

# **Eindrapport toepassing van minimale dataset en kwaliteitsindicatoren voor patiënten met COPD in de fysiotherapie**

Koen Verburg Msc

Dr. Simone van Dulmen

Juliette Cruijsberg MSc

Prof. dr. Philip van der Wees

Nijmegen, juli 2020

# **Eindrapport toepassing van minimale dataset en kwaliteitsindicatoren voor patiënten met COPD in de fysiotherapie**

Koen Verburg Msc

Dr. Simone van Dulmen

Juliette Cruijsberg MSc

Prof. dr. Philip van der Wees

Nijmegen, juli 2020

Dit project is uitgevoerd met subsidie van zorgverzekeraars De Friesland en CZ. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Verburg AC, Dulmen van SA, Cruijsberg J, Wees van der PJ. Eindrapport toepassing van minimale dataset en kwaliteitsindicatoren voor patiënten met COPD in de fysiotherapie. Nijmegen: IQ healthcare, juni 2020).

## **IQ healthcare Scientific Center for Quality of Healthcare**

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

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

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

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

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

**Expertise**

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

**Contact** IQ healthcare  
Radboudumc  
Huispost 114  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen

W [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)  
T 024 36 15 305  
F 024 35 40 166  
E [iqhealthcare@radboudumc.nl](mailto:iqhealthcare@radboudumc.nl)  
*Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen*

## Managementsamenvatting

### Inleiding

Om de zorg toegankelijk te houden voor mensen die het nodig hebben blijft het belangrijk dat partijen in het zorgveld hun verantwoordelijkheid nemen en streven naar een goede balans tussen kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Om het element 'kwaliteit' hierin leidend te laten zijn is inzicht in kwaliteitsinformatie essentieel. Op dit moment bestaat voor fysiotherapie de beschikbare kwaliteitsinformatie vooral uit proces- en structuurindicatoren. Indicatoren op uitkomstniveau zijn nog beperkt beschikbaar. Daar waar er wel al wordt gemeten op uitkomstniveau, ontbreekt nog vaak de uniformiteit, met andere woorden: niet iedereen meet hetzelfde.

Zorgverzekeraars CZ en De Friesland willen waarde gedreven zorg stimuleren met behulp van kwaliteitsindicatoren voor fysiotherapeutische behandelingen. Het uiteindelijke doel van de ontwikkeling van uitkomstindicatoren in de fysiotherapie is driedelig:

- a) Gebruik in diagnostiek en behandeling van individuele patiënten om meer inzicht te krijgen in het functioneren of de gezondheid.
- b) Interne kwaliteitsverbetering op basis van vergelijkingen tussen fysiotherapiepraktijken met landelijke benchmarks.
- c) Externe transparantie, waarbij resultaten van de fysiotherapeutische behandeling openbaar worden gemaakt door middel van de uitkomstindicatoren.

In een voorgaand project zijn minimale datasets (MDS) met structuur-, proces- en uitkomstmaten voor fysiotherapeutische behandeling bij patiënten met lage rugklachten en COPD opgeleverd ([link](#) naar samenvatting). In een vervolgproject zijn de minimale datasets uitgetest en doorontwikkeld tot uitkomstindicatoren. Dit rapport beschrijft de resultaten van het vervolgproject voor de toepassing van de MDS en kwaliteitsindicatoren voor patiënten met COPD.

### Doelstelling

De overall doelstelling van het project was tweeledig: (a) het testen, evalueren en waar nodig aanpassen van de geselecteerde MDS fysiotherapie voor patiënten met COPD; en (b) het ontwikkelen en testen van kwaliteitsindicatoren op basis van uitkomstmetingen.

Voor de uitvoering van het project zijn drie beoogde deelresultaten beschreven voor het testen, implementeren, evalueren en waar nodig aanpassen van de geselecteerde minimale dataset fysiotherapie voor patiënten met COPD:

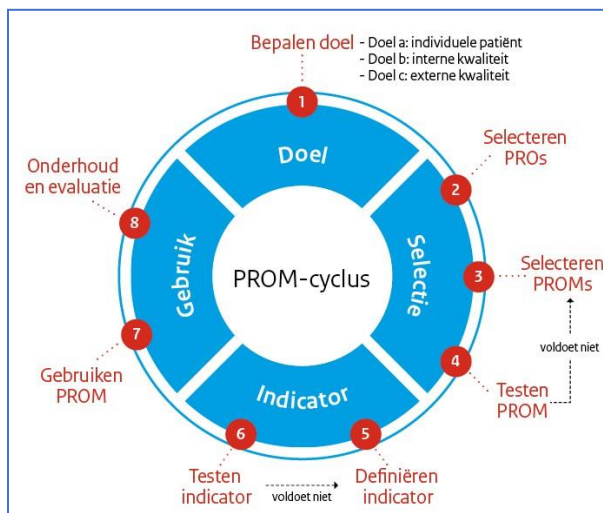
- a) Ingerichte pilot met beschrijving van opzet en design, data infrastructuur en implementatieplatform;
- b) Geëvalueerde en aangepaste minimale dataset voor patiënten met COPD in de fysiotherapeutische zorg;
- c) Gedefinieerde set van uitkomstindicatoren voor interne kwaliteitsverbetering en externe transparantie van de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg bij patiënten met COPD.

## Methode

Het plan van aanpak bestond uit drie fasen. Fase 1 bestond uit het opstellen van de specificaties in een document waarmee softwareleveranciers en databasebeheerders precies weten welke meetgegevens aangeleverd dienen te worden, het uitwerken van de *governance* en het voorbereiden van de dataverzameling. Fase 2 betrof de dataverzameling en het evalueren van meetinstrumenten en de ervaringen van patiënten en fysiotherapeuten die deelnamen aan de pilot MDS. Tevens zijn in deze fase de eerste indicatoren ontwikkeld. In fase 3 werden de indicatoren doorontwikkeld op basis van de data-analyse en de input van gebruikers en werden indien nodig aanpassingen gedaan in de dataset of data-aanlevering vanuit de softwareleveranciers.

Het gebruik van uitkomstmetingen voor de verschillende doelen en het ontwikkelen van indicatoren verloopt in een aantal stappen, zoals beschreven in de PROM-cyclus (zie figuur 1).<sup>1,2</sup> Deze cyclus beschrijft de stappen voor het ontwikkelen van indicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs). In een vorig traject hebben we stap 1-3 doorlopen ([link naar samenvatting](#))

*Figuur Stappenplan van de PROM cyclus*



Dit rapport beschrijft de volgende drie stappen van de PROM-cyclus: testen van de geselecteerde uitkomstmaten (stap 4), definiëren van indicatoren (stap 5) en testen van de indicatoren (stap 6). De volgende uitkomstmaten die binnen de MDS voor COPD zijn geselecteerd: de 6-Minute Walk Test (6MWT) voor het domein fysieke capaciteit, de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) voor het domein kwaliteit van leven, de Global Perceived Effect (GPE) voor het ervaren effect, de Quadricepskracht (met de Hand Held Dynamometer [HHD] Microfet) voor het domein spierkracht en de Medical Research Council Dyspnea (MRC) voor het domein dyspnoe. De stappenteller voor het domein fysieke activiteit en de ziektelastmeter zijn getest bij een kleine groep deelnemende fysiotherapeuten in een aparte pilot binnen het gehele project. Voor de indeling van risicoprofielen voor patiënten met COPD is de indeling van de LAN gebruikt (zie [protocol](#)) en hebben we gaandeweg het project de patiëntprofielen toegevoegd die zijn opgesteld door de ontwikkelaars van de nieuwe KNGF-richtlijn voor COPD.

Voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- A. Op basis van de minimale dataset kunnen de volgende uitkomsten gemeten worden:
  - Fysieke capaciteit - Uithoudingsvermogen (6MWT)
  - Fysieke capaciteit - Spierkracht (HHD)
  - Fysieke activiteit – Aantal stappen/dag (stappenteller)
  - Kwaliteit van leven (CCQ)
  - Dyspnoe (MRC)
  - Ervaren effect (GPE)
- B. De scores op de uitkomsten kunnen worden gepresenteerd door middel van:
  - Gemiddelde onderlinge variatie in laatst gemeten scores ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 80% betrouwbaarheidsinterval;
  - Gemiddelde onderlinge variatie verschilscore (verschil tussen de eerste en laatste score) op de uitkomst ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 80% betrouwbaarheidsinterval;
  - Behaalde minimaal klinisch relevante verschil (*minimal clinical important difference*: MCID) op het meetinstrument, verschil tussen de eerste en laatste score, ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 80% betrouwbaarheidsinterval. De MCID wordt bepaald op basis van literatuur.
- C. Op basis van de resultaten kunnen per uitkomst de volgende uitkomstindicatoren worden gepresenteerd:
  - Gemiddelde laatst gemeten score van een praktijk op de uitkomst ten opzichte van het landelijk gemiddelde met een betrouwbaarheidsinterval (BI);
  - Gemiddelde verschilscore (verschil tussen de eerste en laatste score) van een praktijk op de uitkomst ten opzichte van het landelijk gemiddelde met een betrouwbaarheidsinterval (BI);
  - Percentage patiënten waarbij de verschilscore kleiner of groter is dan de MCID;
  - Het eventueel stellen van een norm bij de indicatoren.
- D. Naast uitkomstindicatoren kunnen procesindicatoren opgesteld worden die een indicatie geven van het routinematig meten van uitkomsten in de praktijk.
- E. Tot slot kan ook een structuurindicator worden opgesteld op basis van (eenmalig) te verzamelen data over de fysiotherapeut die patiënten met COPD behandelt en inrichtingseisen van de praktijk.

Er zijn kwantitatieve en kwalitatieve analysemethoden toegepast voor de wetenschappelijke evaluatie. Om uitkomsten tussen praktijken en fysiotherapeuten met elkaar te kunnen vergelijken hebben we multilevel regressieanalyses uitgevoerd waarbij gecorrigeerd is voor case-mix correctie variabelen. We hebben hierbij de variabelen leeftijd en geslacht van de patiënt, beginscore op de uitkomstmeting als maat voor ernst van de klacht bij aanvang en de duur van de klacht voorafgaand aan de eerste behandeling gebruikt. De data uit interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd middels een thematische content analysemethode.

## **Resultaten**

### *Data aanlevering*

Er zijn grote verschillen in de aanlevering van de data wat betreft het aantal aangeleverde patiëntendossiers per praktijk, het aantal meetinstrumenten en de scores op de meetinstrumenten. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen data aangeleverd uit diverse EPD's en data aangeleverd uit diverse databases. Belangrijke oorzaak voor de problemen in het aanleveren van de data is terug te voeren op het feit dat data van patiënten met COPD voor het eerst op landelijk niveau zijn gebruikt,

waarbij veel knelpunten met de doorvoer van data van het EPD naar de landelijk databases aan het licht kwamen. Daarnaast betreft het een relatief kleine doelgroep zowel wat betreft aantal patiënten met COPD als deelnemende fysiotherapeuten.

#### *Kenmerken patiënten en uitkomsten*

In de periode tussen 1 februari 2018 en 31 december 2019 hebben 229 fysiotherapeuten uit 137 praktijken deelgenomen aan het project. Er zijn 4.652 behandel episodes van patiënten met COPD aangeleverd waarvan er 3.086 dossiers waren afgesloten. We hebben dossiers als afgesloten beschouwd als er een (datum) eindevaluatie is ingevuld of als er meer dan 8 weken zijn verstreken na de laatste zitting. Omdat patiënten met COPD soms lange trajecten volgen hebben we besloten om in de analyses zowel open als gesloten dossiers mee te nemen in de analyses.

De 6MWT voor het meten van uithoudingsvermogen en de CCQ voor het meten van kwaliteit van leven zijn de meest gebruikte algemene uitkomstmaten. Enkele en herhaalde metingen van uithoudingsvermogen vonden bij respectievelijk 57% en 39% van de patiënten plaats. Enkele en herhaalde metingen van kwaliteit van leven vonden bij respectievelijk 74% en 52% van de patiënten plaats.

Onderstaande tabel beschrijft de verschillen op de meetinstrumenten met een beginmeting en een eindmeting.

*Tabel Ongecorrigeerde scores op de meetinstrumenten*

| <b>Domein</b>              | <b>Meetinstrument</b>   | <b>N (%)</b> | <b>Beginscore (SD)</b>  | <b>N (%)</b> | <b>Eindscore (SD)</b> | <b>Verschilscore (SD)</b> |
|----------------------------|-------------------------|--------------|---|--------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Uithoudingsvermogen</b> | 6MWT                    | 2.628 (57%)  | 364,4 (125,5)   | 1.822 (39%)  | 373 (130)             | 2,7 (86)                  |
| <b>Spierkracht</b>         | Microfet                | 440 (10%)    | 287 (98)  | 216 (5%)     | 307 (95)              | 6,2 (47)                  |
| <b>Kwaliteit van leven</b> | CCQ                     | 3.427 (74%)  | 2,4 (0,9)   | 2.408 (52%)  | 2,2 (0,9)             | -0,1 (0,8)                |
| <b>Dyspnoe</b>             | MRC                     | 2.348 (51%)  | 3,0 (1,3)   | 1.385        | 3,0 (1,0)             | 0,2 (1,3)                 |
| <b>Ervaringen</b>          | GPE-verbetering (GPE-4) | n.v.t.       | n.v.t.  | 1.256 (27%)  | 3,5 (1,1)             | n.v.t.                    |
| <b>Profielen</b>           | LAN ziektelast          | 429 (9%)     | 7,5% licht<br>40,3% matig<br>52,2% ernstig                                      | n.v.t.       | n.v.t.                | n.v.t.                    |
| <b>Profielen</b>           | KNGF ziektelast         | 243 (5%)     | Profiel 1: 3,7%<br>Profiel 2-3: 12,8%<br>Profiel 4-5: 12,3%<br>Profiel 6: 71,2% | n.v.t.       | n.v.t.                | n.v.t.                    |

6MWT: 6-Minute Walk Test, score in meters; CCQ: Clinical COPD Questionnaire, score 0-6, afname in score op de CCQ betekent toename van kwaliteit van leven; Microfet: spierkracht in Nm; MRC: de Medical Research Council Dyspnea, score van 1-5; GPE: Global Perceived Effect score van 1-7, 1= zeer veel verbeterd, 7= zeer veel verslechterd; SD: Standaarddeviatie

### *Kwaliteitsindicatoren*

Op basis van de geformuleerde uitgangspunten zijn 17 potentiële indicatoren opgesteld. Deze indicatoren zijn gebaseerd op drie uitkomsten (uithoudingsvermogen, spierkracht, kwaliteit van leven) met vier potentiële indicatoren per uitkomst:

- Percentage patiënten waarbij de uitkomst gemeten wordt (procesindicator);
- Gemiddelde laatste gemeten score op de uitkomst ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 80% betrouwbaarheidsinterval;
- Gemiddelde verschilscore op de uitkomst ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 80% betrouwbaarheidsinterval;
- Percentage patiënten waarbij de uitkomst gelijk is gebleven, verbeterd of verslechterd op basis van het klinisch relevante verschil (MCID).

Voor de resterende indicatoren zijn de volgende keuzes gemaakt:

- Voor de uitkomst dyspnoe hebben we alleen een procesindicator ontwikkeld omdat uit de evaluatie blijkt dat dyspnoe niet geschikt is als uitkomstmaat om het resultaat van de behandeling te meten;
- Voor het globaal ervaren effect (GPE) hebben we geen indicator opgesteld. Uit de evaluatie blijkt dat zowel patiënten als fysiotherapeuten dit geen geschikte uitkomstmeting vinden. Bij veel patiënten met COPD is er immers geen sprake van een verbetering maar van behoud van functioneren;
- Voor fysieke activiteit hebben we een optionele indicator opgesteld. Het meten van fysieke activiteit vormt (nog) geen onderdeel van de MDS en is alleen in pilotvorm getest in het project. Aangezien het meten van fysieke activiteit met een stappenteller positief is ontvangen in het project door patiënten en fysiotherapeuten, hebben we toch een procesindicator opgesteld. Het meten van fysieke activiteit wordt ook aanbevolen in de concept KNGF-richtlijn COPD;
- We hebben één structuurindicator opgesteld over kwaliteitseisen van praktijk op basis van de KNGF COPD richtlijn van 2008;
- De nieuwe KNGF-richtlijn COPD beschrijft profielen om patiënten te stratificeren op basis van literatuur en intensieve discussies met stakeholders. Na input van gebruikers van de MDS hebben we besloten om de KNGF richtlijn profielen op te nemen in de MDS, omdat deze specifiek zijn toegespitst op de behandeling van de fysiotherapeut en waarmee we kunnen aansluiten bij de implementatie van de richtlijn;
- We hebben geen normen opgenomen voor de proces- en uitkomstindicatoren. Eventuele normstelling dient in de komende jaren gestalte te krijgen op basis van de verzamelde data en consensus binnen de beroepsgroep. Belangrijk aspect daarbij is de mogelijkheid om de indicatoren te kunnen stratificeren naar patiëntprofielen op basis van ziektelast zoals voorgesteld in de concept KNGF-richtlijn COPD.

Om de registratielast zo minimaal mogelijk te houden trachten we een beperkt aantal kernindicatoren vast te stellen. Deze zijn opgesteld op basis van de methodologische kwaliteit en de informatie die is verzameld uit de interviews en focusgroepen. We hebben zeven kernindicatoren opgesteld waarvan vier procesindicatoren en drie uitkomstindicatoren:



1. Percentage patiënten met COPD waarbij het uithoudingsvermogen aan het begin en bij de laatste behandeling of afsluiting van de behandelingsperiode is gemeten met de 6MWT (procesindicator);
2. Gemiddelde absolute verschilscore en percentage van voorspeld op uithoudingsvermogen van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandelingsperiode (gemeten met de 6MWT) (uitkomstindicator);
3. Percentage patiënten met COPD waarbij de quadriceps spierkracht aan het begin en bij de laatste behandeling of bij afsluiting van de behandelingsperiode is gemeten met een HHD van Microfet (procesindicator);
4. Gemiddelde absolute verschilscore en percentage van voorspeld op de quadriceps spierkracht van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandelingsperiode (gemeten met een HHD van Microfet) (uitkomstindicator);
5. Percentage patiënten met COPD waarbij de kwaliteit van leven aan het begin en bij de laatste behandeling of afsluiting van de behandelingsperiode is gemeten met de CCQ (procesindicator);
6. Gemiddelde absolute verschilscore op de kwaliteit van leven van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandelingsperiode (gemeten met de CCQ) (uitkomstindicator);
7. Percentage patiënten met COPD waar bij aanvang van behandeling een 6MWT, CCQ & activiteitenmeter is afgenomen aan het begin van de behandelingsperiode (om het KNGF-profiel vast te stellen) (procesindicator).

We hebben de verschilcores op de verschillende uitkomsten geselecteerd als kernindicatoren omdat uit de interviews naar voren kwam dat de verschilcores de meest relevante informatie bevatten. Uit de focusgroep bijeenkomsten met deelnemende fysiotherapeuten blijkt wel dat zij graag de uitkomsten op verschillende manieren (verschilscore, eindscore, verandering op basis van MCID) gepresenteerd krijgen om de data goed te kunnen interpreteren en te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Daarmee zijn de overige indicatoren dus wel relevant en ondersteunend voor de interpretatie van de kernindicatoren. De selectie van de kernindicatoren is bedoeld als overzichtelijke set die makkelijk te gebruiken is voor bijvoorbeeld intervisie, peer review of visitatie en voor externe transparantie.

#### *Demografische gegevens voor bruikbaarheid indicatoren*

Uit de analyses bleek dat de variabelen geslacht, leeftijd van de patiënt en de beginscore op de meetinstrumenten een statistisch significante invloed hebben op de uitkomsten. Deze variabelen zijn meegenomen als case-mix correctie in de berekening van de uitkomstindicatoren.

Daarnaast is het essentieel om per patiënt informatie te hebben over het aantal longaanvallen in de afgelopen periode, gewicht, lengte en comorbiditeiten voor een goede stratificatie op basis van de ziektelast van patiënten met COPD.

#### *Scores op de kernindicatoren*

Onderstaande tabel beschrijft de set kernindicatoren, scores op de procesindicatoren en de case-mix gecorrigeerde scores op de uitkomstindicatoren. De uitkomsten zijn gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd van de patiënt en de beginscore van het betreffende meetinstrument. In deze vergelijking zijn

alleen data meegenomen van praktijken die minimaal 20 behandel episodes hebben aangeleverd met een herhaalde meting van het betreffende meetinstrument. Elke indicator kan worden gepresenteerd per ziektelast (gemeten met de profielen van de LAN of met de profielen van de KNGF-richtlijn). In de tabel zijn de uitkomsten nog niet per profiel gestratificeerd omdat bij slechts een beperkt deel van de praktijken data over de profielen zijn binnengekomen. Bij presentatie per ziektelast zouden veel praktijken wegvallen uit de vergelijking.

#### *Gecorrigeerde scores op de kernindicatoren*

| Indicator |   | Overall gemiddelde | Range*       |
|-----------|---|--------------------|--------------|
| 1         | Percentage patiënten met COPD waarbij het uithoudingsvermogen aan het begin en bij de laatste behandeling of afsluiting van de behandel episode is gemeten met de 6MWT (procesindicator)  | 30,6%              | 0 - 100%     |
| 2         | Gemiddelde absolute verschilscore en als verschilscore in percentage van voorspeld op uithoudingsvermogen van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandel episode (gemeten met de 6MWT) (uitkomstindicator)                    | 3,0 punten         | -5,45 - 12,9 |
| 3         | Percentage patiënten met COPD waarbij de quadriceps spierkracht aan het begin en bij de laatste behandeling of bij afsluiting van de behandel episode is gemeten met een HHD van Microfet (procesindicator)   | 4,1%               | 0 - 88%      |
| 4         | Gemiddelde absolute verschilscore en als verschilscore in percentage van voorspeld op de quadriceps spierkracht van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandel episode (gemeten met een HHD van Microfet) (uitkomstindicator) | 7,5 Nm             | 2,7 - 13,2   |
| 5         | Percentage patiënten met COPD waarbij de kwaliteit van leven aan het begin en bij de laatste behandeling of afsluiting van de behandel episode is gemeten met de CCQ (procesindicator)  | 44%                | 0 - 100%     |
| 6         | Gemiddelde absolute verschilscore op de kwaliteit van leven van patiënten met COPD, gemeten bij aanvang van de behandeling in vergelijking met de laatste meting of bij afsluiting van de fysiotherapeutische behandel episode (gemeten met de CCQ) (uitkomstindicator)   | -0,1 punt          | -0,6 - 0,1   |
| 7         | Percentage patiënten met COPD waar bij aanvang van behandeling een 6MWT, CCQ & activiteitenmeter is afgenomen aan het begin van de behandel episode is gemeten (om het profiel vast te stellen) (procesindicator)   | 2,4%**             | 0 - 20%      |

\*Gemiddelde minimum en maximum score van deelnemende praktijken.

\*\* Dit percentage ligt erg laag omdat de activiteitenmeter slechts bij een beperkt aantal praktijken is afgenomen in een aparte pilot. 6MWT: 6-Minute Walk Test; CCQ: Clinical COPD Questionnaire  
Microfet: MRC: Medical Research Council Dyspnea Score

#### *Verschillen tussen praktijken*

We zagen grote verschillen in uitkomsten tussen praktijken die data hebben aangeleverd. Dergelijke verschillen vormen aanknopingspunten voor interne kwaliteitsverbetering. De vertaalslag naar een valide interpretatie van de verschillen tussen praktijken voor de kwaliteit van de geleverde zorg moet nog gemaakt worden. Verdiepende analyses en het gezamenlijk bespreken van de uitkomsten door fysiotherapeuten zijn van groot belang om de uitkomsten te interpreteren en op basis daarvan eventuele verschillen in kwaliteit vast te kunnen stellen.

## Evaluatie

De indicatoren die op basis van de MDS zijn ontwikkeld zijn geschikt om te gebruiken voor gebruik bij de individuele patiënt en voor interne kwaliteitsverbetering. Praktijken zijn echter nog niet gewend om feedbackrapportages te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. In de toepassing en doorontwikkeling van intervisie, peer review en visitatie zit nog veel potentieel om data te leren interpreteren en op basis daarvan gewenste en ongewenste variatie te ontdekken. De variatie in proces en uitkomsten van de fysiotherapeutische zorg bieden vervolgens aanknopingspunten voor kwaliteitsbevordering.

De database is nog niet voldoende betrouwbaar om de kernindicatoren te kunnen gebruiken voor externe transparantie. De database is nog klein en alleen van uithoudingsvermogen (6MWT) en kwaliteit van leven (CCQ) zijn voldoende data binnengekomen om indicatorcores betrouwbaar te kunnen berekenen over alle patiënten gezamenlijk. Om de scores te interpreteren is onderverdeling in KNGF profielen echter essentieel, omdat de verwachte uitkomsten per profiel verschillen voor de indicatoren. Met de huidige dataset hebben we alleen voor een klein deel van de patiënten profielen kunnen vaststellen, waardoor we nog geen valide interpretatie van de uitkomsten kunnen maken. Een eerste stap naar externe transparantie zou wel kunnen zijn om de scores op uithoudingsvermogen en kwaliteit van leven over de hele populatie inzichtelijk te maken voor externen. Dat zou een belangrijk signaal van de beroepsgroep naar stakeholders kunnen zijn dat er gewerkt wordt aan externe transparantie.

Naast de beperkte betrouwbaarheid en validiteit van de indicatoren, willen we een kanttekening plaatsen bij het transparant maken van uitkomstindicatoren (kernindicatoren 2, 4 en 6). De ontwikkelde uitkomstindicatoren zijn geen harde maat voor kwaliteit, maar zijn – zoals alle indicatoren – graadmeters voor de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg bij patiënten met COPD. Daarmee geven ze richting aan de variatie in uitkomsten, zodat deze variatie gebruikt kan worden voor niet alleen interne kwaliteitsverbetering, maar ook door externe partijen. De vertaalslag naar een valide interpretatie van de verschillen tussen praktijken voor de kwaliteit van de geleverde zorg moet nog gemaakt worden. Verdiepende analyses en het gezamenlijk bespreken van de uitkomsten door fysiotherapeuten zijn van groot belang om de uitkomsten te interpreteren en op basis daarvan eventuele verschillen in kwaliteit vast te kunnen stellen. Het transparant maken van uitkomsten op geaggregeerd niveau kan een belangrijke bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. De ontwikkelde uitkomstindicatoren zijn niet geschikt als ‘afrekeninstrument’. Indien openbaar gemaakte uitkomsten gebruikt zouden worden om praktijken als “goed” of “slecht” te bestempelen dan schieten de indicatoren hun doel echter voorbij.

We hebben geen normen vastgesteld voor de scores op de indicatoren, omdat we onvoldoende aanknopingspunten hebben om een norm voor goede kwaliteit vast te stellen. Wel hebben we op basis van de verzamelde data een benchmark berekend, waarbij praktijken hun eigen scores kunnen vergelijken met het landelijk gemiddelde. Voor de procesindicatoren uit de kernset – het meten van uithoudingsvermogen, spierkracht en kwaliteit van leven met respectievelijk de 6MWT, Microfet en CCQ - zou wel een norm kunnen worden vastgesteld, maar de randvoorwaarden voor het betrouwbaar aanleveren en uitspoelen van gegevens zijn nog niet volledig gerealiseerd.

Uit de evaluatie met deelnemers blijkt dat eventuele normstelling mogelijk is als er meer inzicht is in de betrouwbaarheid en validiteit van de kwaliteitsindicatoren. Met andere woorden, het ontbreekt

nog aan inzicht in hoeverre de kwaliteitsindicatoren een goede weergave zijn van de geleverde kwaliteit van zorg. Ook geven deelnemers aan dat externe transparantie mogelijk is. Cruciaal daarbij is dat er voldoende vertrouwen is in de juiste interpretatie van de uitkomsten door stakeholders zoals verzekeraars, patiënten en beleidsmakers. Dit project laat zien dat de vertrouwensbasis tussen de subsidiërende verzekeraars en de deelnemende fysiotherapeuten een goede bijdrage heeft geleverd aan het proces. In de vervolgstappen is het essentieel dat het vertrouwen verder wordt uitgebouwd.

### **Conclusies en aanbevelingen**

Overall kunnen we stellen dat twee van de drie doelstellingen van het project zijn behaald: de uitkomstmetingen zijn geschikt voor gebruik bij individuele patiënten en voor interne kwaliteitsverbetering op basis van vergelijkingen tussen fysiotherapiepraktijken en landelijke benchmarks. Voor externe transparantie – het derde doel van het project – zijn de indicatoren nog onvoldoende betrouwbaar en valide. Alleen van uithoudingsvermogen (6MWT) en kwaliteit van leven (CCQ) hebben we betrouwbare indicatorscores kunnen berekenen. Om de scores te interpreteren is onderverdeling in profielen echter essentieel omdat de verwachte uitkomsten per profiel verschillen. Met de huidige dataset hebben we alleen voor een klein deel van de patiënten profielen kunnen vaststellen, waardoor we nog geen valide interpretatie van de uitkomsten voor de kwaliteit van de geleverde fysiotherapeutische zorg kunnen maken.

Van de PROM-cyclus zijn stap 4, 5 en 6 doorlopen, waarin respectievelijk de meetinstrumenten zijn getest, indicatoren zijn ontwikkeld en de indicatoren zijn getest. Overall kunnen we stellen dat met de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren een belangrijke stap is gezet om de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg voor patiënten met COPD te meten en in te zetten voor gebruik in de behandelkamer en voor interne kwaliteitsverbetering (doel A en B van de PROM-cyclus).

Verdere dataverzameling en doorontwikkeling van de indicatoren zijn noodzakelijk om de indicatoren te gebruiken voor externe transparantie. Een eerste stap zou kunnen zijn om de scores op uithoudingsvermogen en kwaliteit van leven over de hele populatie inzichtelijk te maken voor externen. Dat zou een belangrijk signaal van de beroepsgroep naar stakeholders kunnen zijn om aan te geven dat er gewerkt wordt aan externe transparantie. Patiënten, zorgverzekeraars en beleidsmakers krijgen hiermee een indruk van de resultaten van de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met COPD. Op termijn kunnen uitkomsten dan mogelijk gebruikt worden voor keuze-informatie voor patiënten.

We hebben de volgende aanbevelingen geformuleerd voor de betrokken stakeholders (beroepsgroep, patiëntvertegenwoordigers en verzekeraars) voor verdere doorontwikkeling:

#### *Dataverzameling*

1. Betrek EPD-leveranciers en databasebeheerders in het verder optimaliseren van dataverzameling en -aanlevering. Voer een uitgebreide analyse uit, zowel kwantitatief als kwalitatief, om consistentie in dataverzameling tussen verschillende elektronische patiëntendossiers te bevorderen en neem maatregelen om aanlevering naar de verschillende databases te optimaliseren.

2. Stimuleer het routinematig meten in de praktijk, vooral van meetinstrumenten die minder vaak worden toegepast (bijv. Microfet) en van gegevens die nodig zijn om het KNGF profiel van de patiënt vast te kunnen stellen. Indeling van de patiënten in profielen is essentieel voor betekenisvolle terugkoppeling van de uitkomsten.
3. Zorg voor continuïteit van dataverzameling na afloop van het project.
4. Zorg voor periodieke evaluatie van de MDS met meetinstrumenten en meetprotocol of relevante patiëntkarakteristieken. Bijvoorbeeld ontwikkelingen rondom de nieuwe KNGF-richtlijn, zo kan in de toekomst de Patiënt Specifieke Goal-setting (PSG) een interessant meetinstrument zijn om verder te verkennen.
5. Zorg voor ondersteuning om data op een betekenisvolle manier terug te koppelen naar individuele fysiotherapeuten, fysiotherapiepraktijken en (regionale) netwerken. Dit is van essentieel belang voor het creëren van meerwaarde voor fysiotherapeuten en een duurzame inzet van het ontwikkelde systeem.

#### *Interne kwaliteitsverbetering*

6. Zorg voor toepassing van de kwaliteitsindicatoren binnen methoden voor kwaliteitsbevordering waaronder intervisie, peer review en visitatie.
7. Draag uit dat de indicatoren variatie in uitkomsten in kaart brengen en geen absolute maat zijn voor kwaliteit. Variatie in uitkomsten biedt aanknopingspunten voor het onderzoeken van de onderliggende oorzaken en om op basis daarvan mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering te identificeren.

#### *Externe transparantie*

8. Zorg voor doorontwikkeling van de indicatoren en betrek hierbij de verschillende stakeholdergroepen: patiënt(vertegenwoordigers), fysiotherapeuten en zorgverzekeraars. Besteed naast de inhoud van de indicatoren hierbij ook aandacht aan het meetprotocol en harmonisatie daarvan met de herziene KNGF richtlijn COPD.
9. Stimuleer verder onderzoek naar de validiteit van de kwaliteitsindicatoren zodat meer inzicht ontstaat in de indicatie die zij geven over de geleverde kwaliteit. Hiermee kunnen de indicatoren worden geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
10. Besteed bij het valideren van de indicatoren specifiek aandacht aan de uitkomstindicatoren en aan stratificatie op basis van patiëntprofielen.
11. Overweeg om de scores op uithoudingsvermogen en kwaliteit van leven over de hele populatie inzichtelijk te maken voor externen. Dat zou een belangrijk signaal zijn dat er gewerkt wordt aan externe transparantie

## Literatuurlijst

---

<sup>1</sup> <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/prom-toolbox.aspx>

<sup>2</sup> Van der Wees PJ, Verkerk EW, Verbiest MEA, Zuidgeest M, Bakker C, Braspenning J, de Boer D, Terwee CB, Vajda I, Beurskens A, van Dulmen SA. Development of a framework with tools to support the selection and implementation of patient-reported outcome measures. J Patient Rep Outcomes. 2019;3(1):75.