnenakkoord. De Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) nam de eerste stap in de ontwikkeling van de resultaatindex en werd kartrekker van deze taakgroep.

In de eerste fase werd door Equalis in opdracht van de SKF de vorm bepaald. Het resultaat is een radarplot of radardiagram (figuur 2), waarin de uitkomsten van de zorg op verschillende domeinen en onderliggende thema's inzichtelijk wordt.⁹ Een radardiagram model komt tegemoet aan het gegeven dat een verbetercyclus niet ééndimensionaal is. Door gebruik van dit radardiagram worden fysiotherapiepraktijken in staat gesteld om de geleverde zorg te vergelijken binnen de praktijk en met andere praktijken, bijvoorbeeld in intervisiebijeenkomsten. Dit model is ontwikkeld samen met praktijkhouders, Nivel, Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).



Figuur 2. Het radarplot als basis.

Na het afronden van fase 1 werd het resultaat gepresenteerd in de taakgroep resultaatindex. Het resultaat werd door alle partijen positief ontvangen en geaccepteerd. In het vervolg bleken echter een aantal knelpunten te ontstaan.

Het grootste knelpunt vormde een fundamenteel verschil van inzicht tussen de verzekeraars, vertegenwoordigd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en de beroepsvereniging voor Fysiotherapeuten (KNGF). Beiden onderschrijven de inhoudelijke ontwikkeling van een

⁸ Equalis, September 2018. Advies doorontwikkeling behandelindex. *Fysiotherapie, logopedie en oefentherapie*.

⁹ Equalis, 29 november 2019. Ontwikkelplan resultaatindex, eindrapport.

resultaatindex, maar verschillen in de opvattingen over de (directe) toepasbaarheid. ZN geeft aan dat het beleid van individuele verzekeraars is om voor de landelijke inkoop gebruik te blijven maken van de behandelindex zolang de resultaatindex niet een bruikbare eenheid voor de zorginkoop oplevert. De behandelindex geeft een verzekeraar die mogelijkheid momenteel wel en daarmee kan zij aan één van haar taken, het inkopen van doelmatige zorg, voldoen. Het KNGF houdt met een beroep op de bestuurlijke afspraken vast aan het volledig vervangen van de behandelindex door de resultaatindex.

Een tweede knelpunt was het verschil in uitgangssituatie per beroepsgroep. Voor de fysiotherapie is al een behandelindex aanwezig en wordt geadviseerd deze, daar waar de index de rol van spiegelinformatie vervult, aan te vullen met kwaliteitsinformatie en cliënt ervaringen¹⁰. Een ander groot verschil is de mate waarin een dataverzameling al aanwezig is en functioneert. In de Fysio- en Oefentherapie is een landelijke dataverzameling al functionerend, middels de Landelijke Database Kwaliteit (LDK) van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), de Landelijke Database oefentherapie van de VvOCM en de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) van het KNGF. Fysiotherapeuten zijn ook al enigszins gewend aan het registreren van klinimetrie. Dat geldt in bijzondere mate voor bij de SKF aangesloten praktijken fysiotherapie. Dataverzameling is verplicht, en de therapeuten in deze praktijken vormen verplichte peer review (intervisie) groepen waarin men van elkaar leert. Een zo helder mogelijk inzicht in de doelmatigheid en effectiviteit van handelen is daarbij van grote meerwaarde. De stap naar het gebruik van een resultaatindex in de praktijk is daarom anders dan voor andere paramedische disciplines.

Om deze impasse te doorbreken heeft VWS in de werkgroep Bestuurlijke Afspraken, hangend onder het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord, de SKF als opdracht verstrekt een eerste concept voor een resultaatindex specifiek voor de Fysiotherapie te ontwikkelen. Informele gesprekken met ZN en KNGF leerden dat beide partijen positief staan tegenover deze invulling. In de taakgroep resultaatindex is een groep samengesteld die vanuit alle paramedische disciplines de ontwikkelingen monitort. Hierbij is een apart traject gestart vanuit de PPN (de vertegenwoordiging van het grootste deel van de overige paramedische disciplines) om een resultaatindex voor de overige paramedische disciplines te ontwikkelen. De kennis opgedaan in het traject voor de Fysiotherapie zal hier als input dienen. Dit traject wordt niet beschreven in dit rapport.

Uit het voortraject¹¹ werd duidelijk dat in de resultaat index een keuze gemaakt moet worden uit de te gebruiken domeinen (bv het activiteitsniveau), de thema's binnen deze domeinen (bv pijn intensiteit), de te gebruiken meetinstrumenten (bv numerieke pijn ratingschaal (NPRS)) en de indicatoren (bv het percentage patiënten dat meer dan 20% klinisch relevant verbeterd).

¹⁰ Validatieonderzoek van de behandelindex. Visser et al., 16 maart 2017

¹¹ Equalis, 29 november 2019. Ontwikkelplan resultaatindex, eindrapport.



Figuur 3. De stappen voor doorontwikkeling

Vervolgens moeten deze gegevens naast de grafische weergave gecombineerd worden in één getal om tot een snelle globale beoordeling van praktijken op landelijk niveau te kunnen komen, hetgeen noodzakelijk om vergelijking mogelijk te maken. Daarbij zal gecorrigeerd moeten worden voor populatiekenmerken om het vergelijk tussen praktijken zo zuiver mogelijk te maken. Resultaten moeten worden afgezet tegen kosten voor zowel patiënt als maatschappij, waarbij feitelijk een eerste kwantificatie van het 'Value Based Health Care principe'¹² zal worden ontwikkeld.

De opdracht zoals verstrekt werd door VWS, valt daarmee uiteen in twee delen, de ontwikkeling van een resultaatindex en resultaatgrafiek voor de fysiotherapie en de evaluatie en aanpassing van het ontwikkelde concept. In dit rapport wordt verslag gedaan van beide delen, waarbij de onderzoeksvragen voortkomend uit de opdracht van VWS en als volgt zijn geoperationaliseerd:

Deel I. Welke concept resultaatindex (RI) voor de behandeling van musculoskeletale klachten in de eerstelijns fysiotherapie kan ontwikkeld worden?

Deel II. Wat is bruikbaarheid en draagvlak van de concept resultaatindex onder de belangrijkste stakeholders?

Deze vraag is verdeeld in de volgende subvragen:

- 1) Is de RI geschikt om zorgverleners te helpen leren en de zorgkwaliteit te verbeteren?
- 2) Is de RI geschikt als hulpmiddel bij zorginkoop door verzekeraars?
- 3) Is de RI geschikt als hulpmiddel voor het maken van keuzes door patiënt en verzekerde?

Voor de beantwoording van deel II, bruikbaarheid en draagvlak, zijn een aantal aanvullende voorwaarden beschreven:

- a. De validiteit van indicatoren moet voldoende zijn onderbouwd
- b. De uiteindelijke RI moet aansluiten bij de dagelijkse praktijk van fysiotherapeuten, zonder dat dit leidt tot aanvullende administratieve lasten
- c. De uiteindelijke RI dient eenvoudig te integreren/aan te sluiten zijn bij bestaande databases en EPD-systemen

¹² Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care. Reed Business Education.

2. Methode

2.1. DEEL I. DE ONTWIKKELING VAN EEN CONCEPT RESULTAATINDEX.

2.1.1. Ontwerpkeuzes; resultaatgrafiek en resultaatindex

Het eindrapport van Equalis¹³ geeft een grafiek weer in 4 domeinen (figuur 2), met thema's binnen een domein; Kwaliteit van zorg (met resultaat van de behandeling, fysiek functioneren, zorgkostenontwikkeling en recidieven als thema's), cliënt ervaringen (ervaren resultaat, aandeel overstappers en cliënt tevredenheid), inzet van middelen (kosten en aantal behandelingen) en kwaliteit van leven (participatie, pijn vermindering en kwaliteit van leven). In de taakgroep werd op voorhand al duidelijk dat een dergelijke grafische weergave weliswaar potentie heeft om therapeuten en praktijken te vergelijken en van elkaar te laten leren, maar niet geschikt lijkt voor inkoop van zorg door verzekeraars of voor informatie voor de patiënt. Verzekeraars en patiënten hebben echter ook behoefte aan een instrument waarmee snel en duidelijk een indicatie kan worden gegeven over de kwaliteit van de zorg, als hulpmiddel voor inkoop van zorg. We hebben er daarom voor gekozen om, naar het begrip 'Value Based Health Care', van Porter et al. (14), naast de visuele weergave (*de resultaatgrafiek, zie figuur 2*) tevens een index te construeren waarin getalsmatig de resultaten van een behandeling worden afgezet tegen de kosten, uitgedrukt in aantal behandelingen (financiën) en duur van de behandelingsperiode (investering van de patiënt) (*de resultaatindex*).

Om binnen de beperkte tijd een praktisch bruikbaar instrument samen te stellen hebben we ervoor gekozen om de invulling van de thema's te kiezen uit die meetinstrumenten die op dit moment al routinematig verzameld worden, klinisch van waarde zijn en goede psychometrische eigenschappen bezitten. We deden dit binnen de populatie van mensen met musculoskeletale klachten. Dit is de grootste groep van mensen die hulp zoeken van de fysiotherapeut waarvan de kenmerken voldoende overeenkomen om gebruik te maken van met elkaar te vergelijken meetinstrumenten. De resultaatgrafiek hebben we vervolgens gebaseerd op de in de index opgenomen variabelen.

2.1.2. Berekening resultaatindex

2.1.2.1. Beschrijvende data

Na het definiëren van de variabelen (de uitkomsten van meetinstrumenten) die worden opgenomen in de resultaatindex, werden in de LDK van de SKF alle behandelingsperiodes geselecteerd die aan de volgende inclusiecriteria voldeden: mensen met musculoskeletale klachten, behandelingsperiode gestart bij een fysiotherapeut na 1 januari 2018 en afgesloten in de periode van 1 januari 2020 tot en met 1 januari 2021. Behandelingsperiodes werden geëxcludeerd als er minder dan 3 behandelingen hebben plaats gevonden waarvan de eerste behandeling een intake en onderzoek, om te verzekeren dat er minimaal één behandelingsmoment heeft plaats gevonden voor de eindmeting. Daarnaast werd een periode geëxcludeerd bij missende patiënt karakteristieken of meetinstrumenten. Daarnaast werden alleen praktijken met minimaal 30

¹³ Van Drunen, P., Borg, S., & Boonen, L. (2021). Ontwikkeling resultaatindex SKF. Equalis.

¹⁴ Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care. Reed Business Education.

behandelepisodes meegenomen in de analyse (15,16). Staafdiagrammen werden samengesteld om de verdeling van de patiëntgerelateerde kenmerken over de gehele populatie weer te geven.

2.1.2.2. De resultaatindex

Vervolgens werd de ruwe resultaatindex samengesteld. Hierbij werd uit de verschillende domeinen een meetinstrument gekozen dat routinematig en veelvuldig gebruikt wordt in de LDK, om de opbrengsten van een behandelingsperiode vast te stellen. Daarnaast moesten de meetinstrumenten goede klinimetrische eigenschappen bevatten; en eenvoudig toepasbaar en algemeen inzetbaar zijn. De kosten van een behandelingsperiode werden vastgesteld op basis van routinematig verzamelde gegevens om administratieve belasting te voorkomen. De kosten moesten zowel in financiële zin als in belasting voor de patiënt tot uitdrukking komen. De bestaande behandelindex kon hiervoor niet gebruikt worden omdat deze een relatieve weergave is van de kosten van de praktijken ten opzichte van elkaar, en omdat deze niet per patiënt-episode beschikbaar is, maar slechts over de gehele praktijk. Bovendien zou, omdat de RI berekend zal worden over vrijwel alle EPD-data en de BI uitsluitend over de verzekerde data, de uitkomsten van elkaar verschillen. Dat zou de implementatie van de resultaatindex belemmeren. De verdeling van de scores van de praktijken werd met histogrammen weergegeven.

2.1.2.3. Correctiefactor voor patiënt gerelateerde variabelen

Om de vergelijkbaarheid van de resultaatindex tussen praktijken te vergroten zijn deze gecorrigeerd in een lineair mixed effect model voor de volgende patiënt kenmerken: leeftijd, geslacht, duur van de klacht voorafgaand aan het behandeltraject, soort klacht en sociaal-economische status (SES). De SES werd toegewezen op grond van de status van de postcode in de 'kerncijfers per postcode' van het CBS¹⁷. De reden hiervoor is dat, voordat praktijken fysiotherapie met elkaar vergeleken kunnen worden, het belangrijk is om uitkomsten, zoals bijvoorbeeld het aantal behandelingen of de verschilcores, te corrigeren voor factoren waarvan we weten dat deze invloed hebben op de uitkomst. Leeftijd is hierbij een goed voorbeeld. We weten dat een hogere leeftijd is geassocieerd met een langer en intensiever behandeltraject. Om een praktijk met relatief veel mensen op leeftijd te vergelijken met een praktijk met veel jonge mensen is het noodzakelijk om een correctie uit te voeren voordat deze praktijken met elkaar vergeleken kunnen worden.

2.1.2.4. De prestaties van de resultaatindex

Naast de patiënt kenmerken is de praktijk AGB toegevoegd als random (willekeurige) variabele om inzicht te krijgen in hoeveel variatie op de resultaatindex door de verschillende praktijken veroorzaakt wordt. De variantie tussen praktijken die op deze wijze is berekend, werd vervolgens uitgedrukt in de Intra Class Correlatiecoëfficiënt (ICC). Deze is gedefinieerd als de

¹⁵ Ali, A., Ali, S., Khan, S. A., Khan, D. M., Abbas, K., Khalil, A., Manzoor, S., & Khalil, U. (2019). Sample size issues in multilevel logistic regression models. PLOS ONE, 14(11), e0225427. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225427>

¹⁶ Koolman, X., Zuidgeest, M., Visser, J., & Appelman, M. (2012). Indicatorstandaard 2.0: Methodologische criteria voor de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsindicatoren in de zorg.

¹⁷. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 31 maart). Kerncijfers per postcode. Geraadpleegd op 4 april 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/geografische-data/gegevens-per-postcode>

variantie tussen praktijken gedeeld door de totale variantie. Scores hoger dan 0.10 worden gezien als adequaat. ⁽¹⁸⁾.

2.1.2.4 Psychometrische eigenschappen van de resultaatindex

In de literatuur zijn een aantal criteria beschreven om de psychometrische eigenschappen van een kwaliteitsindicator te beschrijven¹⁹ (zie tabel 1).

Relevance		The outcome of interest should occur frequently or should represent an improvement opportunity.
Scientific Rigor	Reliability	The indicator needs to produce the same result on repeated measurement.
	Validity	The indicator needs to measure what it claims to measure. Different forms of validity can be distinguished: face validity, content validity, construct validity, and criterion validity
Feasability		The data used to calculate the indicator need to be feasible to obtain.
Usability		The indicator should be understood by its intended audience and provide the ability to take action to improve the indicator score (actionability)

Tabel 1. Criteria voor psychometrische eigenschappen

Om de psychometrische eigenschappen van de resultaatindex te vergroten zijn er verschillende stappen doorlopen, o.a. zoals hierboven beschreven. Zo zorgen we voor uniformiteit door dezelfde meetinstrumenten af te nemen bij alle patiënten met musculoskeletale klachten. We passen een case-mix correctie toe om de vergelijkbaarheid tussen praktijken te vergroten. Met behulp van de ICC berekenen we het onderscheidend vermogen van de resultaatindex tussen praktijken. Iedere praktijk dient minimaal 30 behandel episodes aan te leveren om de betrouwbaarheid te vergroten. De formule van de resultaatindex is helder beschreven met duidelijke definities en is reproduceerbaar. Vanaf deel II van dit rapport toetsen we haalbaarheid van de resultaatindex door de bruikbaarheid en het draagvlak te toetsen. Zie voor een schematisch overzicht hoe en in welke mate de psychometrische eigenschappen in deze studie zijn geborgd en vastgesteld tabel 2.

Relevance		De gemeten uitkomsten zijn afzonderlijk van elkaar verreweg de meest voorkomende en bieden ieder op zich een basis voor verbetering.
Scientific Rigor	Reliability	De formule is reproduceerbaar. De afzonderlijke metingen die als input voor de RI dienen, zijn uitgebreid onderzocht en betrouwbaar bevonden.
	Validity	Het onderscheidend vermogen is berekend mbv de ICC. Er zijn minimale voorwaarden voor aantal metingen benoemd. Er is een case mix correctie toegepast voor de meest voorkomende variabelen. De gekozen individuele meetinstrumenten zijn breed gevalideerd in wetenschappelijk onderzoek voor het door hen te meten construct.
Feasability		Uitsluitend routinematig verzamelde uitkomsten van de grootste patiënt populatie zijn gebruikt.
Usability		Alle stakeholders hebben de RI en grafiek getoetst en beoordeelt op haar bruikbaarheid.

Tabel 2. Wijze waarop in deze studie is omgegaan met de criteria voor psychometrische eigenschappen

¹⁸ Boer D, Triemstra M, Koopman L, Zuidgeest M. Tool Analyses; voor het vergelijken van patiëntervaringen tussen zorgaanbieders versie 1.0. Zorginstituut Nederland: Diemen/Utrecht: NIVEL; 2016. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/tool-analyses-voor-het-vergelijken-van-patientervaringen-tussen-zorgaanbieders-versie-10>.

¹⁹ Claudia Fischer. Proefschrift. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuiszorg: betrouwbaarheid en validiteit. 2015.



2.1.3. De resultaatgrafiek

Tot slot werd de resultaatgrafiek geconstrueerd. Hierin zijn alle uitkomstvariabelen van de resultaatindex opgenomen, inclusief de resultaatindex zelf. Om de scores inzichtelijk te maken is ervoor gekozen om de gecorrigeerde scores voor iedere afzonderlijke variabele om te rekenen naar Z-scores. Met behulp van Z-scores zijn meetinstrumenten die verschillende eenheden als maat voor de uitkomst gebruiken, toch te vergelijken. De Z-scores zijn vervolgens gebruikt in een radardiagram, de resultaatgrafiek. Het voordeel van deze methode is dat het in een oogopslag duidelijk wordt hoe de praktijk scoort op diverse uitkomstmaten ten opzichte van een gemiddelde.

2.2. DEEL II. BRUIKBAARHEID EN DRAAGVLAK VAN DE RESULTAATINDEX.

2.2.1. Methodiek en survey

De evaluatie van de concept resultaatindex vond plaats bij meerdere stakeholders en/of deskundigen (patiëntenverenigingen, fysiotherapeuten, beroepsverenigingen, verzekeraars, bezoekers en statistici). Deze stakeholders werden benaderd na de ontwikkeling van de eerste concepten voor de grafiek en index zoals beschreven in paragraaf 2.1. Er werd gebruik gemaakt van gesprekken en van survey 's. Voorafgaand aan een survey ontvingen de deelnemers een fictieve rapportage met procesinformatie en de resultaatgrafieken (radardiagram) en resultaatindex. Er werd gevraagd om de rapportage aandachtig door te lezen en nadien in de survey te beoordelen op bruikbaarheid voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe transparantie in de eerstelijns fysiotherapie. Ook werd gevraagd of de resultaatindex, voor het gebruik als instrument voor zorginkoop, een beter alternatief zou kunnen zijn dan de behandelindex.

De vragenlijst die gebruikt is voor het evalueren van de bruikbaarheid van de resultaatgrafiek en resultaatindex is te vinden in bijlage 1. Iedere vraag werd gescoord met een 9-punt Likert scale, waarbij 1 werd gescoord als; "helemaal niet bruikbaar" en 9; "absoluut bruikbaar". Wij definieerden de resultaatindex als bruikbaar bij een mediaan van ≥ 7 op de 9 puntschaal.

Om een beeld te krijgen van de mate van overeenstemming is de disagreement index (DI) gebruikt. De DI berekent de ratio van de IPR (Inter-percentile range) en IPRAS-methode (Interpercentile Range Adjusted for Symmetry). De Di score varieert tussen 0 en 1. Hoe hoger de score, hoe groter het verschil tussen de respondenten ²⁰.

2.2.2. Groep 1. De Visiteurs

In de eerste bijeenkomst werd de concept resultaatindex geïntroduceerd onder 18 bezoekers. Alle praktijken die deelnemer zijn bij de SKF worden ééns per twee jaar geconsulteerd door onafhankelijke bezoekers van het auditbureau HCA. Tijdens deze visitatie neemt de praktijk samen met de bezoekers de kwaliteitsevaluatie door die voorwaardelijk is voor deelname aan het kwaliteitsregister van het SKF. Bezoekers hebben hierdoor de afgelopen jaren ervaring

²⁰ Yoshio Akiyama, James Nolan, Marjorie Darrach, Mushtaq Abdal Rahem, Lei Wang, A method for measuring consensus within groups: An index of disagreement via conditional probability, Information Sciences, Volume 345, 2016, Pages 116-128

opgedaan met het huidige kwaliteitsbeleid in veel eerstelijnsfysiotherapie praktijken. De 18 bezoekers werden gevraagd de concept resultaatgrafiek en resultaatindex te lezen en te beoordelen op bruikbaarheid in de dagelijkse praktijk.

2.2.3. Groep 2. De Fysiotherapeuten.

In totaal zijn 21 fysiotherapeuten benaderd voor deelname aan de evaluatie. Iedere fysiotherapeut moest werkzaam zijn in een andere praktijk. Van de 21 deelnemers zijn er 15 deelnemers random uit de database van de LDK geselecteerd en uitgenodigd voor deelname aan de evaluatie vragenlijst. De enige voorwaarde was dat de praktijk waar de deelnemers werkzaam zijn voldoende data had aangeleverd aan de LDK. Op die manier kon er een persoonlijke rapportage worden opgesteld met resultaatgrafiek en resultaatindex van de betreffende praktijk. De andere 6 deelnemers waren fysiotherapeuten die zichzelf hadden aangemeld voor deelname na een oproep tijdens een digitale bijeenkomst van de SKF. Na het inzien van de praktijkrapportages vulden de fysiotherapeuten de survey in.

De LDK is de landelijke database van de SKF, waar in januari 2022 ongeveer 8.000 therapeuten bij waren aangesloten. Deze Stichting beheert een kwaliteitsregister waar het registreren van klinimetrie tot de vereisten behoort. De deelnemende fysiotherapeuten waren dus allen tot op zekere hoogte bekend met het verzamelen van klinimetrische data.

2.2.4. Groep 3. De Statistici.

Na de feedback ronde onder fysiotherapeuten werden vier statistici van Vektis en ZN betrokken in de statistische methoden. In een sessie van een uur werden voor- en nadelen van de methodologische keuzes besproken en afgezet tegen de ervaringen met de Behandelindex. Onder de statistici is de survey niet uitgezet.

2.2.5. Groep 4. De Stakeholders.

Afgevaardigden van de belangrijkste stakeholders, de Patiëntenfederatie Nederland, het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Vereniging voor Oefentherapie Cesar & Mensendieck (VVOCM) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vormden gezamenlijk de klankbordgroep. Deze groep zag toe op het proces van het project en droeg bij aan het formuleren van aanbevelingen, conclusies en dacht mee over verdere implementatie.

De klankbordgroep bestond uit 6 mensen, kwam in totaal 3 maal bij elkaar, voorafgaand aan en tussen de diverse klankbordrondes door. In de klankbordgroep werden de resultaten van de feedback rondes besproken en werden de resultaten getoetst aan de mening en adviezen van de diverse achterbannen. Tevens werden de toepassingsmogelijkheden besproken.

Tegelijkertijd met het uitsturen van de vragenlijst ronde met fysiotherapeuten hebben de leden van de klankbordgroep een anonieme praktijkrapportage ingezien en hebben zij de survey ingevuld.

2.2.6. Groep 5. De Taakgroep

De taakgroep Resultaatindex bestond uit afvaardigingen van het Paramedisch Platform Nederland (PPN), het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Zorgverzekeraars

Nederland (ZN), de SKF en de Patiëntenfederatie Nederland (PN). Zij kwam gedurende de totstandkoming van dit onderzoek 2 maal bijeen en leverde input op het concepteindrapport.

3. RESULTATEN

3.1. DEEL I. DE ONTWIKKELING VAN EEN CONCEPT RESULTAATINDEX.

3.1.1. Ontwerpkeuzes

Op basis van de door Equalis opgestelde domeinen (figuur 2) is er onderzocht welke uitkomstmaten we met de huidige LDK-data kunnen implementeren. Op basis van deze analyse is er een resultaatgrafiek ontworpen met daarin vijf uitkomstmaten die deel uitmaken van de beschreven domeinen. In eerste instantie is de keuze gemaakt om een resultaatgrafiek en resultaatindex te ontwerpen voor mensen met musculoskeletale klachten. De domeinen met de bijbehorende meetinstrumenten lichten we hieronder nader toe.

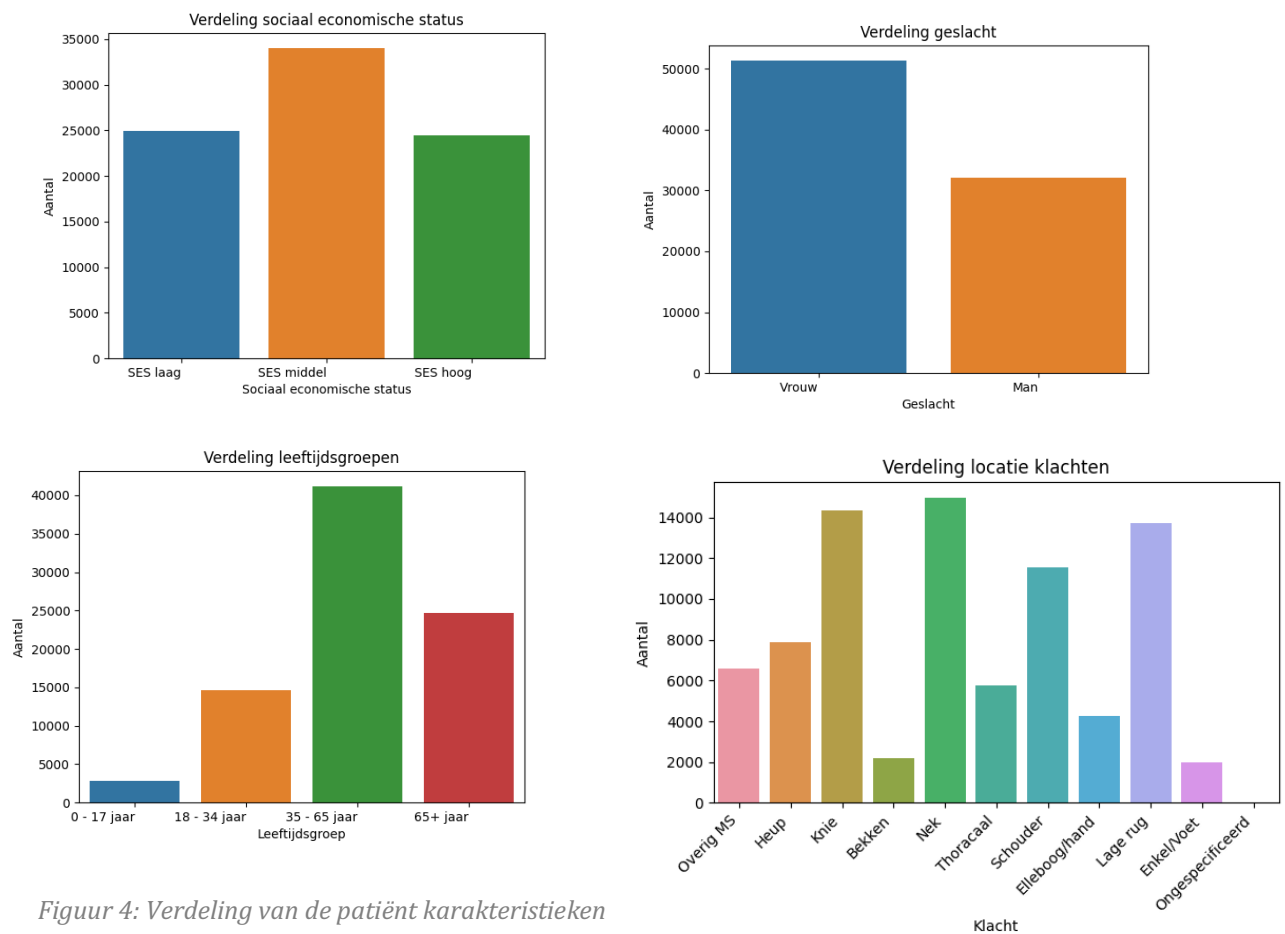
- A. Domein 'inzet van middelen'
 - a. AB: Het gemiddeld aantal behandelingen van alle afgesloten behandelperiodes.
 - b. BD: De gemiddelde behandelduur van alle afgesloten behandelperiodes in weken.
- B. Domein 'kwaliteit van leven'
 - a. NPRS: Gemiddelde verandering in pijn intensiteit gemeten met de Numeric Pain Rating Scale (NPRS, 0-10). Hiertoe wordt de uitkomst op de eerste meting afgetrokken van de meting bij het afsluiten van de behandeling.
- C. Domein 'kwaliteit van zorg'
 - a. PSK: Het gemiddelde van de verandering in activiteitsniveau gemeten met de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) (0-10). Hierbij gebruiken we de eerste meting in een behandelperiode de begin meting en de laatste meting de eindmeting.
- D. Domein 'patiënttevredenheid'
 - a. Het domein 'patiënt tevredenheid' is (nog) niet in de resultaatindex opgenomen omdat deze niet in de landelijke database kwaliteit voorkomt. De GPE, die wel voorkomt, werd op het moment van schrijven nog niet betrouwbaar genoeg geregistreerd vanwege technische problemen. De PREM is ook een optie, maar heeft het nadeel via een andere weg te worden verzameld. Integratie van een van beide systemen is op de langere termijn een richting die het waard is te onderzoeken.

De resultaatindex zelf is ook opgenomen in de resultaatgrafiek. De resultaatindex is een overkoepelende index waarin alle elementen van A tot en met C zijn verwerkt in één score. Om de scores inzichtelijk te maken voor de praktijken is er gekozen om de scores om te rekenen naar Z-scores en deze in een radardiagram te visualiseren. Het voordeel van deze methode is dat het in een oogopslag duidelijk wordt hoe de praktijk scoort ten opzichte van het gemiddelde (de 0-lijn), van andere praktijken en daarnaast is het mogelijk om de uitkomsten van dezelfde praktijk over verschillende periodes te visualiseren.

3.1.2. Berekening resultaatindex

3.1.2.1. Beschrijvende data

In totaal voldeden 528.072 behandelingsafleveringen van 462.299 patiënten aan de inclusiecriteria. Hiervan zijn 444.765 afleveringen geëxcludeerd in verband met onvolledige klinimetrische data, te weinig behandelingen (<3) of omdat de praktijk waar de behandeling was uitgevoerd onvoldoende data had aangeleverd (<30 behandelingsafleveringen). Er zijn 83.307 behandelingsafleveringen (16%) van 352 praktijken meegenomen in het maken van de modellen. Uit de verdeling van de patiënt gerelateerde variabelen binnen de totale populatie bleek iedere afzonderlijke groep voldoende mensen te bevatten om het lineair mixed model op toe te passen (figuur 4).



Figuur 4: Verdeling van de patiënt karakteristieken

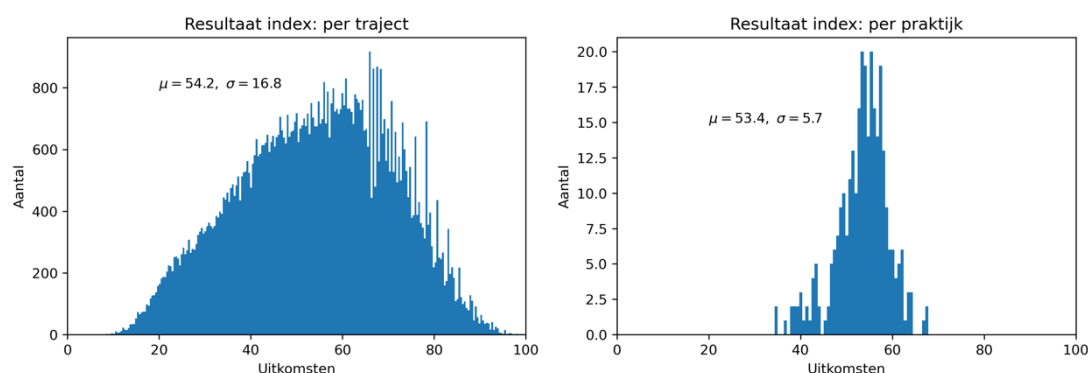
3.1.2.2. De resultaatindex

De resultaatindex is gebaseerd op het principe van Value Based Health Care en is een kwantitatieve weergave van de ratio tussen 'patient relevant outcomes' en 'costs per patient to achieve these outcomes' ²¹. Door de resultaten van de therapie te delen door de kosten kunnen we de waarde van de behandeling afzetten tegen de kosten. De resultaatindex kan worden berekend per episode door de veranderscores van de NPRS en PSK bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal behandelingen en de behandelduur (zie formule 1). Daarnaast is er gekozen voor een min-max normalisatie van de resultaten (minimum -20, maximum 20) zodat de resultaat index tussen de 0 en 1 wordt gescoord. Uiteindelijk is de uitkomst omgezet naar een score tussen de 0 en 100, waarbij 100 de hoogst haalbare score representeert.

$$\text{Formule 1: } \frac{\Delta NPRS + \Delta PSK + 20}{40 + ((AB - 3) * 2) + (BD - 1)} * 100$$

In formule 1 staan de kosten AB voor het aantal behandelingen (maatschappelijke kosten), BD voor de behandelduur (kosten uitgedrukt in belasting voor de patiënt), en in de resultaten NPRS (verandering in pijn) en PSK (verandering in functie)

De ruwe resultaatindex vertoont een redelijk normaal verdeelde populatie zowel op het niveau van de behandel episodes als op dat van de praktijken. Op de x-as in figuur 5 is de score op de resultaatindex te vinden, op de y-as het aantal malen data die score voorkwam, per behandel episode (traject) en als gemiddelde resultaatindex per praktijk. Er is sprake van een zeer licht scheve verdeling naar links (figuur 5).



Figuur 5. Histogram van resultaatindex op behandel episode en praktijkniveau, pre-correctie

2.1.2.3. Correctiefactor voor patiënt gerelateerde variabelen

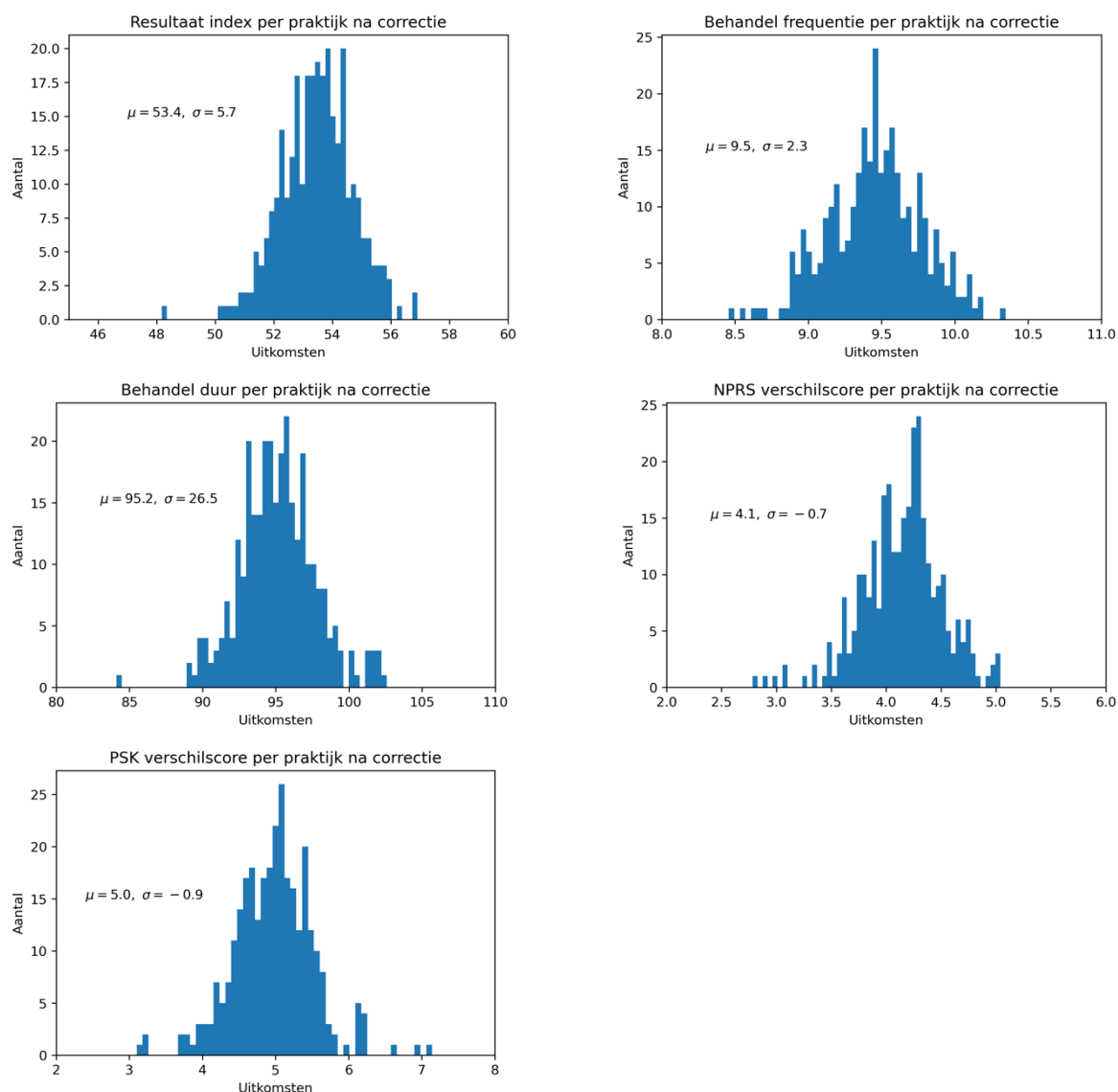
Om de uiteindelijke uitkomsten in de resultaatgrafiek tussen praktijken te kunnen vergelijken zijn de uitkomsten gecorrigeerd door middel van vijf verschillende lineair mixed effect models,

²¹ Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care. Reed Business Education

één voor elke variabele die in de resultaat grafiek is opgenomen, te weten aantal behandelingen, behandelduur, verandering in pijn en verandering in functie en de resultaatindex. De volgende patiënt karakteristieken zijn opgenomen als vaste effecten; geslacht, leeftijd, begin score NPRS, begin score PSK, sociaal economische status en het type klacht (vastgesteld met de Diagnosecoderingssysteem Paramedische hulp (DCSPH)-code). De coëfficiënten van de modellen per uitkomstmaat zijn beschreven in bijlage 5.

3.1.2.4. De prestaties van de resultaatindex

Na het toepassing van de correctie op de uitkomstmaten en berekening van het gemiddelde per praktijk is er een normaal verdeling zichtbaar (figuur 6).



Figuur 6. Verdeling van de uitkomsten per praktijken na correctie

Omdat de praktijken in de lineaire modellen zijn toegevoegd als willekeurige effect, is het mogelijk om het onderscheidend vermogen per uitkomstmaat te berekenen met behulp van de ICC. In tabel 1 zijn deze ICC-waarden van de vijf uitkomstmaten van de resultaat grafiek weergegeven. Hierin is zichtbaar dat 7.2% tot en met 9.8% van de variatie op de

uitkomstmaten verklaard kan worden door de praktijken. Alle maten scoren hoger dan de CQ-index ²², de resultaatindex als geheel zelfs driemaal zo hoog. De CQ-index is een maat die gebruikt wordt voor het in kaart brengen van patiënttevredenheid. De uitkomstmaat resultaat index scoort afgerond 0.1 (10%) en kan daarmee als adequate maat gezien worden.

Variable	ICC (gecorrigeerd)
Aantal behandelingen (AB)	0.073
Behandelduur (BD)	0.072
Verandering NPRS (NPRS)	0.089
Verandering PSK (PSK)	0.085
Resultaat index (RI)	0.098
CQ-index (voorbeeld)	0.037

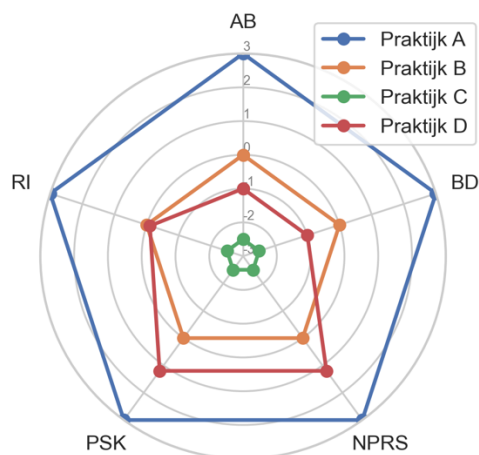
Tabel 3. ICC-waardes per uitkomstmaat van de resultaat grafiek

3.1.2. De resultaatgrafiek

De gemiddelde gecorrigeerde praktijk score kan daarna worden gebruikt om de uitkomsten van de praktijken te vergelijken en een visuele weergave te maken. Daartoe werden de gecorrigeerde uitkomsten omgezet naar een Z-score en in een radarplot weergegeven op een schaal van +3 tot -3, waarbij +3 een hogere score en -3 een lagere score geeft. Dat maakt het mogelijk om de uitkomsten van praktijken met elkaar te vergelijken in een figuur. Hierbij geeft de 0-lijn het gemiddelde van alle praktijken weer. In figuur 7 is een voorbeeld weergegeven van 4 fysiotherapiepraktijken.

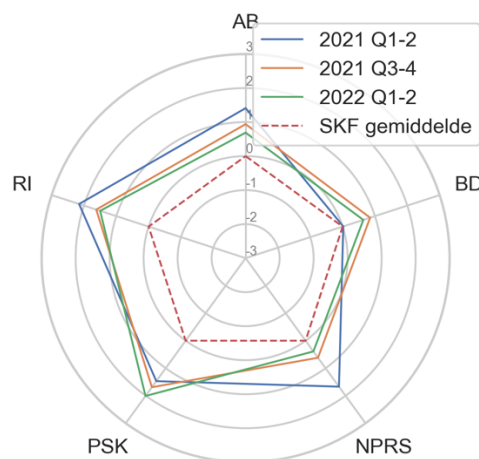
1. Praktijk A: Behaalt in minimale tijd met weinig behandelingen maximale resultaten.
2. Praktijk B: Behaalt in gemiddelde tijd met een gemiddeld aantal behandelingen gemiddelde resultaten.
3. Praktijk C: Behaalt in lange tijd met veel behandelingen minimale resultaten.
4. Praktijk D: Behaalt in langere tijd en meer behandelingen betere resultaten dan de gemiddelde, zoals praktijk B.

²² D. de Boer, C. Veenhof, D. Delnoij. CQ-index Fysiotherapie, versie 2.3 psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen. 2009 Nivel



Figuur 7. Resultaatgrafiek met meerdere praktijken

Daarnaast is het met deze methode mogelijk om de uitkomstmaten van de praktijk over verschillende periodes met elkaar te vergelijken. In figuur 8 zijn de resultaten van een praktijk over verschillende semesters vergeleken ten opzichte van het gemiddelde. Zo is zichtbaar dat de praktijk het goed doet in vergelijking met het gemiddelde van de SKF praktijken, minder behandelingen daarvoor nodig heeft en het laatste jaar het effect van hun inspanningen op het fysiek functioneren van patiënten zien stijgen (de PSK-score).



Figuur 8. Resultaat grafiek van één praktijk op meerdere momenten

3.2. DEEL II. BRUIKBAARHEID EN DRAAGVLAK VAN DE RESULTAATINDEX.

3.2.1. Groep 1. De Visiteurs

Van de 18 benaderde visiteurs hebben 11 (61%) de vragenlijst ingevuld. In tabel 4 is te zien dat de visiteurs over het algemeen de resultaatgrafiek en resultaatindex bruikbaar vinden voor interne kwaliteitsverbetering (mediaan 7), maar niet voor externe transparantie (mediaan 3-5). De visiteurs vinden de resultaatindex een beter alternatief dan de behandelindex (mediaan 7).

Interne kwaliteitsverbetering			
	Visitatie	Peer-review	
Resultaatgrafiek	Mediaan: 7 DI: 0,65	Mediaan: 7 DI: 0,16	
Externe transparantie			
	Zorginkoop	Keuze hulp	Vergelijk met 2 ^e /3 ^e lijn
Resultaatgrafiek	Mediaan: 5 DI: 0,52	Mediaan: 5 DI: 0,85	Mediaan 3 DI:0,52
Resultaatindex	Mediaan: 5 DI: 0,97	Mediaan: 4 DI: 0,97	Mediaan 4 DI: 0,97
Beter alternatief dan behandelindex			
Resultaatindex	Mediaan: 7 DI: 0,16		

Tabel 4. Resultaten vragenlijst visiteurs. DI: Disagreement Index

In de open tekstvelden geven de visiteurs onder andere het volgende aan:

Interpretatie van visuele weergave

Sommige visiteurs geven aan moeite te hebben bij het interpreteren (snappen) van de resultaatgrafiek en resultaatindex, waarbij het voor sommige mensen lastig kan zijn om in te zetten als kwaliteit verbeterinstrument. Terwijl andere visiteurs aangeven dat het een duidelijk instrument is die ook te begrijpen is voor fysiotherapeuten met minder affiniteit met het interpreteren data. Voor het gebruik tijdens peer review is een suggestie van een visiteur om de resultaatgrafiek te presenteren per fysiotherapeut.

Gaming

Verschillende visiteurs geven aan dat wanneer de resultaatindex gebruikt wordt voor externe transparantie het kan zorgen voor gaming, dat wil zeggen, het manipuleren van de uitkomsten. Bijvoorbeeld vanwege de angst voor vereiste van zorgverzekeraars in de contractering. Zo geeft een visiteur aan:

“Voor sommige praktijken met bijvoorbeeld bepaalde specialisaties is de behandelindex absoluut geen bruikbaar gegeven. De resultaatindex zou dit wel een stuk beter maken, maar er zal hier wel sneller en makkelijker mee gesjoemeld kunnen worden.”

Alle resultaten zijn te vinden in bijlage 2.

3.2.2. Groep 2. De Fysiotherapeuten

Van de 21 uitgenodigde fysiotherapeuten hebben er 13 (response 62%) de vragenlijst ingevuld. De deelnemers hadden verschillende functies in de praktijk, variërend van praktiserend fysiotherapeut (54%), praktijkhouder (69%) en/of kwaliteitsmanager (54%), zie figuur 6. De gemiddelde werkervaring in de fysiotherapiepraktijk was 22 jaar. In tabel 5 is te zien dat de fysiotherapeuten de resultaatgrafiek en resultaatindex bruikbaar vinden voor interne kwaliteitsverbetering (mediaan 7), maar niet voor externe transparantie (mediaan 4-6). De fysiotherapeuten vinden de resultaatindex een beter alternatief dan de behandelindex (mediaan 7).

15. Welke functie(s) heeft u in de praktijk?

13 responses



Figuur 9. Functies deelnemende fysiotherapeuten

Interne kwaliteitsverbetering			
	Visitatie	Peer-review	
Resultaatgrafiek	Mediaan: 7 DI: 0,33	Mediaan: 7 DI: 0,33	
Externe transparantie			
	Zorginkoop	Keuze hulp	Vergelijk met 2 ^e /3 ^e lijn
Resultaatgrafiek	Mediaan: 4 DI: 0,65	Mediaan: 5 DI: 0,97	Mediaan 6 DI: 0,41
Resultaatindex	Mediaan: 5 DI: 0,95	Mediaan: 4 DI: 0,68	Mediaan 5 DI 0,58
	Beter alternatief dan behandelindex		
Resultaatindex	Mediaan: 7 DI: 0,53		

Tabel 5: Resultaten vragenlijst fysiotherapeuten DI: Disagreement Index

Interpretatie van de grafiek

Ondanks de toelichting over de gestandaardiseerde scores blijft het voor sommige fysiotherapeuten lastig om de uitkomsten te interpreteren. Een fysiotherapeut stelt voor om de originele waarde, zonder correctie voor persoonskenmerken, aan te houden. Voor een andere fysiotherapeut was het lastig om te zien welke DCSPH-codes gebruikt zijn. Verder stelt een fysiotherapeut voor om nog een lijn met een gemiddelde van de praktijk over de 4 kwartalen op te nemen in de resultaatgrafiek.

Gaming

Naast visiteurs gaven ook fysiotherapeuten in de vragenlijst aan dat het risico van gaming groot is wanneer de resultaatgrafiek en resultaatindex gebruikt worden voor externe transparantie. Zo gaf een fysiotherapeut aan:

“Wie zegt dat de patiënt de klinimetrie heeft ingevuld en niet de therapeut zelf? Wanneer we er de zorginkoop van af laten hangen, is het roepen naar administratieve fraude. Dit hebben we reeds vaak zien gebeuren, nu nog proberen praktijken dat ook te doen met de behandelindex. Alleen deze laatste is minder beïnvloedbaar.”

Mogelijk kan de bruikbaarheid voor externe transparantie veranderen als uitkomsten niet meer via de fysiotherapeut wordt verzameld geeft een fysiotherapeut aan:

“Bovenstaande antwoorden zijn ingevuld zoals de situatie nu is (therapeut kan invloed hebben op de resultaten). Als dat niet het geval is dan is het denk ik beter bruikbaar.”

Voor alle reacties van fysiotherapeuten zie bijlage 3.

3.2.3. Groep 3. De Statistici

De statistici concludeerden dat het model er ‘mooi uitzag’. Zij deden de volgende aanbevelingen:

- In de behandelindex was er behoefte aan een dieper inzicht in welk soort patiënt het betreft. Maak daar gebruik van in de ontwikkeling van de resultaatindex door die aan te passen per groep patiënten die op elkaar lijken, en maak gebruik van cae-mix correctie.
- Maak inzichtelijk hoeveel van de patiënten niet zijn meegenomen. Dit vormt eventuele bias doormissing data. Verklaring plus eventueel door imputatie, vergelijk van patiënten met missende 2^e meting en degenen die dat wel hebben ingevuld.
- De fysiotherapeuten willen tot op het fijne kunnen narekenen hoe de BI tot stand komt. Belangrijk om inzichtelijk te maken welke berekeningen je doet.
- Het helpt als een onafhankelijke partij het proces controleert en certificeert.
- Fysiotherapeuten worden erg onrustig als de BI schommelt over de jaren heen. Kan gebeuren door missende data. Een voorspelling voor het volgende jaar, CI meegeven, helpt.
- Hoe verhoudt de BI zich tov de resultatenindex? Wellicht zinvol om duidelijk te maken?

- Lineair mixed model goede keuze. Hebben jullie nog andere modellen overwogen en getoetst of andere modellen het mogelijk beter doen? Zelf zouden ze ook kiezen voor een lineair mixed effect model ipv het mandjesmodel bij de BI.
- Probeer uitschieters eruit te filteren of denk na hoe je daarmee omgaat.
- Het is belangrijk om fysiotherapeuten vertrouwen te geven in de berekeningen van de resultaatgrafiek en resultaatindex.

3.2.4. Groep 4. De Stakeholders.

Er vonden drie bijeenkomsten van de klankbordgroep plaats. Tijdens de eerste bijeenkomst werd het doel van het project, de methode en de implementatie besproken.

Algemene opmerkingen

Er moet veel aandacht zijn voor het vervolgtraject met een implementatie strategie die is gericht op draagvlak bij de gebruikers (praktijken en therapeuten). Dit kan gecreëerd worden door praktijken eerst in een veilige omgeving met de resultaatindex te laten werken en deze te gebruiken voor hun eigen profilering. De resultaat index op dit moment als absoluut criterium inzetten voor afrekenen of inkopen is ongewenst. Afspraken over de toekomst worden wel noodzakelijk geacht, waarbij onderscheid moet worden gemaakt tussen gebruik voor zorginkoop en keuze informatie.

Gaming

De resultaat index wordt bepaald door de resultaten af te zetten tegen het aantal behandelingen en de duur van de behandeling. In de huidige situatie is het voor fysiotherapeuten mogelijk om resultaten toe te voegen en/of aan te passen waardoor ze de uitkomsten van de resultaat index kunnen veranderen. Door de resultaatindex te gebruiken in een veilige omgeving waarin therapeuten niet financieel beloond of gestraft worden voor de pure scores op de resultaatindex kan de neiging hiertoe worden voorkomen. Voor een gebruik dat verder gaat dan dit zal de tijd genomen moeten worden om het proces waarlangs de resultaatindex wordt berekend verder te ontwikkelen.

Data

Een betrouwbaar en robuust systeem is essentieel voor de berekening van de resultaatindex voordat deze grootschalig ingezet kan worden. De resultaten moeten immers wel een weerspiegeling van de werkelijkheid zijn. Om vertrouwen te krijgen van de praktijken moet het proces en de berekening inzichtelijk gemaakt worden.

Wensen voor doorontwikkeling

De resultaat index kan gezien worden als een eerste stap richting 'value-based healthcare'. Er zijn nog veel mogelijkheden om de resultaatindex verder door te ontwikkelen en deze stappen moeten worden gezet in samenwerking met de verschillende partijen. Hierin zijn voornamelijk de praktijken belangrijk, aangezien zij er in eerste instantie mee aan de slag gaan en volledig achter moeten staan. Na de implementatie en voldoende draagvlak onder gebruikers kunnen de mogelijkheden rondom verdere externe transparantie bekeken worden.

Vragenlijst klankbordgroep

Alle leden van de klankbordgroep hebben voorafgaand aan de 2^e bijeenkomst de vragenlijst ingevuld. De klankbordgroep vindt de resultaatgrafiek en resultaatindex bruikbaar voor

interne kwaliteitsverbetering (mediaan 8 – 8,5), keuze informatie voor patiënten (mediaan 7-8) en vergelijk met andere zorgdisciplines (Mediaan 6,5 – 7), maar niet voor zorginkoop (mediaan 3,5). De klankbordgroep als geheel vindt de resultaatindex geen beter alternatief dan de behandelindex (mediaan 6), maar gezien de disagreement index van 0.54 verschillen de mening daarover nogal per respondent. Zie tabel 6 voor de mediaan en DI op alle vragen.

Interne kwaliteitsverbetering			
	Visitatie	Peer-review	
Resultaatgrafiek	Mediaan: 8 DI: 0,01	Mediaan: 8,5 DI: 0,13	
Externe transparantie			
	Zorginkoop	Keuze hulp	Vergelijk met 2 ^e /3 ^e lijn
Resultaatgrafiek	Mediaan: 3,5 DI: 0,31	Mediaan: 7 DI: 0,08	Mediaan 7 DI 0,10
Resultaatindex	Mediaan: 3,5 DI: 0,75	Mediaan: 8 DI: 0,08	Mediaan 6,5 DI 0,75
	Beter alternatief dan behandelindex		
Resultaatindex	Mediaan: 6 DI: 0,54		

Tabel 6. Resultaten vragenlijst leden van de klankbordgroep DI: Disagreement Index

In de open tekst velden geven de leden van de klankbordgroep het volgende aan:

“De RI is nog in ontwikkeling en zal voorlopig eerst moeten worden geïntroduceerd bij de achterban. Laten we eerst leren en verbeteren als aandachtspunt houden zodat de FT en OT zich veilig voelen bij dit instrument. Dan komt belonen en afrekenen later.”

“M.b.t. gebruik voor keuze informatie lijkt me goed om te kijken hoe de resultaatgrafiek (of de data erachter) bruikbaar kan zijn en wat het pad daar naartoe dan zou zijn. Ik denk daarnaast dat het belangrijk is om goede instructies te hebben over de manier van data ophalen, zodat praktijken dat allen op eenzelfde manier doen.”

“Ik zie de RI niet als vervanger van de BI het heeft een hele andere inhoud”

“Er dient eerst ervaring opgedaan te worden in een veilige setting, zodat aan randvoorwaarden voldaan wordt door gebruikers (FTs), zoals PROM-gebruik en kennis over hoe te lezen en interpreteren. Pas als die ervaring opgedaan is ontstaat een beeld over de toepassing extern (ZVs & PTs), waarbij ik eerder geneigd ben om het in te zetten voor PTs dan voor ZVs

Tijdens de 2^e bijeenkomst zijn de resultaten van de ingevulde vragenlijsten van de fysiotherapeuten gepresenteerd en besproken. Daarnaast zijn de resultaten van de klankbordgroep zelf besproken en is er nagedacht over een verdere implementatie van de resultaatgrafiek en index.

Algemene opmerkingen

De klankbordgroep adviseerde om in de huidige fase van de ontwikkeling van de resultaatgrafiek en resultaatindex te spreken van een tussentijdse fase en niet een eindfase.

Waarbij, afhankelijk van nieuwe inzichten en ontwikkelingen de resultaatindex aangepast kan worden. Zo kan de resultaatindex gezien worden als een levend instrument.

Daarnaast brachten verzekeraars in dat het in de huidige fase van de resultaatgrafiek en resultaatindex belangrijk is om een veilige omgeving te creëren voor fysiotherapeuten. De meerderheid van de klankbordgroep onderschreef dit. Als fysiotherapeuten in een veilige omgeving data kunnen verzamelen en vergelijken komen leer en verbeter initiatieven beter tot zijn recht.

Bruikbaarheid voor interne kwaliteitsverbetering

De klankbordgroep onderschreef dat de huidige resultaatgrafiek en resultaatindex een mooie basis is voor interne kwaliteitsverbetering in de eerstelijns fysiotherapie. Waarbij wordt benadrukt om niet te veel in conceptualisering te blijven hangen, maar alvast starten met het gebruik voor leren & verbeteren. Inzichten uit de dagelijks praktijk kunnen weer gebruikt worden voor een doorontwikkeling.

Bruikbaarheid voor externe transparantie

Reflecterend op de resultaten uit de vragenlijst geven de leden van de klankbordgroep unaniem aan dat op dit moment te vroeg is om op praktijkniveau transparant te worden op de resultaatgrafiek en resultaatindex. Wanneer het gevoel ontstaat dat de resultaatindex gebruikt wordt als een afrekeninstrument dan gaat het zijn doel voorbij en bestaat het risico dat het niet meer bruikbaar is als instrument voor kwaliteitsverbetering. De eerste stap naar externe transparantie zou kunnen zijn om op populatieniveau te kijken naar zorguitkomsten in de fysiotherapie om daarmee inzicht te geven in de waarde van de geleverde zorg. Verder is de wens uitgesproken door patiëntvertegenwoordiging om na te denken en afspraken te maken over het gebruik van uitkomsten voor keuze hulp van patiënten voor het vinden van de geschikte fysiotherapiepraktijk.

Verder geven zorgverzekeraars aan dat het stimuleren van het gebruik van de resultaatgrafiek en resultaatindex voor kwaliteitsverbetering ook een manier kan zijn om waardering te geven aan kwaliteitsbevordering.

Wensen voor doorontwikkeling

Eén van de belangrijkste vervolgstappen is de route waarlangs patiëntuitkomsten worden verzameld. Op dit moment gaat dit via de fysiotherapeut, in de toekomst zal nagedacht moeten worden hoe er een systeem gecreëerd kan worden dat patiënten zelfstandig zorguitkomsten kunnen rapporteren zonder inmenging van de fysiotherapeut.

De klankbordgroep geeft aan om niet gelijk een resultaatindex te ontwikkelen voor alle patiënt populaties in de eerstelijns fysiotherapie, maar eerst een basis leggen met een aantal specifieke groepen, zoals nu ook is gestart. Door de jaren heen kunnen daar dan populaties bijkomen.

Door de klankbordgroep is de wens uitgesproken om in de toekomst naar te denken over het betrouwbaar verzamelen van informatie over recidivering van patiënten en het in kaart brengen van informatie over kwaliteit van leven.

De klankbordgroep benadrukt dat de huidige fase van de resultaatindex gezien moet worden als een eerste stap in een ontwikkelmodel. Daarbij moet in de toekomst nog goed nagedacht worden over welke elementen toegevoegd kunnen worden, afhankelijk van zowel behoefte aan inzicht van therapeuten als behoefte aan inzicht van externe stakeholders. In die discussie

wordt ook van belang of en zo ja welke normering toegevoegd kan worden aan de interpretatie van de uitkomsten.

3.2.5. Groep 5. De Taakgroep

De finale input vond plaats in de taakgroep resultaatindex. Op de algemene lijn was er veel instemming en complimenten. Op onderdelen werd nog feedback gegeven, waarbij enkelen nog naderhand schriftelijk feedback leverden. De meest significante feedback bestond uit:

Bespreek duidelijker de mogelijkheid van een selectiebias in de praktijken die aan het onderzoek deelnamen.

Beschrijf duidelijker de opbouw in psychometrische eigenschappen waar validiteit een onderdeel van is. Geef aan waar deze nog niet duidelijk is en waar deze al solide aanwezig is.

Kwaliteit van leven lijkt nu primair rond pijn te worden gemeten. Dat zou verbreed moeten worden.

De discussie over de inzet voor keuze informatie voor patiënt zou terug moeten komen in aanbevelingen.

De VvOCM verzoekt de resultaatindex uitsluitend als Resultaatindex Fysiotherapie te benoemen. Zij is enthousiast over de methodiek maar wil de ruimte nemen om afbakening en doelgroepen nader te onderzoeken, specifiek voor de oefentherapie.

ZN heeft een aantal opmerkingen over de waarde van de BI en haar invloed op de daling van de kosten van Fysiotherapie. Daarbij wordt ook opgemerkt dat 'doorontwikkeling' suggereert dat de BI opgaat in de RI en daardoor als zelfstandig instrument verdwijnt. Dat is niet het geval.

- De inclusie van behandel episodes in de breedste zin van het woord;
- Eigenlijk wordt niet het onderdeel kosten meegenomen in de RI, maar meer het aantal behandelingen/behandelduur. Die opmerking moet ergens terugkomen en ook bij de aanbevelingen is het nodig om voor de toekomst te kijken of er wel iets mogelijk is om "dichterbij" de kosten te komen



4. DISCUSSIE

DEEL I. WELKE CONCEPT RESULTAATINDEX (RI) VOOR DE BEHANDELING VAN MUSCULOSKELETALE KLACHTEN IN DE EERSTELIJS FYSIOTHERAPIE KAN ONTWIKKELD WORDEN?

In dit rapport beschrijven we de resultaten van de ontwikkeling van een concept resultaatindex en hoe gebruiksvriendelijk en geschikt deze is voor verschillende doelen in de Fysiotherapie.

We hebben gekozen voor een resultaatgrafiek en een resultaatindex. Beiden zijn per direct goed toepasbaar om het leer en verbeter proces van zorgverleners te ondersteunen. Voorwaardelijk is wel een routinematige registratie van klinimetrie en dataverzameling. De grafiek en index lijken, in sommige gevallen met een kleine tijdsinvestering, goed te begrijpen voor therapeuten. Het samenstellen en berekenen kost tijd noch administratieve belasting voor de therapeut en de klinimetrische eigenschappen zijn goed. Wel vergt het registreren van klinimetrie enige tijd maar indien beperkt tot die instrumenten die gebruikt worden in de behandeling van de patiënt, is de registratie ervan te verantwoorden. Het instrument kan verder worden doorontwikkeld in het gebruik. De uitkomsten op het instrument lijken op dit moment niet geschikt voor zorginkoop. Wel kan het gebruik ervan door praktijken en/of therapeuten dienen als onderdeel van een kwaliteitssysteem waarvoor in zorginkoop een plaats kan worden gevonden. Geschiktheid voor keuze informatie zal nader bekeken moeten worden.

Per onderzoeksvraag gaan wij verder in op de resultaten. Ook is aan het slot een paragraaf met meer algemene bevindingen toegevoegd.

DEEL II. WAT IS BRUIKBAARHEID EN DRAAGVLAK VAN DE CONCEPT RESULTAATINDEX ONDER DE BELANGRIJKSTE STAKEHOLDERS?

1. Is de resultaatindex geschikt om zorgverleners te helpen leren de zorgkwaliteit te verbeteren?

De resultaatindex lijkt in combinatie met de resultaatgrafiek een goed instrument om zorgverleners meer inzicht te geven in hun handelen in de dagelijkse praktijk, door dit te kunnen vergelijken en andere praktijken. Gebruik voor therapeuten onderling is ook mogelijk, maar wel afhankelijk van het minimumaantal patiënten behandeld door één therapeut. Analyse van de resultaatindex heeft uitgewezen dat ongeveer 10% van de variatie in de uitkomsten wordt veroorzaakt door de praktijk waar de behandelingen hebben plaats gevonden. Dit is ruim voldoende om onderscheid te maken tussen praktijken en geeft zorgverleners de mogelijkheid om van elkaar te leren en waar mogelijk te verbeteren, wat op termijn zal gaan lijden tot een verbetering van de zorgkwaliteit. Ter vergelijking, de CQ-index verklaart tussen de 3 en 4% van de variatie tussen praktijken. De feedback groepen ondersteunen dit beeld, met medianen variërend tussen een 7 en een 8.5.

Uit de feedback rondom komen enkele aandachtspunten. Een concrete suggestie is het aanbrengen van een trendlijn over de kwartalen, per praktijk. Ook ziet men meerwaarde in het weergeven van resultaatgrafieken per therapeut in plaats van alleen op praktijk niveau. Beide

suggesties zijn inmiddels overgenomen en verwerkt in resultaatgrafiek en index. Daarnaast is het voor sommige fysiotherapeuten lastig om de resultaatgrafiek zonder toelichting te begrijpen en wordt een veilige omgeving waarin therapeuten elkaar kunnen bevragen, als essentieel beschouwd. Met name stakeholders geven aan dat het belangrijk is snel te starten met de resultaatgrafiek en index in dit leerproces binnen deze veilige omgeving en de ervaringen te gebruiken om de resultaatgrafiek en index verder te ontwikkelen.

Dit advies past in het geheel van feedbackronden: een snelle, veilig start in het proces van leren en verbeteren is gewenst. De implementatie van de grafiek en index dient tenminste een korte praktisch uitleg voor therapeuten te bevatten. Dat kan in de vorm van een cursus, of een online tool, maar het lijkt ook van belang om de visiteurs, die praktijken 2-jaarlijks ontmoeten, een gedegen onderbouwing te geven voor het gebruik van de data. Het lijkt ook zinvol om de peer review coaches, de mensen die de procesgang van het leer en verbeterproces in de SKF ondersteunen, tevens dieper inzicht te geven. Deze noodzaak wordt nog eens benadrukt door de statistici. Hun ervaring is dat fysiotherapeuten precies willen weten hoe de behandelindex wordt berekend. Of dit in dezelfde mate voor de resultaatgrafiek en index geldt kan niet met zekerheid gezegd worden omdat de behandelindex directe gevolgen heeft voor de contractering, terwijl de resultaatindex deze consequentie op dit moment niet kent.

2. Is de RI geschikt als hulpmiddel bij zorginkoop door verzekeraars?

Deze vraag heeft betrekking op de index zelf, de grafiek is hiervoor niet geschikt. De index is qua prestaties zeer geschikt als hulpmiddel voor inkoop door verzekeraars. De index maakt zeer goed onderscheid tussen praktijken met een ICC >0.1, biedt de mogelijkheid om deze per patiëntencategorie in te zetten, en verwerkt naast de kosten ook de opbrengsten voor patiënt en maatschappij. De diverse feedback groepen geven aan dat de resultaatindex beter geschikt is voor zorginkoop dan de behandelindex, maar de stakeholders zijn niet overtuigd gezien de mediaanscore van 6 en een DI van 0.54.

Op de directe vraag of de RI geschikt is voor zorginkoop is het antwoord negatief. Ondanks dat de psychometrische eigenschappen goed zijn wordt het belang van een veilige introductie in een lerend systeem in de fysiotherapie als groter gezien. De resultaatindex wordt gezien als een zinvol en veelbelovend instrument waarvan de implementatie onder druk komt te staan als de uitkomsten te vroeg gebruikt worden voor inkoop van zorg.

De meest genoemde reden waarom de resultaatindex op dit moment niet geschikt is voor zorginkoop is het zogenaamde 'gaming' effect. Met gaming wordt bedoeld dat therapeuten voor hen betere uitkomsten zullen stimuleren of zelfs de data in een voor hen gunstiger richting zullen manipuleren. Als een financiële prikkel direct gekoppeld wordt aan de uitkomst van een kwaliteitsaspect zal dit negatieve consequenties hebben voor de betrouwbaarheid van de data²³. Deze bevinding is niet exclusief voor de fysiotherapie, zo is bijvoorbeeld dit fenomeen ook vastgesteld bij het gebruik van indicatoren gebaseerd op PROMs in de behandeling van mensen met mentale problemen²⁴. Het aspect van gamen wordt zowel door visiteurs, door de

²³ Verburg, K. The proof of the pudding. Proefschrift. In press.

²⁴ Wolpert, M. Uses and Abuses of Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Potential Iatrogenic Impact of PROMs Implementation and How It Can Be Mitigated. *Adm Policy Ment Health*. 2014; 41(2): 141–145.

stakeholders als door de fysiotherapeuten zelf aangegeven. Een oplossing hiervoor kan zijn de uitkomsten door de patiënt te laten invullen, onafhankelijk van en in afwezigheid van de therapeut, bijvoorbeeld via Patient Portals (PGO's). Dergelijke initiatieven vinden al plaats, bijvoorbeeld in de PROMIS CAT studies die momenteel worden uitgevoerd.

Door de stakeholders wordt er ook op gewezen dat het opdoen van ervaring met dit instrument in een veilige omgeving een noodzakelijke stap is om vertrouwen te creëren bij de gebruiker. De statistici ondersteunen de noodzaak van het creëren van vertrouwen. Op deze manier kan een betrouwbaar en robuust systeem stap voor stap worden ontwikkeld, al werkende in een leeromgeving, met als mogelijk eindresultaat een instrument voor zorginkoop. Verzekeraars geven aan dat wellicht wel al een waardering zou kunnen worden toegepast voor het systematisch gebruik van de resultaatindex, zonder op de index zelf in te kopen. Ook kan externe transparantie al plaatsvinden door op populatieniveau de zorginkomsten te gebruiken om daarmee inzicht te geven in de waarde van de geleverde zorg.

Samenvattend kan gesteld worden dat de uitkomsten van de resultaatindex op dit moment niet gebruikt zou moeten worden voor zorginkoop, dat de index verder ontwikkeld en toegepast moet worden in een veilige omgeving, maar dat het gebruik ervan in die omgeving mogelijk wel gewaardeerd kan worden. In de verdere ontwikkeling zal in ieder geval plaats moeten zijn voor het onafhankelijk van de therapeut afnemen van de vragenlijsten.

3. Is de RI geschikt als hulpmiddel voor keuzes door patiënt en verzekerde?

Het antwoord op deze vraag is bij de fysiotherapeuten en bij de bezoekers vrijwel gelijk aan het antwoord op de vraag naar het gebruik voor zorginkoop; men acht deze niet geschikt. De klankbordgroep ziet hier echter wel een duidelijk verschil, in het voordeel van de bruikbaarheid voor keuze informatie. Alle partijen hechten belang aan het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg als keuzehulp voor patiënten. De wijze waarop de resultaatindex voor keuze informatie kan worden gebruikt en op welke termijn verschilt echter. Daar waar de SKF en het KNGF voorstander zijn van het zichtbaar maken van praktijken die aan kwaliteit werken o.a. met behulp van de resultaatindex, wil de Patiëntenfederatie bij voorkeur ook de resultaatindex zelf openbaar publiceren. Het is onzes inziens noodzakelijk om de discussie over het niveau van transparantie per outcome, beroepsgroep en patiëntenpopulatie onderwerp van een vervolgdiscussie te laten zijn.

Gezien de eerdergenoemde bevindingen kan op de korte termijn mogelijk kan worden aangesloten bij de suggestie van verzekeraars om het gebruik van de resultaatindex te waarderen, door praktijken die systematisch gebruik maken van de resultaatindex zichtbaar te maken. Feitelijk wordt dit al gerealiseerd door het opvolgen van de overige aanbevelingen, immers de praktijken die deelnemen aan de 'peer review' intervisie bijeenkomsten zullen op zeer korte termijn gebruik gaan maken van de resultaatindex. Deze praktijken zijn momenteel herkenbaar aan het Keurmerk label, dat in de planning binnenkort ook getoond zal worden op de fysiotherapeut.com. Zichtbaarheid op andere zorgzoekers is dan wel aan te bevelen. Verder verdient het aanbeveling om de discussie over de verdere uitrol van de resultaatindex als instrument voor keuze informatie nu al te voeren, bij voorkeur resulterend in concrete afspraken over het verdere proces.

De voorwaarden voor gebruiksgemak en draagvlak

a) De validiteit van indicatoren moet voldoende zijn onderbouwd

De statistische waarde van de resultaatindex is goed, de uitkomsten zijn normaal verdeeld zowel op individueel uitkomstenniveau als op generiek index niveau, het onderscheidend vermogen is goed te noemen en veel beter dan bijvoorbeeld de CQ-index. Alle voorwaarden zijn aanwezig om op grond van de resultaatindex een brede indicator af te spreken die behandelopbrengsten afzet tegen de kosten. De berekende Z-scores zijn daarvoor uitermate geschikt; het is op voorhand duidelijk hoeveel praktijken binnen en hoeveel er buiten de range van de indicator vallen.

Er dient echter met een tweetal aspecten rekening te worden gehouden in de vertaling van deze uitkomsten naar de klinische praktijk. Ten eerste is het belangrijk te realiseren dat deze range en alle overige maten zijn berekend op basis van de data van praktijken die aanleveren aan de LDK. Het is nog onbekend of en in welke mate er hierdoor een selectiebias heeft plaats gevonden, en dus welke resultaten praktijken die niet bij het SKF zijn aangesloten behalen. Ook is de juiste registratie van klinimetrie voorwaardelijk voor het berekenen van de RI. Daar waar de behandelindex alleen de data van verzekerde zorg gebuikt, maar wel al deze data bezit, wordt voor de RI ook onverzekerde zorg meegerekend, maar is deze afhankelijk van de geregistreerde klinimetrie door de therapeut. Inzetten op verbetering van de registratie van klinimetrie is dan ook noodzakelijk, waarbij de kanttkening gemaakt moet worden dat deze registratie ook moet worden opgevolgd door het juiste gebruik in de behandeling zelf. Hier valt onzes inziens nog wel een slag te maken.

Ten tweede is de validiteit van het meetinstrument deels gebaseerd op de onderliggende meetinstrumenten. Deze zijn goed, maar dat geeft geen garantie dat het totale construct, te weten de opbrengsten van de zorg per kosteneenheid, ook valide wordt weergegeven. Zo kan men discussiëren over de keuze van de meetinstrumenten per domein; is pijn een goede weergave van kwaliteit van leven, is de PSK een goede weergave voor de kwaliteit van zorg? Onder de streep van de breuk wordt het aantal behandelingen gebruikt als maat voor de kosten. Hoewel deze een aardige indicatie geven kunnen die kosten echter verschillen per soort contract. Daarnaast geeft deze systematiek geen ruimte voor innovatieve financieringsmodellen, zoals DBC achtige constructies. Het verdient aanbeveling om op termijn te zoeken naar meer directe maten voor de zorgkosten.

Ondanks deze mogelijke discussiepunten denken we wel dat de resultaatindex in de huidige vorm een goede eerste stap is in het bieden van inzicht in de kwaliteit van zorg per geïnvesteerde euro. Het vaststellen van een landelijke normering op basis van de huidige uitkomsten is echter nog niet aan de orde. Daarnaast is dit ook een politiek besluit, waarin de belangen van alle betrokken partijen genomen dient te worden op grond van alle belangen; de patiënten, de verzekeraars, de overheid en de beroepsgroep.

Indachtig de overige conclusies in dit rapport zal het gebruik van de indicator ook moeten voldoen aan de criteria voor de resultaatindex zelf. Startend als ontwikkeltraject, niet 1 op 1 afrekenend, maar stimulerend. Een indicator is niet voor niets een indicator; na de indicatie dient verder onderzoek plaats te vinden. Het gebruik van de indicator als absoluut criterium herbergt dezelfde risico's in zich als die beschreven voor de resultaatindex, te weten gaming, manipulatie, gebrek aan vertrouwen. De auteurs zien het gebruik in een breder kwaliteitssysteem als indicator met vervolgonderzoek wel als een reële optie.

b) De uiteindelijke resultaatindex moet aansluiten bij de dagelijkse praktijk van fysiotherapeuten, zonder dat dit leidt tot aanvullende administratieve lasten

Uit de feedbackronden kwam geen signaal over aanvullende administratieve belasting. Dat is niet verwonderlijk aangezien de resultaatgrafiek en index bepaald worden op grond van data die de praktijk om andere redenen toch al aanlevert. De resultaatindex wordt kant en klaar afgeleverd bij de praktijk. Wel is het noodzakelijk voor een goed gebruik dat de aanlevering van de data volledig en betrouwbaar is. Om deze aanlevering niet mag leiden tot administratieve belasting is het noodzakelijk dat het verzamelen van data altijd gekoppeld moet zijn aan een meerwaarde voor de behandeling. Dit kan worden gerealiseerd door enerzijds geen data te vragen die niet in het primaire proces van onderzoek en behandeling gebruikt kan worden, en anderzijds door therapeuten verder te scholen in de wijze waarop men klinimetrie kan toepassen in ditzelfde primaire proces. Als dit principe niet wordt gehandhaafd zal dit uiteindelijk ook haar beslag krijgen op de resultaatindex.

c) De uiteindelijke index dient eenvoudig te integreren/aan te sluiten zijn bij bestaande databases en EPD-systemen

De resultaatindex en grafiek is samengesteld en berekend aan de hand van routinematig verzamelde data. Hiervoor is noodzakelijk dat een infrastructuur in dataverzameling aanwezig is. In de praktijken aangesloten bij de SKF is dit het geval. De resultaatgrafiek en index was zonder probleem en eenmaal geprogrammeerd zonder moeite uit de bestaande database en EPD-systemen samen te stellen en te berekenen.

Daar waar een infrastructuur voor dataverzameling uit EPD's aanwezig is, zal de resultaatindex zonder problemen zijn te programmeren. Dit is ook het geval voor de Fysiotherapiepraktijken aangesloten bij de LDK, de LDF en voor de praktijken Oefentherapie die zijn aangesloten bij de LDO. In het laatste geval is het script zelfs zonder aanpassingen inzetbaar. Zorgdisciplines zonder landelijke data verzameling zullen alvorens met de resultaatindex te kunnen werken eerst deze verzameling moeten realiseren.

5. Algemene bevindingen.

Uit de diverse feedback rondes kwamen een aantal zinvolle suggesties naar voren die meer in algemene zin een toevoeging vormen. Met name in de feedback ronde met de statistici werd unieke informatie opgehaald gebaseerd op de ervaring met de behandelindex. In deze ronde werd duidelijk dat de statistici op klinimetrische gronden ook de voorkeur geven aan een regressiemodel zoals in de resultaatindex, boven het 'mandjes' model zoals in de behandelindex.

Meerdere partijen wezen op het belang van het creëren van vertrouwen. Naast het starten in een veilige omgeving werd ook gesuggereerd duidelijk te maken hoe de RI zich verhoudt tot de BI. Ook het filteren op uitschieters, meegeven van een confidence interval, en het tonen van het aantal missing values werd als zinvol gezien.

Daarnaast zou het vertrouwen van de therapeuten kunnen worden vergroot door het proces en de berekening inzichtelijk te maken en te laten controleren en certificeren door een onafhankelijke partij.

De meeste partijen gaven bovendien het belang van een zorgvuldige implementatiestrategie aan, waarin moet worden samengewerkt met betrokken partijen.



SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN.

Samenvatting

De resultaatgrafiek en index vormen gezamenlijk een goed bruikbaar instrument om de kwaliteit van zorg, afgezet tegen de kosten van de zorg, inzichtelijk te maken in een subgroep binnen de fysiotherapie. De onderzochte klinimetrische eigenschappen zijn goed, het instrument is gebruikersvriendelijk en in de meeste gevallen met weinig tijdsinvestering goed te begrijpen voor de gebruiker.

Het instrument zou per direct in leer en verbeterprocessen geïmplementeerd moeten worden. De implementatie dient ondersteund te worden met gebruikersinformatie of cursussen. Voor zorginkoop kan de resultaatindex nu al ingezet worden als onderdeel van een breder kwaliteitssysteem. Voor de inzet als instrument voor keuze informatie dient de discussie zo snel mogelijk gestart te worden over hoe de resultaatindex gebruikt kan worden voor dit doel en hoe het proces ernaartoe eruit zou moeten zien.

Aanbevelingen.

Vetgedrukt staan de belangrijkste aanbevelingen, om per direct mee te starten.

Voor vorm en inhoud

- Breng een trendlijn aan over de kwartalen, per praktijk (is al toegepast)
- Geef de resultaatgrafieken per therapeut weer in plaats van alleen op praktijk niveau (is al toegepast).
- Filter op uitschieters, breng een confidence interval aan, en toon het aantal missing values (wordt nu beoordeeld op haalbaarheid en nut).
- Onderzoek de mogelijkheid de PREM te koppelen aan de LDK (of opvolger) data.

Voor validiteit

- **Stimuleer initiatieven die het onafhankelijk van de therapeut afnemen van de vragenlijsten mogelijk maken.**
- Onderzoek de mogelijkheid de kosten direct in kaart te brengen in plaats van indirect middels het aantal behandelingen.

Voor gebruik

- **Start zo snel mogelijk met implementeren in het leer en verbeter proces.**
- **Start met de RI voor het leren en verbeteren en ontwikkel de RI verder tijdens het gebruik.**
- Gebruik de resultaatindex op dit moment niet voor zorginkoop of voor patiënt keuze informatie.
- Als op grond van de RI een indicator wordt gekozen gebruik deze dan niet als absoluut criterium maar als indicator voor nader onderzoek.
- Neem de RI op in een breder kwaliteitssysteem.
- Gebruik de RI om op populatieniveau de waarde van de geleverde zorg inzichtelijk te maken.

Voor implementatie op therapeut niveau

- **Ontwikkel een korte, to the point cursus ondersteund met een online kennisclip. Doe dit concentrisch waardoor de therapeuten kunnen kiezen een korte introductie te volgen of een iets verder gaande uitleg.**
- Biedt de visiteurs en peer review coaches een diepgaander cursus aan.
- Maak duidelijk hoe de RI zich verhoudt tot de BI. Stel deze uitleg op in afstemming met alle stakeholders.

Voor implementatie op praktijk en maatschappelijk niveau

- **Stimuleer de waardering van het gebruik in een breder kwaliteitssysteem.**
- Maak praktijken die systematisch gebruik maken van de resultaatindex zichtbaar voor patiënten.
- Ontwikkel een resultatenindex voor andere patiënt populaties.
- **Maak nu al afspraken in de vorm van een stappenplan over hoe in de toekomst externe transparantie kan plaatsvinden. Maak daarbij onderscheid tussen gebruik voor zorginkoop en keuze informatie.**
- Laat het proces door een onafhankelijke partij certificeren en controleren.



Bijlagen.

BIJLAGE 1. VRAGENLIJST EVALUATIE RESULTAATGRAFIEK & RESULTAATINDEX

1. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een visitatie?

Helemaal niet bruikbaar										Absoluut bruikbaar
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een peer-review bijeenkomst?

Helemaal niet bruikbaar										Absoluut bruikbaar
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

3. Heeft u nog aanvullende opmerkingen (denk aan de inhoud, lay-out, selectie patiëntencategorie etc.)

Open tekst

4. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?

Helemaal niet bruikbaar										Absoluut bruikbaar
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?

Helemaal niet bruikbaar										Absoluut bruikbaar
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

10. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor het vergelijken van zorg disciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

Helemaal niet bruikbaar									Absoluut bruikbaar
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

11. In hoeverre vindt u de resultaat-index een beter alternatief dan de behandelindex voor zorginkoop door verzekeraars?

Helemaal geen beter alternatief									Absoluut een beter alternatief
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

12. Heeft u nog aanvullende opmerkingen (denk aan de inhoud, lay-out, selectie patiëntencategorie etc.)

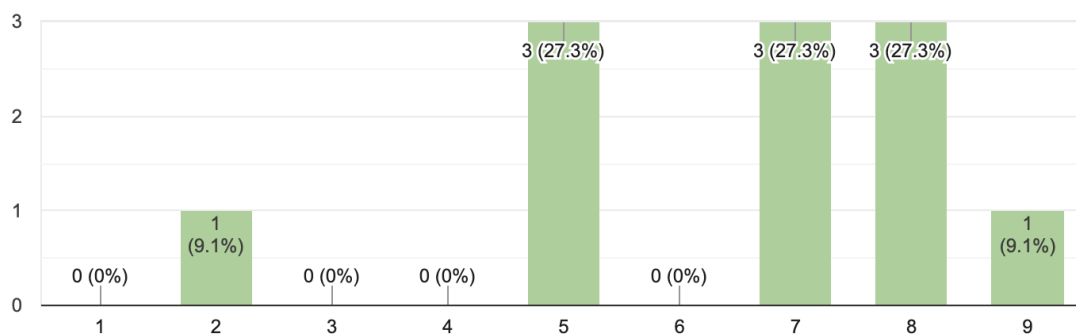
Open tekst

BIJLAGE 2 RESULTATEN VRAGENLIJST VISITEURS

In totaal hebben 11 bezoekers deelgenomen aan de survey (Response 61%), er werd gevraagd naar de bruikbaarheid van de resultaatgrafiek en index. Voorafgaand aan de vragenlijsten ontvingen de deelnemers een fictieve rapportage met procesinformatie en de resultaatgrafieken en index. Deelnemers werden gevraagd om de bruikbaarheid van de grafiek en index te beoordelen voor interne kwaliteitsverbetering en externe transparantie op een 9-punt Likert scale. Een mediaan van ≥ 7 betekent dat deelnemers het bruikbaar vinden. Een disagreement index is gebruikt om de mate van overeenstemming te toetsen. Hoe kleiner de disagreement index, hoe groter de mate van overeenstemming.

1. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een visitatie?

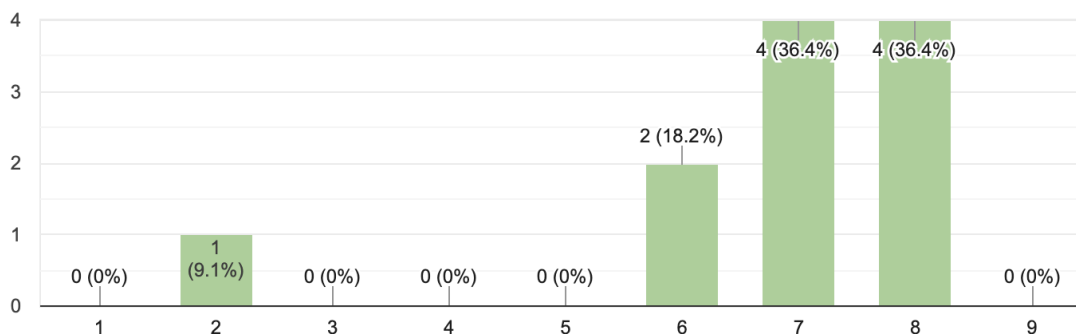
11 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0.65

2. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een peer-review bijeenkomst?

11 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0.16

Reacties open tekstveld resultaat grafiek voor interne kwaliteitsverbetering

Interpretatie van visuele weergave

“Het blijft wel lastig om de correctie naar patiënt categorieën goed te kunnen duiden (snappen). Ook is het radardiagram beoordelen wel een uitdaging. Bij MI (PSK, NPRS) is verandering een hoger getal beter, maar voor AB en BD is hoger getal juist minder goed. Dit is bij het analyseren wel steeds even omschakelen”

“De resultaten op deze manier weergegeven is een samenstelling van alle diagnoses en behandeltechnieken op één hoop die geen enkel inzicht geeft aan de kwaliteit van zorg in de fysiotherapie. Op de uitkomsten zoals die op deze manier zijn samengesteld kan een praktijk niet sturen om voor verdere kwaliteitsverbetering te zorgen. De berekening is voor de praktijk niet reproduceerbaar en controleerbaar en niet transparant”

“Ik vind de resultaatgrafiek een mooi instrument. Het geeft snel inzicht of praktijken aan de normwaarden voldoen en waar ze op moeten sturen. Het is mij (en de praktijken) alleen niet duidelijk hoe bijvoorbeeld het recidief gescoord wordt.”

“Duidelijke uitleg, ook voor therapeuten die minder met data doen”

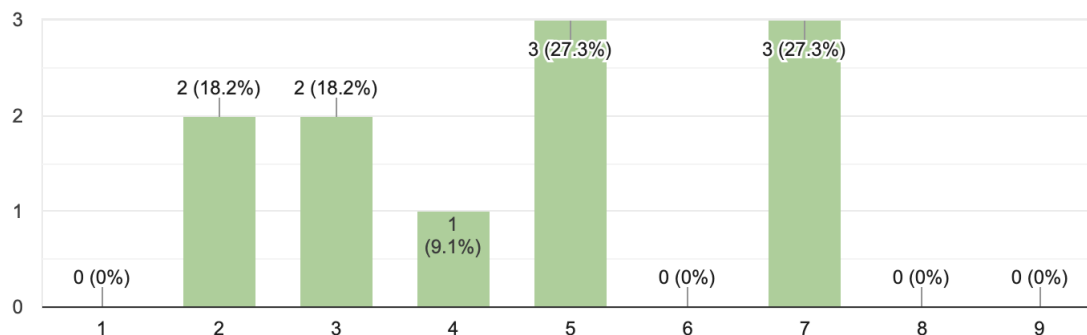
“Als kleurenblinde, of beter gezegd kleurenzwakke valt het niet altijd mee om de juiste grafiek eruit te halen. Daar heb ik nog wel eens de hulp nodig van iemand in mijn omgeving”

Suggestie voor leren & verbeteren op praktijkniveau

“Misschien is het handig om te kijken of de resultaatgrafiek per FT per praktijk gegeven kan worden in geval van min of meer synchrone patiëntencategorieën op bijv. indicatiecoderingen zodat er op basis van intercollegiale performance gekeken kan worden naar de mate waarin men evt. afwijkt tov de anderen.”

4. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?

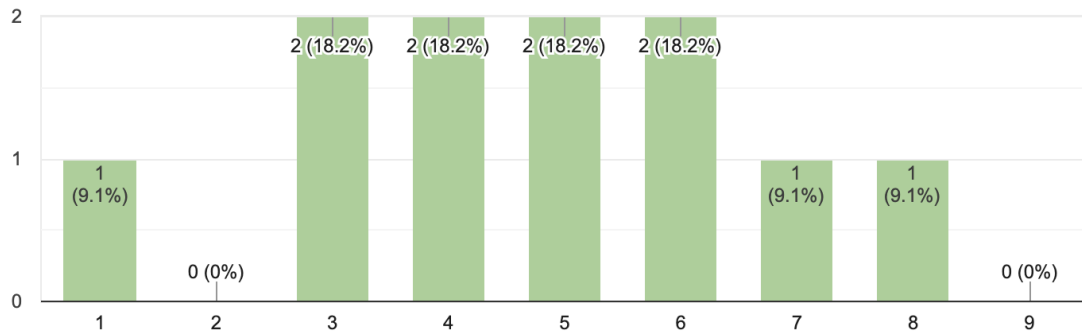
11 responses



Mediaan: 5 Disagreement index: 0.52

5. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?

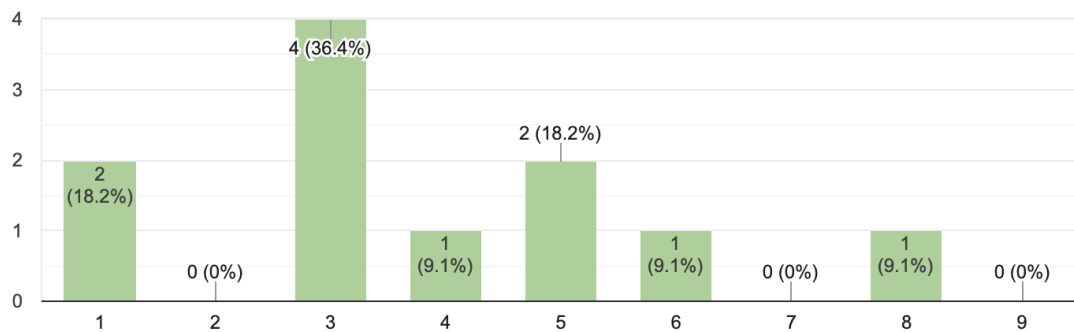
11 responses



Mediaan 5 Disagreement index: 0.85

6. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor het vergelijken van zorgdisciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

11 responses



Mediaan: 3 Disagreement index: 0.52

Reacties open tekstveld resultaat grafiek voor externe transparantie

Angst voor gevolgen ZVs

“Er is angst bij praktijken dat de ziekenkostenverzekeraars de uitkomsten gaan gebruiken bij de voorwaarden voor contractering”

Gaming

“Bij de inhoud vind ik het lastig omdat je uitgaat van bijvoorbeeld een NPRS. Praktijken geven nu al aan als je het over de verschilcores hebt, dat ze bang zijn dat praktijken hier niet eerlijk mee om zullen gaan, maar zelf dit zullen ingaan vullen. Om zo toch een goed resultaat te behalen. Dit vind ik een lastig punt. Toch kun je er wel veel van leren. Vooral tijdens een peer review bijeenkomst met verschillende praktijken. Je kunt hierdoor vooral veel van elkaar leren. Bij een visitatie zal dit weer anders zijn. Je kunt de praktijken wel meer inzicht hierdoor geven en ze zelf

goed na laten denken, maar ook zullen er veel discussies komen over het invullen van NPRS en PSK.”

“Door de verschillen te meten, zullen fysiotherapeuten zelf een score plakken aan de eindmeting om gunstig uit te komen op de RI”

“Als de resultaten naar de verzekeraars gaan zullen een aantal praktijken het ervaren als een nieuw hoepeltje waar de praktijken doorheen moeten springen. Degene die mee gaan doen zullen de PSK en NPRS zo gaan invullen dat maximale scores behaald zullen worden.

Nu reeds worden deze meetinstrumenten door de collega's vaak zelf door hen ingevuld, met een natte vinger.”

“Gevaar is dat specialisaties (bv Geriatrie/Oncologie/Kinderft) zullen leiden tot minder gunstige uitkomsten .Ook de verschil scores PSK en NPRS worden vaak niet eerlijk ingevuld. Veel TE metingen NPRS worden op 0 gezet.”

“Soms de interpretatie van een vragenlijst erg wisselend. Of mensen voelen zich de ene dag beter dan de andere dag. Het geven van een cijfer aan hun pijn, wat bij de NPRS het geval is, is voor mensen erg lastig. Er kunnen hierdoor niet bruikbare waarden uitkomen. Ook zal er gesjoemeld gaan worden bij praktijken om het beste resultaat te behalen. Wel ga je er vanuit dat dit eerlijk gebeurt en dan zal het voor het vergelijken van zorgdisciplines wel weer meer kunnen opleveren.”

“Het ligt volkomen aan de 'eerlijkheid' van de behandeld fysiotherapeut, als er gekeken wordt naar de verschillen. Behandelgemiddelde op zich zegt niet zo heel veel in vergelijking met andere zorgdisciplines.”

“De resultaatsindex is vrij eenvoudig te beïnvloeden door hoge beginwaardes en lage eindwaardes in te voeren”

Vergelijkbaarheid van uitkomsten

“Hoe is het goed mogelijk om praktijken die veel chronische indicaties behandelen (kom ik regelmatig tegen bij visitaties) goed transparant te kunnen vergelijken met andere praktijken.

Deze praktijken scoren nu ook vaak hoog bij de UBI, maar lijken nu ook bij gebruik RI minder goed te scoren. (uitkomsten zouden dan passen bij praktijk C zie hoofdstuk 7.5). Vandaar dan moeilijk te duiden voor externe transparantie.”

“Zie mijn antwoord bij vraag 3. We alles hier weer op één hoop zonder dat er inzicht wordt gegeven in de resultaten met goed vergelijkbare praktijken. Dus niet alle kinderfysiotherapie,

geriatrie, manuele therapie sport fysiotherapie en anderen op één hoop leggen, en dat vergelijken met een praktijk met alleen maar kinderfysiotherapie. Deze twee eenheden mag je niet met elkaar vergelijken. Ook de methode en controleerbaarheid en transparantie van methode van corrigeren is voor visiteurs en deelnemende praktijken niet duidelijk en daarop kan dus geen kwaliteitssturing plaatsvinden.”

“Ik ga er van uit dat de correcties goed werken, maar hoe kan een potentiële patiënt dit verschil interpreteren. Ook is eerste lijn zorg iets anders dan tweede lijn. Qua polikliniek is het wel vergelijkbaar, maar klinische en poliklinische zorg. ???”

Betrouwbaarheid van data

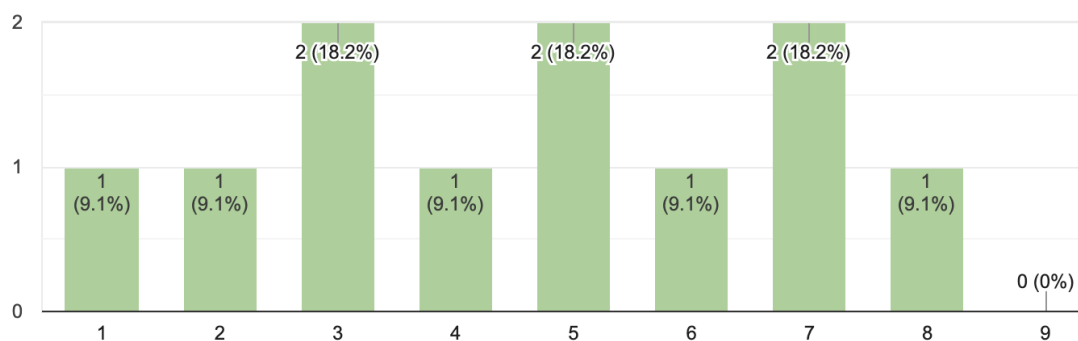
“Soms de interpretatie van een vragenlijst erg wisselend. Of mensen voelen zich de ene dag beter dan de andere dag. Het geven van een cijfer aan hun pijn, wat bij de NPRS het geval is, is voor mensen erg lastig. Er kunnen hierdoor niet bruikbare waarden uitkomen. Ook zal er gesjoemeld gaan worden bij praktijken om het beste resultaat te behalen. Wel ga je er vanuit dat dit eerlijk gebeurt en dan zal het voor het vergelijken van zorgdisciplines wel weer meer kunnen opleveren.”

“tov vraag 4. Zolang we nog te maken hebben met veel carriage in en carriage uit dor bijv. verkeerde diagnosecodegebruik acht ik het niet wenselijk ok deze info nu al te gaan gebruiken in de relatie met verzekeraars, Ik zou dat ook veel meer met landelijke uitkomsten willen doen waarbij het gemiddelde redelijk betrouwbaar is en je kunt dan deken om de groep overperformers inzichtelijk te maken bij de verzekeraars.

tov vraag 6 zou ik denken dat dit pas handig is als we met indicatoren gaan werken die aantonen dat de inzet van fT 1e lijn leidt tot afname van zorggebruik in het ziekenhuis dus dat wordt de komende tijd puzzelen om op zoek te gaan naar de juiste indicatoren waarmee we kunnen aantonen welke waarde ons vak heeft.

8. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?

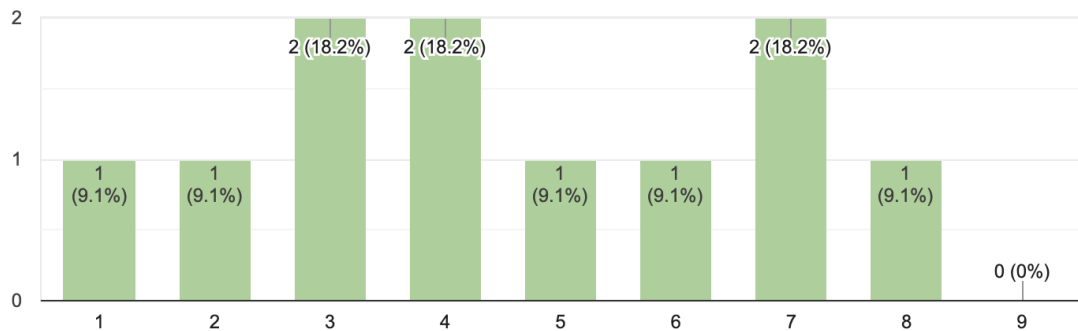
11 responses



Mediaan: 5 Disagreement index: 0.97

9. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?

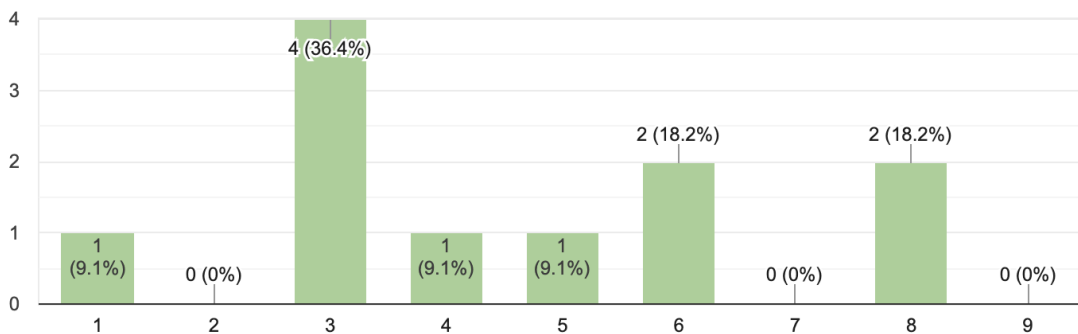
11 responses



Mediaan: 4 Disagreement index: 0.97

10. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor het vergelijken van zorg disciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

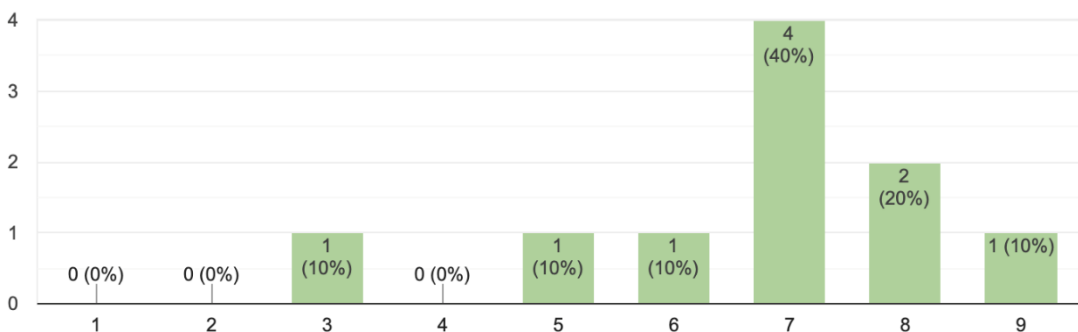
11 responses



Mediaan: 4 Disagreement index: 0.97

11. In hoeverre vindt u de resultaat-index een beter alternatief dan de behandelindex voor zorginkoop door verzekeraars?

10 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0.16

[Vergelijkbaarheid van uitkomsten](#)



“Ik begrijp de wens(elijkheid) van het samenvoegen van de bedoelde indicatoren. Echter: de verschillen bij hoofddoelstellingen waarbij sprake is van onderhoud (chronische aandoeningen) of achteruitgang vertragen (geriatrische fysiotherapie) zijn moeilijk te vergelijken met aandoeningen als lage rug pijn en nekpijn die een normaal beloop hebben: bv in 3 behandelingen van PSK .NPRS 8 naar 0.

Praktijken met verschillen in populatie zijn moeilijk vergelijkbaar.”

“Vergelijken met de ziekenhuisuitkomsten kan ik moeilijk beoordelen omdat ik geen zicht heb hoe met de indicatoren in deze instellingen wordt omgegaan”

“Voor externe transparantie lijkt de RI een beter instrument dan de UBI, maar het blijft wel lastig om de kwaliteit op deze manier in een getal vast te leggen. Zie ook mijn reactie bij vraag 7. Vooral bij de praktijken die veel chronische indicaties behandelen vraag ik mij af of deze score wel goed te beoordelen is. Volgens mij blijven deze praktijken nu ook slechter scoren t.o.v benchmark SKF praktijken. Er wordt wel gesproken over correctie naar leeftijd en geslacht en diagnose code, maar hoe komt deze correctie tot stand? Tevens worden de NPRS en PSK als uitgangspunt voor gebruik klinimetrie gekozen. Waarom wordt gebruik van de de PROMIS- -cat nu nog niet geïntroduceerd? Deze meting wordt al wel genoemd in het document dataverzameling SKF, maar ik zie er nog niets van terug? Gebruik PROMIS-cat zou toch een beter instrument zijn dan PSK en NPRS heb ik begrepen? Ben erg benieuwd naar jullie deskundige visie / reactie op dit punt.”

“Voor dit instrument te kunnen gebruiken zullen eerst de percentages herhaalde metingen moeten stijgen. Daarnaast is het niet duidelijk hoe dit is in te zetten bij verbijzonderingen waar pijn en beperkingen niet altijd aan de orde zijn (bv kinderen met ontwikkelingsproblematiek, bekkenproblematiek, geriatrie)”

Behandelindex vs resultaat index

“Op de behandelindex (BI) wordt wel veel kritiek gegeven maar het is mijn ervaring dat bij coaching bij hoge BI's meest wel adequate maatregelen worden genomen. Zo wordt kaf wel van koren gescheiden.”

“Voor sommige praktijken met bijvoorbeeld bepaalde specialisaties is de behandelindex absoluut geen bruikbaar gegeven. De resultaat- index zou dit wel een stuk beter maken, maar er zal hier wel sneller en makkelijker mee gesjoemeld kunnen worden.”

Suggesties voor aanpassing

“Op de behandelindex (BI) wordt wel veel kritiek gegeven maar het is mijn ervaring dat bij coaching bij hoge BI's meest wel adequate maatregelen worden genomen. Zo wordt kaf wel van koren gescheiden.”

Bruikbaarheid resultaat-index

“Resultaat index is mijns inziens nu nog voornamelijk bruikbaar om zelf van te leren en te verbeteren, en te Benchmarken. vraag is: zijn de beschikbare data inmiddels robuust? Data LDK wijken nu nog vaak nog af van eigen data EPD-praktijken. Dit geeft onbetrouwbare uitkomsten.”

“Zie mijn antwoorden in vraag 3 en 7. Mijn advies, wil je echt werken aan het werken met een resultaten index, dan zul je wat mij betreft naar de toekomst toe aan een aantal voorwaarden moeten proberen te voldoen

- 1. maak de berekening methode controleerbaar / transparant voor de praktijken zelf zodat zij weten waarop zij de werkprocedures ed. moet aanpassen om de resultaten waar mogelijk te verbeteren en zorg er voor dat de EPD systemen dat zichtbaar kunnen maken*
- 2. maak het resultaat klinisch methodisch relevanter door altijd vergelijken te maken met ook echt vergelijkbare omstandigheden in collega praktijken. Vergelijk kinderfysiotherapie met kinderfysiotherapie en niet met alle andere wel of niet specialisatie binnen het werkveld van de fysiotherapie*
- 3. Ga werken aan een meer specifieke uitsplitsing van de grote hoeveelheid data met vergelijkingen per bv diagnose code. Nu worden bv bij het onderdeel knie alle afwijkingen, traumatologie, overbelasting, alle leeftijden, postoperatieve en pre operatieve statussen en alle andere anatomisch gerelateerde casuïstieken in één groep samengenomen. Dit terwijl via de diagnose code er een klinische relevantere indeling is te maken. Dit geldt voor allen onderdelen van musculoskeetaal maar ook voor neurologisch.*
- 4. ga tegelijkertijd werken met een uitsplitsing naar de verschillende fysiotherapeutisch interventie methodieken*

Samengevat: het is een stap in de richting van verbetering in de toekomst, maar deze methode van presentatie van resultaten geeft voor de deelnemende praktijken en visiteurs nog geen richting aan het proces van continu verbeteren.

*Ik ben bereid om verdere toelichting te geven en als daar behoefte toe is mee te denken om stappen te zetten in het ontwikkelproces naar het transparant klinisch relevant inzichtelijk maken van de praktijken resultaten.” **N.B. contactgegevens zijn bekend***

Betrouwbaarheid van de data

“De resultaatindex is op dit moment niet bruikbaar voor externe transparantie omdat de gegevens nog niet betrouwbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn dat er verschillende versies van vragenlijsten in omloop zijn (alleen al voor de NPRS: dit zie je bijvoorbeeld terug in de data, bij veel praktijken wordt er bij de afname NPRS lager gescoord dan de PSK, terwijl je in de dossiers en EPD-data vergelijkbare scores ziet tussen NPRS en PSK), niet alle koppelingen tussen het Keurmerk en de EPD's lopen goed (bijvoorbeeld SOM-praktijken hebben hier veel problemen mee

en hebben hierdoor veel missing data). Voor de zorginkoop door verzekeraars is vanuit de resultaat-index niet duidelijk herleidbaar hoe de zorgzwaarte bij bepaalde indicaties in een praktijk is (verdeling low-medium-high). Ik denk dat al deze "hikhops" zijn opgelost het zeker een beter alternatief is dan de BI door zorgverzekeraars (in ieder geval meer transparant)."

"Voor dit instrument te kunnen gebruiken zullen eerst de percentages herhaalde metingen moeten stijgen. Daarnaast is het niet duidelijk hoe dit is in te zetten bij verbijzonderingen waar pijn en beperkingen niet altijd aan de orde zijn (bv kinderen met ontwikkelingsproblematiek, bekkenproblematiek, geriatrie)"

Gaming

"Nogmaals dit zal leiden tot zelf-invul door de fysiotherapeuten en er wordt geen rekening gehouden met de scope van de praktijk."

BIJLAGE 3 RESULTATEN VRAGENLIJST FYSIOTHERAPEUTEN

In totaal hebben 13 fysiotherapeuten (response 62%) deelgenomen aan de survey waar praktijken werden gevraagd naar de bruikbaarheid van de resultaatgrafiek en index. De gemiddelde werkervaring in het vak fysiotherapie was 22 jaar, zie onderstaande grafiek voor de functies van de deelnemers in de praktijk. Alle fysiotherapeuten ontvingen voor deelname een praktijkrapportage van de praktijk waar zij werkzaam zijn met procesinformatie en de resultaatgrafieken en index. Praktijken werd gevraagd om de bruikbaarheid te beoordelen voor interne kwaliteitsverbetering en externe transparantie op een 9-punt Likert scale.

15. Welke functie(s) heeft u in de praktijk?

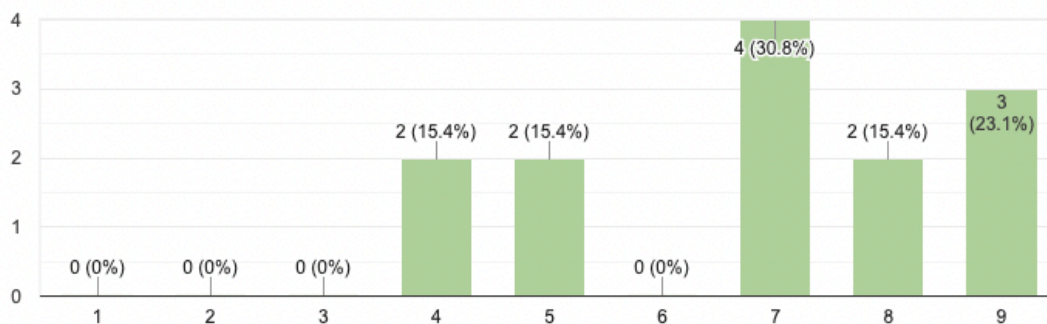
13 responses



Interne kwaliteitsverbetering – resultaatgrafiek

1. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een visitatie?

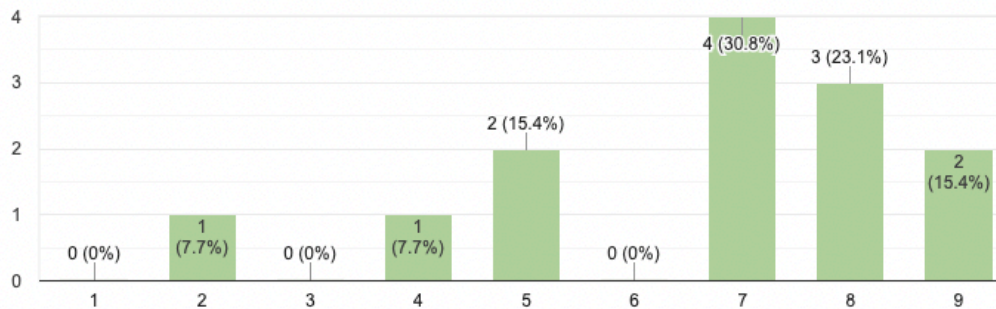
13 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0,33

2. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een peer-review bijeenkomst?

13 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0,33

Reacties open tekstveld resultaatgrafiek voor interne kwaliteitsverbetering

Interpretatie van visuele weergave

“De grafiek is moeilijk te interpreteren, omdat er gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde scores. Hoe deze standaardisatie tot stand is gekomen wordt niet uitgelegd, wat het moeilijk te interpreteren maakt, ook al staat er uitleg bij. Ik zou ervoor kiezen om of de originele waarden te plotten in verhouding tot elkaar, of om meer inzicht te geven in het tot stand komen van de gestandaardiseerde waarden. De vraag is echter of alle fysiotherapeuten/praktijkhouders met deze informatie uit de voeten kunnen. Mijn voorkeur ligt daarom bij de originele waarden, waarbij de buitenzijde de positieve richting aangeeft. Dit maakt duiden eenvoudiger.”

“Mogelijk liggen mijn antwoorden aan de onduidelijkheid hoe het nu geschetst wordt. Maar zoals ik het nu lees is het appels met peren vergelijken. Welke DCSPH score hebben we het over? Afhankelijk daarvan wat is de zorgzwaarte? Anders is de basis namelijk al niet goed om een vergelijking te trekken”

“Misschien nog een lijn met een gemiddelde van de praktijk over de 4 kwartalen”

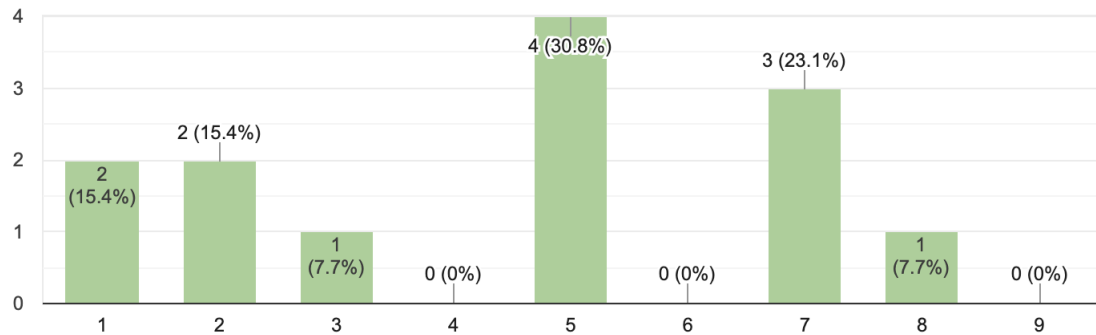
Bruikbaarheid voor leren & verbeteren op praktijkniveau

“In de behandelindex scoren wij meestal 98%, dus dicht bij de benchmark en in deze grafiek zitten we ook heel dicht bij de benchmark, dus er komen eigenlijk geen nieuwe inzichten naar voren die aanleiding geven tot een verbetertraject. Misschien moeten we concluderen dat we het wel goed doen.... of onopvallend....”

Externe transparantie - resultaatgrafiek

4. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?

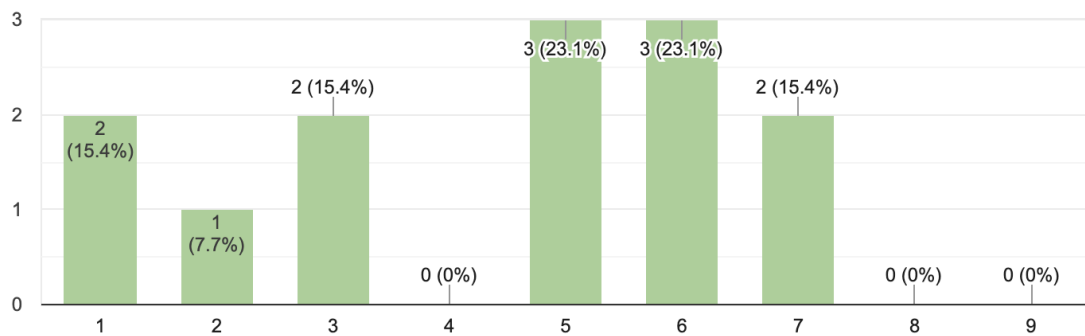
13 responses



Mediaan: 4 Disagreement index: 0,65

5. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?

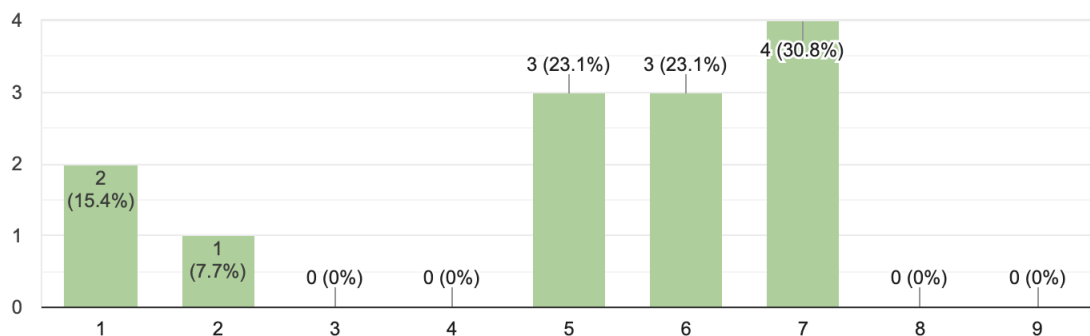
13 responses



Mediaan 5 Disagreement index: 0,97

6. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor het vergelijken van zorgdisciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

13 responses



Mediaan: 6 Disagreement index: 0,41

Reacties open tekstveld resultaat grafiek voor externe transparantie

Angst voor gevolgen ZVs

“Ik vind dat we zorginkopers niet nog meer onduidelijke instrumenten in de hand moeten geven, dat leidt alleen maar tot op schroeven van de eisen en nog meer hoepeltjes om doorheen te springen. Eerst een echt goed tarief en dan is er wel ruimte voor innovatie. We tuigen steeds meer dingen op die leiden tot steeds meer administratieve belasting en het tarief zit nog steeds niet op kostprijsniveau.”

Gaming

“Het is ABSOLUUT af te raden een behandelindex, danwel een resultaatindex te (laten) gebruiken als zorg-inkoopinstrument! De indexen zeggen te weinig over de geleverde kwaliteit en maken als 'afreken-instrument' de indexen fraudegevoelig”

“Wie zegt dat de patient de klinimetrie heeft ingevuld en niet de therapeut zelf? Wanneer we er de zorginkoop van af laten hangen, is het roepen naar administratieve fraude. Dit hebben we reeds vaak zien gebeuren, nu nog proberen praktijken dat ook te doen met de behandelindex. Alleen deze laatste is minder beïnvloedbaar.”

Vergelijkbaarheid van uitkomsten

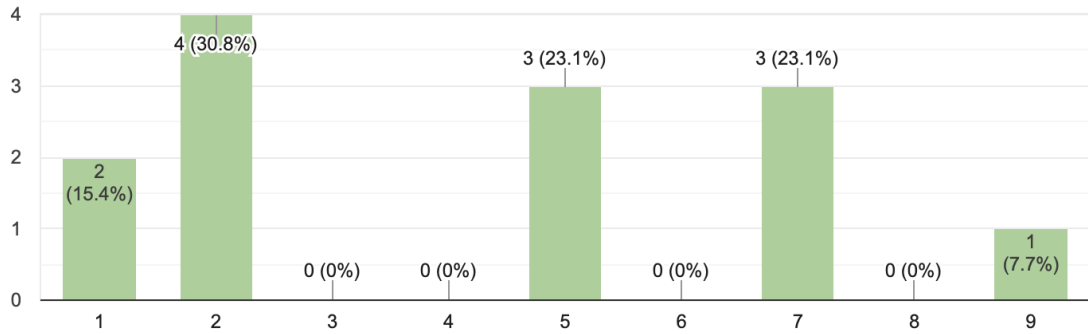
“Zorgverzekeraars houden niet altijd rekening met de demografische aspecten van een praktijk. (afstanden , goed OV aanwezig en opbouw van de populatie) Een resultaat grafiek (Spinneweb) is makkelijker leesbaar als een resultaat index”

“Bovenstaande antwoorden zijn ingevuld zoals de situatie nu is (therapeut kan invloed hebben op de resultaten). Als dat niet het geval is dan is het denk ik beter bruikbaar.”

“De eerstelijnszorg is op deze manier niet te vergelijken met de tweede lijn, omdat er simpelweg andere populaties gezien worden die wat betreft complexiteit en duur van de klachten uit elkaar liggen. Daarnaast ook omdat de eerste lijn vast zit aan gezette behandelmomenten, waar de tweede lijn vrijheid heeft om dit zelf in te vullen. Hierdoor zijn deze gegevens niet met elkaar te vergelijken: tenminste, je kan het wel naast elkaar plaatsen, maar de vraag wat deze gegevens vervolgens laten zien lijkt mij erg complex.”

8. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?

13 responses

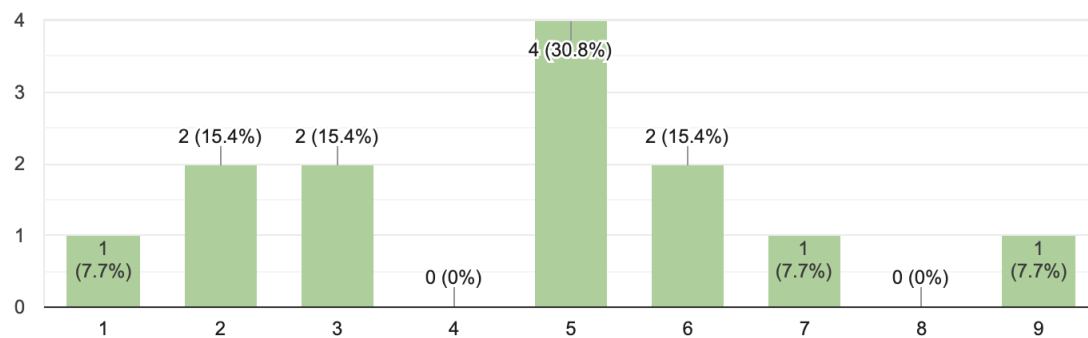


Mediaan: 5

Disagreement index: 0,95

9. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?

13 responses

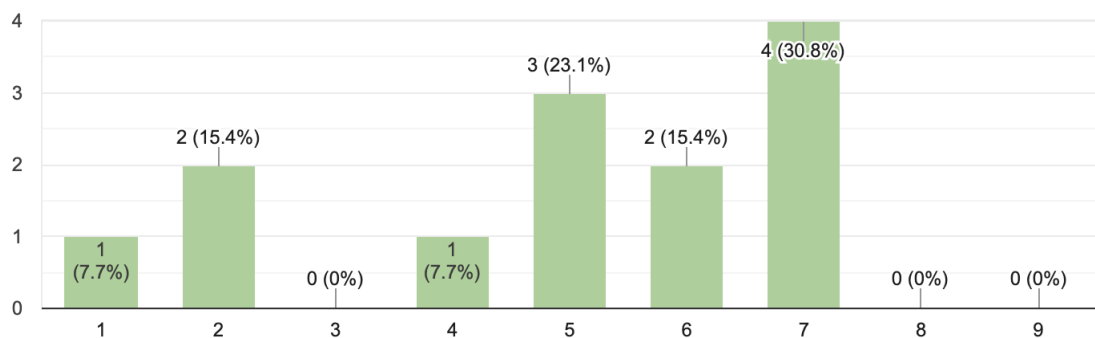


Mediaan: 5

Disagreement index: 0,68

10. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor het vergelijken van zorg disciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

13 responses

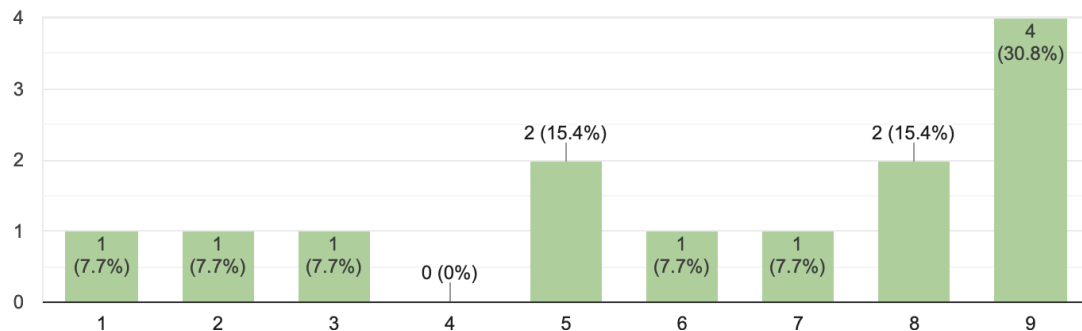


Mediaan: 5

Disagreement index: 0,58

11. In hoeverre vindt u de resultaat-index een beter alternatief dan de behandelindex voor zorginkoop door verzekeraars?

13 responses



Mediaan: 7 Disagreement index: 0,69

Betrouwbaarheid van de data

“Ik denk dat de resultaatindex veel meer potentie heeft dan de behandelindex maar dat het manipuleren van de uitkomsten nog te groot is. Als dat er af is dan kan je veel duidelijker verschil in praktijk gaan zien en van elkaar gaan leren.”

“De resultaatindex zegt mij niet zo veel, aangezien nu een hoop waarden op een hoop gegooid worden. Ten eerste suggereert het optellen van de verschilscore van de NRS en PSK in ieder behandeltraject, dat deze beide even zwaar wegen in een behandeling en is gewoon weg niet waar: er zijn mensen waarbij geen verandering van pijn optreedt, maar waarbij wel een verbetering in activiteiten zichtbaar is. Door op deze manier met de uitkomsten om te gaan doe je naar mijn mening geen recht aan zowel de patiënt, als aan het inschattingvermogen van de therapeut.”

“Ik hoef niet perse onderscheid op collega niveau in klein team”



BIJLAGE 4 RESULTATEN VRAGENLIJST KLANKBORDGROEP

Alle klankbordgroep leden hebben deelgenomen aan de survey waar werd gevraagd naar de bruikbaarheid van de resultaatgrafiek en index. Voorafgaand aan de vragenlijsten ontvingen de deelnemers een anonieme rapportage met procesinformatie en de resultaatgrafieken en index. Deelnemers werden gevraagd om de bruikbaarheid van de grafiek en index te beoordelen voor interne kwaliteitsverbetering en externe transparantie op een 9-punt Likert scale. Mediaan van ≥ 7 betekend dat deelnemers het bruikbaar vinden en de disagreement index is gebruik om de mate van overeenstemming te toetsen. De disagreement index varieert tussen de 0 en de 1. Een hoger getal betekent meer verschil van mening.

- 1. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een visitatie?**

Mediaan: 8 Disagreement index: 0,01

- 2. In hoeverre vindt u de resultaat grafiek een bruikbaar instrument om van te kunnen leren en verbeteren tijdens een peer-review bijeenkomst?**

Mediaan: 8,5 Disagreement index: 0,13

- 3. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?**

Mediaan: 3,5 Disagreement index: 0,31

- 4. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?**

Mediaan: 7 Disagreement index: 0,08

- 5. In hoeverre vindt u de resultaatgrafiek bruikbaar voor het vergelijken van zorgdisciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?**

Mediaan: 7 Disagreement index: 0,10

- 6. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor zorginkoop door verzekeraars?**

Mediaan: 3,5 Disagreement index: 0,75

- 7. . In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor keuze informatie voor patiënten?**

Mediaan: 8 Disagreement index: 0,08

8. In hoeverre vindt u de resultaat-index bruikbaar voor het vergelijken van zorg disciplines (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in vergelijking met eerstelijns fysiotherapeutische zorg)?

Mediaan: 6,5 Disagreement index: 0,75

9. . In hoeverre vindt u de resultaat-index een beter alternatief dan de behandelindex voor zorginkoop door verzekeraars?

Mediaan: 6 Disagreement index: 0,54

“De RI is nog in ontwikkeling en zal voorlopig eerst moeten worden geïntroduceerd bij de achterban. Laten we eerst leren en verbeteren als aandachtspunt houden zodat de FT en OT zich veilig voelen bij dit instrument. Dan komt belonen en afrekenen later.”

“M.b.t. gebruik voor keuze informatie lijkt me goed om te kijken hoe de resultaatgrafiek (of de data erachter) bruikbaar kan zijn en wat het pad daar naartoe dan zou zijn. Ik denk daarnaast dat het belangrijk is om goede instructies te hebben over de manier van data ophalen, zodat praktijken dat allen op eenzelfde manier doen.”

“Ik zie de RI niet als vervanger van de BI het heeft een hele andere inhoud”

“Er dient eerst ervaring opgedaan te worden in een veilige setting, zodat aan randvoorwaarden voldaan wordt door gebruikers (FTs), zoals PROM-gebruik en kennis over hoe te lezen en interpreteren. Pas als die ervaring opgedaan is ontstaat een beeld over de toepassing extern (ZVs & PTs), waarbij ik eerder geneigd ben om het in te zetten voor PTs dan voor ZVs”



BIJLAGE 5 RESULTATEN MIXED EFFECT MODELLEN

Mixed effects model 1: Aantal behandelingen

Mixed Linear Model Regression Results						
Model:	MixedLM	Dependent Variable:		freq_verrichtingen		
No. Observations:	87238	Method:		REML		
No. Groups:	305	Scale:		51.4508		
Min. group size:	30	Log-Likelihood:		-296096.7346		
Max. group size:	1718	Converged:		Yes		
Mean group size:	286.0					
	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[0.025	0.975]
Intercept	8.248	0.236	34.903	0.000	7.785	8.711
Specifiek[T.Elleboog/hand]	-0.324	0.185	-1.756	0.079	-0.687	0.038
Specifiek[T.Enkel/Voet]	-0.019	0.216	-0.090	0.928	-0.442	0.403
Specifiek[T.Heup]	1.315	0.167	7.884	0.000	0.988	1.642
Specifiek[T.Knie]	2.100	0.158	13.262	0.000	1.790	2.410
Specifiek[T.Lage rug]	-0.690	0.158	-4.366	0.000	-1.000	-0.380
Specifiek[T.Nek]	-0.239	0.158	-1.517	0.129	-0.548	0.070
Specifiek[T.Ongespecificeerd]	1.245	7.179	0.173	0.862	-12.824	15.315
Specifiek[T.Overig MSK]	1.547	0.173	8.923	0.000	1.207	1.887
Specifiek[T.Schouder]	1.561	0.162	9.630	0.000	1.244	1.879
Specifiek[T.Thoracaal]	-0.615	0.174	-3.539	0.000	-0.955	-0.274
SES_indeling[T.SES_LAAG]	0.166	0.081	2.049	0.040	0.007	0.325
SES_indeling[T.SES_MIDDEL]	0.015	0.072	0.202	0.840	-0.127	0.156
Geslacht[T.Male]	-0.787	0.050	-15.663	0.000	-0.886	-0.689
agegroup[T.18_34]	-0.128	0.150	-0.855	0.392	-0.421	0.165
agegroup[T.35_64]	0.654	0.143	4.568	0.000	0.374	0.935
agegroup[T.65_plus]	1.959	0.146	13.383	0.000	1.672	2.246
Group Var	4.111	0.052				

Mixed effects model 2: Behandelduur

Mixed Linear Model Regression Results						
Model:	MixedLM	Dependent Variable:		Behandelduur		
No. Observations:	87238	Method:		REML		
No. Groups:	305	Scale:		7422.2270		
Min. group size:	30	Log-Likelihood:		-512907.9271		
Max. group size:	1718	Converged:		Yes		
Mean group size:	286.0					
	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[0.025	0.975]
Intercept	85.983	2.830	30.381	0.000	80.436	91.530
Specifiek[T.Elleboog/hand]	-9.065	2.219	-4.084	0.000	-13.415	-4.715
Specifiek[T.Enkel/Voet]	-5.970	2.591	-2.304	0.021	-11.047	-0.892
Specifiek[T.Heup]	2.781	2.004	1.388	0.165	-1.147	6.708
Specifiek[T.Knie]	3.915	1.902	2.059	0.040	0.188	7.642
Specifiek[T.Lage rug]	-10.391	1.898	-5.475	0.000	-14.110	-6.671
Specifiek[T.Nek]	4.195	1.892	2.217	0.027	0.486	7.904
Specifiek[T.Ongespecificeerd]	240.557	86.219	2.790	0.005	71.570	409.544
Specifiek[T.Overig MSK]	23.255	2.082	11.169	0.000	19.174	27.336
Specifiek[T.Schouder]	10.367	1.947	5.324	0.000	6.551	14.184
Specifiek[T.Thoracaal]	-0.763	2.086	-0.366	0.715	-4.851	3.325
SES_indeling[T.SES_LAAG]	-0.096	0.972	-0.099	0.921	-2.002	1.810
SES_indeling[T.SES_MIDDEL]	0.073	0.865	0.085	0.933	-1.622	1.768
Geslacht[T.Male]	-10.906	0.604	-18.062	0.000	-12.090	-9.723
agegroup[T.18_34]	3.422	1.797	1.904	0.057	-0.100	6.944
agegroup[T.35_64]	11.506	1.721	6.687	0.000	8.133	14.878
agegroup[T.65_plus]	16.016	1.758	9.109	0.000	12.570	19.462
Group Var	579.426	0.619				

Mixed effects model 3: Resultaat index

Mixed Linear Model Regression Results						
Model:	MixedLM	Dependent Variable:		BEI		
No. Observations:	87238	Method:		REML		
No. Groups:	305	Scale:		234.0363		
Min. group size:	30	Log-Likelihood:		-362207.8207		
Max. group size:	1718	Converged:		Yes		
Mean group size:	286.0					
	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[0.025	0.975]
Intercept	40.305	0.574	70.235	0.000	39.180	41.429
Specifiek[T.Elleboog/hand]	0.633	0.394	1.606	0.108	-0.139	1.406
Specifiek[T.Enkel/Voet]	0.228	0.460	0.495	0.621	-0.674	1.130
Specifiek[T.Heup]	-1.103	0.356	-3.100	0.002	-1.801	-0.406
Specifiek[T.Knie]	-1.761	0.338	-5.213	0.000	-2.423	-1.099
Specifiek[T.Lage rug]	2.662	0.338	7.883	0.000	2.000	3.323
Specifiek[T.Nek]	0.636	0.337	1.887	0.059	-0.025	1.296
Specifiek[T.Ongespecificeerd]	-13.252	15.310	-0.866	0.387	-43.259	16.756
Specifiek[T.Overig MSK]	-3.752	0.370	-10.141	0.000	-4.477	-3.027
Specifiek[T.Schouder]	-2.501	0.346	-7.228	0.000	-3.179	-1.823
Specifiek[T.Thoracaal]	1.968	0.371	5.302	0.000	1.241	2.696
SES_indeling[T.SES_LAAG]	-0.671	0.173	-3.867	0.000	-1.010	-0.331
SES_indeling[T.SES_MIDDEL]	-0.159	0.154	-1.031	0.302	-0.461	0.143
Geslacht[T.Male]	3.005	0.108	27.888	0.000	2.793	3.216
agegroep[T.18_34]	-0.812	0.319	-2.545	0.011	-1.438	-0.187
agegroep[T.35_64]	-3.663	0.306	-11.985	0.000	-4.262	-3.064
agegroep[T.65_plus]	-6.449	0.312	-20.649	0.000	-7.061	-5.837
NPRS_T1_Outcome	1.783	0.030	59.544	0.000	1.724	1.842
PSK_T1_Outcome	0.797	0.028	28.538	0.000	0.742	0.852
Group Var	25.567	0.148				

Mixed effects model 4: PSK verschil score

Mixed Linear Model Regression Results						
Model:	MixedLM	Dependent Variable:		PSK_verschil_score		
No. Observations:	87238	Method:		REML		
No. Groups:	305	Scale:		4.8386		
Min. group size:	30	Log-Likelihood:		-193026.8949		
Max. group size:	1718	Converged:		Yes		
Mean group size:	286.0					
	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[0.025	0.975]
Intercept	0.362	0.079	4.586	0.000	0.208	0.517
Specifiek[T.Elleboog/hand]	-0.222	0.057	-3.912	0.000	-0.333	-0.111
Specifiek[T.Enkel/Voet]	-0.212	0.066	-3.202	0.001	-0.341	-0.082
Specifiek[T.Heup]	-0.235	0.051	-4.594	0.000	-0.335	-0.135
Specifiek[T.Knie]	-0.218	0.049	-4.481	0.000	-0.313	-0.122
Specifiek[T.Lage rug]	-0.419	0.048	-8.643	0.000	-0.514	-0.324
Specifiek[T.Nek]	-0.413	0.048	-8.528	0.000	-0.508	-0.318
Specifiek[T.Ongespecificeerd]	-0.991	2.201	-0.450	0.653	-5.306	3.324
Specifiek[T.Overig MSK]	0.181	0.053	3.409	0.001	0.077	0.286
Specifiek[T.Schouder]	-0.224	0.050	-4.503	0.000	-0.321	-0.126
Specifiek[T.Thoracaal]	-0.517	0.053	-9.696	0.000	-0.622	-0.413
SES_indeling[T.SES_LAAG]	0.128	0.025	5.160	0.000	0.080	0.177
SES_indeling[T.SES_MIDDEL]	0.018	0.022	0.804	0.422	-0.026	0.061
Geslacht[T.Male]	-0.304	0.015	-19.732	0.000	-0.335	-0.274
agegroep[T.18_34]	0.375	0.046	8.180	0.000	0.285	0.465
agegroep[T.35_64]	0.620	0.044	14.109	0.000	0.534	0.706
agegroep[T.65_plus]	0.919	0.045	20.464	0.000	0.831	1.007
PSK_T1_Outcome	-0.815	0.004	-211.396	0.000	-0.823	-0.808
Group Var	0.452	0.018				

Mixed effects model 5: NPRS verschil score

Mixed Linear Model Regression Results

Model:		MixedLM	Dependent Variable:	NPRS_verschil_score		
No. Observations:	87238	Method:	REML			
No. Groups:	305	Scale:	3.4575			
Min. group size:	30	Log-Likelihood:	-178378.1062			
Max. group size:	1718	Converged:	Yes			
Mean group size:	286.0					

	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[0.025	0.975]
Intercept	0.362	0.066	5.456	0.000	0.232	0.492
Specifiek[T.Elleboog/hand]	-0.053	0.048	-1.096	0.273	-0.146	0.041
Specifiek[T.Enkel/Voet]	-0.163	0.056	-2.908	0.004	-0.272	-0.053
Specifiek[T.Heup]	-0.134	0.043	-3.099	0.002	-0.219	-0.049
Specifiek[T.Knie]	-0.225	0.041	-5.475	0.000	-0.305	-0.144
Specifiek[T.Lage rug]	-0.218	0.041	-5.307	0.000	-0.298	-0.137
Specifiek[T.Nek]	-0.183	0.041	-4.471	0.000	-0.263	-0.103
Specifiek[T.Ongespecificeerd]	-0.725	1.861	-0.390	0.697	-4.372	2.922
Specifiek[T.Overig MSK]	0.221	0.045	4.914	0.000	0.133	0.309
Specifiek[T.Schouder]	-0.079	0.042	-1.881	0.060	-0.161	0.003
Specifiek[T.Thoracaal]	-0.320	0.045	-7.105	0.000	-0.408	-0.232
SES_indeling[T.SES_LAAG]	0.134	0.021	6.351	0.000	0.092	0.175
SES_indeling[T.SES_MIDDEL]	0.014	0.019	0.726	0.468	-0.023	0.050
Geslacht[T.Male]	-0.322	0.013	-24.612	0.000	-0.348	-0.297
agegroup[T.18_34]	0.379	0.039	9.781	0.000	0.303	0.455
agegroup[T.35_64]	0.659	0.037	17.731	0.000	0.586	0.731
agegroup[T.65_plus]	0.929	0.038	24.482	0.000	0.855	1.004
NPRS_T1_Outcome	-0.810	0.003	-231.857	0.000	-0.817	-0.804
Group Var	0.340	0.016				