

# Keurmerk Fysiotherapie

*Kwaliteit kent een Keurmerk*

***Dataverzameling***

***2023*** versie 3.2

## Inhoudsopgave

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| <i>1. Inleiding</i> .....                                            | 3  |
| Data verzamelen. Waarom?.....                                        | 3  |
| Hoe maak je het leuk en betekenisvol?.....                           | 3  |
| Word ik afgerekend als er een paar metingen tekort komen? .....      | 3  |
| Hoe ziet dat er in de praktijk uit?.....                             | 5  |
| Hoe borgen we de kwaliteit wanneer we samen willen verbeteren? ..... | 5  |
| Hoe past de visitatie hierin? .....                                  | 6  |
| <i>2. Basisgegevens dossiervoering</i> .....                         | 7  |
| <i>3. Musculoskeletaal</i> .....                                     | 8  |
| <i>4. Centraal Neurologisch</i> .....                                | 9  |
| <i>5. Respiratoir en Cardiovasculair</i> .....                       | 10 |
| <i>Opmerkingen</i> .....                                             | 11 |

## 1. INLEIDING

### Data verzamelen. Waarom?

Data verzamelen gebeurt om de volgende redenen.

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

### Hoe maak je het leuk en betekenisvol?

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

- We hebben een specifieke datamodule voor in de peer review ontwikkeld samen met IQ Health Care. De meeste coaches zijn bijgeschoold hoe deze peer review module optimaal in te zetten. Deze is te vinden op onze website onder de kop *Therapeut – Keurmerk Documenten – Peer Review Thema's*.
- We hebben een e-learning ontwikkeld 'hoe gebruik ik data in de praktijk', samen met het NPI. In deze e-learning wordt duidelijk hoe u de uitkomsten van uw metingen kunt gebruiken om uw behandeling effectiever, efficiënter en leuker te maken. Deze kunt u volgen via de website van het NPI. U krijgt hier als Keurmerk deelnemer ook gratis toegang tot de NPI-service.
- We ontwikkelen periodieke rapportages door op geleide van uw wensen. Deze rapportages ontvangt u drie maandelijks op het praktijkadres dat bij ons bekend is.
- We ontwikkelen een nieuwe e-learning in het vervolg op de al bestaande e-learning 'hoe gebruik ik data in de praktijk'. Hierin gaan we nog specifieker in op de bruikbaarheid van data in de praktijk. Tevens verwerken we de feedback van cursisten in de reeds bestaande e-learning. Zodra deze klaar is zal dit via onze nieuwsbrief worden gemeld.

### Word ik afgerekend als er een paar metingen tekortkomen?

Nee.

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

Let op! **Het is vanzelfsprekend van groot belang dat de vragenlijsten door de patiënt zelf worden ingevuld!** Dit is de enige manier om objectief en betrouwbaar de uitkomsten van onze fysiotherapeutische zorg te gebruiken, zowel voor het leerproces voor onszelf als om de waarde van fysiotherapie zorgbreed aan te tonen. Het is ook goed te beseffen dat er **geen consequenties aan de uitkomsten van uw zorg worden gesteld**. Niemand zal worden afgerekend omdat zijn/haar patiënten minder snel beter worden of minder opknappen. De uitkomsten dienen

slechts als input voor het leren. Het is niet de bedoeling, maar mocht dit ooit veranderen, dan zal dit ruim en duidelijk van tevoren worden aangekondigd. Magere uitkomsten van zorg leiden tot tips, trucs en leren van elkaar in een veilige omgeving, zelf invullen voor een patiënt is fraude en leidt tot uitsluiting uit het register.

## Hoe ziet dat er in de praktijk uit?

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

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

Voor de algemene criteria en de criteria voor patiënten met lage rugpijn of COPD geldt als indicator het percentage ingevulde metingen per meetinstrument. Er zijn twee normen, een minimale norm en een streefnorm. **De minimale norm dient behaald te worden** en wordt gecontroleerd door het kantoor van het Keurmerk. De **streefnorm** is onderwerp van gesprek in de visitatie, uitsluitend en alleen als 'peers' om elkaar te helpen, **dus niet als te behalen norm.**

## Hoe borgen we de kwaliteit wanneer we samen willen verbeteren?

Dat doen we als volgt.

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

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



### Hoe past de visitatie hierin?

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

Voorafgaand aan de visitatie draaien wij een rapport met de uitkomsten op de meetinstrumenten. Deze ontvangt zowel u als de visiteur. Aan de hand hiervan wordt tijdens de visitatie besproken hoe de streefwaarden kunnen worden behaald. De visitatie zal alleen indicatief zijn m.b.t. de data, er zullen op grond van de reguliere visitatie geen negatieve maatregelen worden genomen.

Op onderdelen kunnen wel verbeterpunten worden benoemd. Indien die substantieel zijn kan er worden besloten tot een herhaald bezoek binnen een paar maanden, een zogenaamde ontwikkelvisitatie. Hierin worden de verbeterpunten nogmaals besproken. Indien geen verbetering is opgetreden wordt er nogmaals een beperkt aantal maanden de mogelijkheid geboden zich te verbeteren. Dit wordt opgevolgd door een geïndiceerde visitatie.

## 2. Basisgegevens dossiervoering.

Er worden minimumnormen gebruikt en streefnormen. De minimumnorm wordt bijgehouden door kantoor. De streefnorm is onderwerp van gesprek tijdens de visitatie. Zie voor de betekenis van minimum en streefnorm de paragraaf ‘hoe borgen we de kwaliteit als we samen willen verbeteren?’ op pagina 4.

Voor alle aanvangsmetingen is 50% de minimumnorm en 80% de streefwaarde. Bij de tussenmetingen streven we eveneens naar 80% zonder een minimumnorm. De eindmetingen kennen een minimumnorm van 40% en een streefnorm van 60%.

We kijken in de toetsing voor deelname alleen naar het aantal gebruikte meetinstrumenten, niet naar de uitkomsten zelf. Die zijn voor u en uw collega's om van te leren. Lage of hoge scores maken niets uit voor de herregistratie. Zelf invullen voor de patiënt kan en mag niet, dus dat maakt wel uit voor de herregistratie...

### Eenmalige metingen bij alle patiënten.

| <b>Kwaliteit van het dossier<sup>1</sup></b> | <b>Patiënt kenmerken</b>     | <b>Tevredenheid</b>                 |
|----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <i>Bij aanvang</i>                           | BSN-nummer                   | Duur van de klacht <sup>2</sup>     |
|                                              | Hulpvraag                    |                                     |
|                                              | Fysiotherapeutische diagnose |                                     |
| <i>Binnen 1<sup>e</sup> week</i>             | Behandelplan (incl. doelen)  | Leeftijd                            |
|                                              |                              | Geslacht                            |
| <i>Iedere behandeling</i>                    | Journaalrapportage           |                                     |
| <i>Einde behandeling</i>                     | Resultaat                    |                                     |
|                                              | Evaluatie                    | GPE-DV (Dutch Version) <sup>3</sup> |

### 3. MUSCULOSKELETAAL

De basis voor de klinimetrie musculoskeletaal is vrij simpel: screening, pijn, functioneren.

Er wordt gevraagd aan het begin een screeningsinstrument te gebruiken (alleen bij lage rugpijn verplicht) en aan het begin, aan het einde en om de 6 weken, de pijnintensiteit (NPRS) en een maat voor activiteiten/participatie niveau. Bij het laatste wordt de PSK uitgevraagd, aangevuld met de PROMIS-cat of een aandoening specifieke PROM. Neem svp notie van de opmerkingen waarnaar wordt verwezen in onderstaande tabel.

| Klacht                                                | 1 <sup>e</sup> 2 cijfers DCSPH           | Pijn <sup>4</sup>                          | Screening          | Activiteiten/Participatie <sup>5</sup>                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(Laatste twee cijfers DCSPH-code 0-39, 90-99).</i> |                                          | <i>Bij aanvang, 6 weken, einde episode</i> | <i>Bij aanvang</i> | <i>Bij aanvang, 6 weken, en einde episode</i><br>PROMIS-cat <sup>6</sup> mag als alternatief voor de specifieke PROM (ODI, NDI, etc); |
| LBP                                                   | 34-36                                    | NPRS                                       | SBST               | PSK & QBPDS of ODI                                                                                                                    |
| Nek                                                   | 30-31                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & NDI                                                                                                                             |
| Knie                                                  | 70-71                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & KOOS-ADL <sup>8</sup>                                                                                                           |
| Heup                                                  | 60-62                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & HOOS-ADL <sup>8</sup>                                                                                                           |
| Schouder                                              | 40-48                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & Quick DASH of SPADI                                                                                                             |
| Elleboog/Hand                                         | 50-58                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & Quick DASH                                                                                                                      |
| Enkel/Voet                                            | 73-78                                    | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & *                                                                                                                               |
| Overig                                                | 10-19, 20-29, 39, 49, 59, 69, 79, 90-99. | NPRS                                       | MSK <sup>7</sup>   | PSK & *                                                                                                                               |
| Psycho-somatisch (xx.81)                              | xx                                       | NPRS <sup>7</sup>                          | MSK <sup>7</sup>   | PSK & IPQ-K <sup>7</sup>                                                                                                              |

NPRS: Numeric Pain Rating Scale, PSK: Patient Specifieke Klachten, SBST: STarT Back Screening Tool, QBPDS: Quebec Back Pain Disability Scale, ODI: Oswestry Disability Index, MSK: The Keele STarT MSK Tool, KOOS-ADL: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score - Daily Living, HOOS-ADL: Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score-Physical function - Daily Living, Quick DASH: Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand IPQ-K: Illness Perception Questionnaire-Kort SPADI: Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) \*Op dit moment is er geen specifieke PROM geadviseerd voor enkel/voet of overige diagnosegroepen.



#### **4. CENTRAAL NEUROLOGISCH**

---

##### **CVA (DCSPH xx.-72)**

---

*Bij aanvang, iedere 3 maanden en einde episode*

Geen specifieke klinimetrie geadviseerd (wordt nog uitgewerkt), in de praktijkrapportage wordt de top 5 afgenomen klinimetrie gepresenteerd

---

---

##### **Parkinson (DCSPH xx.-74)**

---

*Bij aanvang, iedere 3 maanden en einde episode*

Geen specifieke klinimetrie geadviseerd (wordt nog uitgewerkt), in de praktijkrapportage wordt de top 5 afgenomen klinimetrie gepresenteerd

---

---

##### **Ontwikkelingsstoornis (DCSPH xx.- 79)**

---

*Bij aanvang, iedere 3 maanden en einde episode*

Geen specifieke klinimetrie geadviseerd (wordt nog uitgewerkt), in de praktijkrapportage wordt de top 5 afgenomen klinimetrie gepresenteerd

---



## 5. RESPIRATOIR EN CARDIOVASCULAIR

### COPD (DCSPH 2554)

|                                                       |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | 6 minuten wandeltest (6MWT) <sup>9</sup>                                                            |
| <i>Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden</i> | Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of De COPD Assessment Test (CAT)                                  |
|                                                       | <i>Bewegingssensor of stappenteller<sup>7</sup></i>                                                 |
| <i>Bij aanvang en jaarlijks</i>                       | COPD-vragenlijst (inclusief indeling in classificatieprofiel conform KNGF-richtlijn COPD)           |
| <i>Bij aanvang en eind episode + iedere 3 maanden</i> | Q-ceps kracht mbv Microfet, of One-repetition maximum test (1RM) Indien kracht het doel is.         |
| <i>Bij aanvang</i>                                    | MRC-dyspneu (MRC) of Modified MRC Dyspnoe (mMRC), indien verbetering van kortademigheid het doel is |

### Vaatlijden – claudicatio (DCSPH 9248)

|                                                       |                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                       | Patiënt Specifieke Klachten (PSK)                   |
| <i>Bij aanvang, iedere 3 maanden en einde episode</i> | Vascular Quality of Life Questionnaire (VascuQoL-6) |
|                                                       | <i>Bewegingssensor of stappenteller<sup>7</sup></i> |

## OPMERKINGEN

---

1. Dossieritems worden uitsluitend beoordeeld op aanwezigheid (wel/niet ingevuld) en op de inhoud conform meest recente landelijke richtlijn Dossiervoering.
2. Duur van de huidige klachtenperiode, in weken beschreven.
3. De GPE bestaat uit twee vragen; een vraag over de verandering van de klachten en een vraag over de tevredenheid met de behandeling. Beiden worden vaak gecombineerd als GPE-DV (Dutch Version). Ook komen zij in sommige EPD's separaat voor als de GPE-4 en GPE-tevredenheid.
4. Vast te leggen op een schaal van 0-10 als gemiddelde pijn in de afgelopen week. Scores vastgelegd op een schaal van 0-100 worden als foutieve meting beschouwd. NPRS alleen in geval van pijn als (deel van de) klacht.
5. Een aandoening specifieke PROM is niet verplicht indien SBST of MSK een licht risico scoort, wel geadviseerd.
6. Afhankelijk van de aandoening kunt u kiezen voor de PROMIS-cat lichamelijk functioneren of PROMIS-cat lichamelijk functioneren- bovenste extremiteit (momenteel nog uitsluitend in Fysiomanager).
7. Niet verplicht, wel geadviseerd.
8. Het staat u vrij de volledige HOOS of KOOS af te nemen. De HOOS-ADL & KOOS-ADL kunnen hieruit worden geëxtraheerd. Om onnodige administratielast te voorkomen adviseren wij dit niet.
9. De 6MWT dient afgenomen te worden over een 10 meterparcours (niet op een loopband of andere afstand).