

# Informatie voor potentiële deelnemers aan de pilots, praktijken en fysiotherapeuten

## 1. Achtergrond

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.

Het is dus belangrijk dat de kwaliteitsinformatie van fysiotherapie via de ontwikkeling van uniforme, gedragen sets van uitkomstindicatoren inzichtelijk wordt. De fysiotherapeuten die reeds meten, dienen hetzelfde te gaan meten en op dezelfde momenten. De fysiotherapeuten die nog niet meten, dienen duidelijkheid te krijgen over wat ze zouden moeten gaan meten.

Het uiteindelijke doel van de ontwikkeling van uitkomstindicatoren in de fysiotherapie is drieledig:

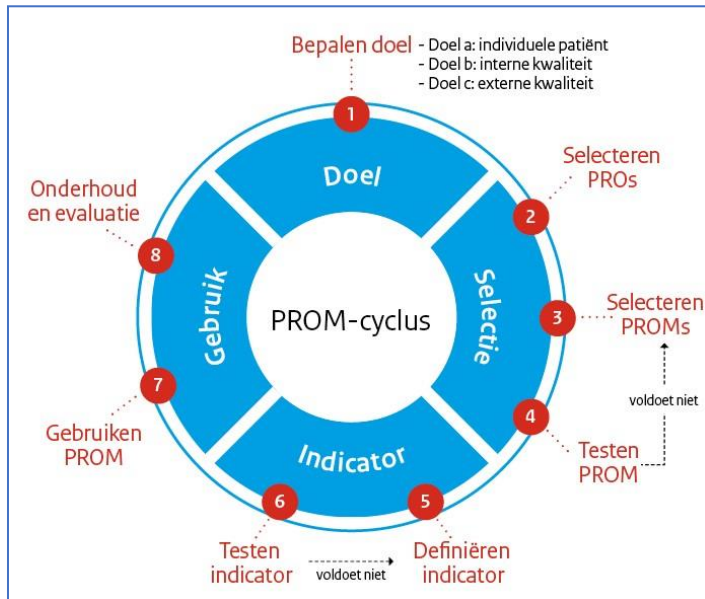
- a) Gebruik van uitkomstindicatoren door fysiotherapeuten bij een individuele patiënt om meer inzicht te krijgen in het functioneren en/of de gezondheid van de patiënt. Hierbij kunnen de meetresultaten ondersteunen bij het stellen van een diagnose, het kiezen van een behandeling, het evalueren daarvan of voor de communicatie tussen zorgverlener en patiënt.
- b) Interne kwaliteitsverbetering door fysiotherapeuten op basis van vergelijking tussen fysiotherapeuten, praktijken en met landelijke benchmarks.
- c) Externe transparantie, waarbij resultaten openbaar worden gemaakt. Deze kunnen gebruikt worden door patiënten om op basis hiervan keuzes te maken voor een bepaalde fysiotherapeut. Ook kunnen zorgverzekeraars de informatie gebruiken in het proces van zorginkoop.

Het gebruik van uitkomstmetingen voor de verschillende doelen en het ontwikkelen van indicatoren verloopt in een aantal stappen, zoals beschreven in de PROM-cyclus<sup>1</sup> (zie figuur 1). Deze cyclus beschrijft de stappen voor het ontwikkelen van indicatoren op basis van patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen (PROMs).

---

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

Figuur 1. Stappenplan van de PROM cyclus



In een voorgaand project zijn minimale datasets met concept structuur-, proces- en uitkomstmaten voor fysiotherapeutische behandeling bij aspecifieke lage rugpijn en COPD tripartite ontwikkeld. Deze worden in dit vervolproject uitgetest en doorontwikkeld tot uitkomstindicatoren. De selectie van de vastgestelde minimale dataset betrof de stappen 1 tot en met 3 van de PROM-cyclus. Deze handleiding 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).

## 2. Doelstelling

Het voornaamste doel van dit project is het testen, evalueren en waar nodig aanpassen van de geselecteerde minimale dataset met conceptindicatoren voor aspecifieke lage rugpijn en COPD in de eerstelijns fysiotherapie. Dit heeft als doel om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk te maken. In deze pilot wordt getest of de minimale dataset een goede en haalbare manier is om behandelresultaten in de praktijk te toetsen.

## 3. Planning

De dataverzameling start in januari 2018 en loopt tot juli 2019. In de periode van november 2017 tot februari 2018 vinden er startbijeenkomsten plaats met als doel praktijken te ondersteunen bij het proces van dataverzameling. Tijdens de looptijd van de dataverzameling zal tweemaal per jaar de data worden geanalyseerd en ontvangt u een rapportage.

## 4. Voorwaarden deelnemende fysiotherapiepraktijken

De pilots waarin data van patiënten met aspecifieke lage rugpijn en COPD verzameld wordt moeten van voldoende omvang zijn om valide onderzoeksresultaten te kunnen opleveren. Omdat het aantal patiënten met aspecifieke lage rugpijn en COPD dat door de eerstelijns fysiotherapeut wordt behandeld verschilt, is het benodigde aantal deelnemende praktijken en fysiotherapeuten verschillend voor beide patiëntengroepen. Dit komt doordat we per praktijk voldoende gegevens nodig hebben om verschillen tussen praktijken te kunnen identificeren.

Er zal data worden verzameld van patiënten *van alle zorgverzekeraars*, dus niet alleen van patiënten die verzekerd zijn bij de zorgverzekeraar(s) waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

Wanneer patiënten geen toestemming geven om hun data te gebruiken voor deze pilot, zal de fysiotherapeut dit in het EPD verwerken. De data van deze patiënt zullen dan ook niet worden geïnccludeerd.

#### 4.1 Algemene uitgangspunten

- We streven naar landelijke dekking met spreiding van deelnemende fysiotherapeuten over heel Nederland.
- We streven naar spreiding over minimaal vier (regionale of landelijke) netwerken zodat we ook op netwerkniveau kunnen rapporteren en vergelijken. Maximaal 80% van de praktijken is in netwerkverband vertegenwoordigd.
- We streven naar een mix van deelname van fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het CKR of bij het Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
- Het betreft data van alle patiënten binnen een praktijk die toestemming geven voor het doorleveren van hun data, ongeacht bij welke zorgverzekeraar ze verzekerd zijn.

#### 4.2 Aspecifieke lage rugpijn

Voor het berekenen van valide en betrouwbare uitkomstindicatoren zijn volledige uitkomstmetingen nodig van ongeveer 80 praktijken met 200 fysiotherapeuten nodig. Het maximum wordt bepaald door de capaciteit voor de scholing en de begeleiding van de pilots.

##### Criteria:

- Minimaal aantal deelnemende fysiotherapeuten per praktijk:
  - Bij elke eenmanspraktijk (waar maar 1 fysiotherapeut werkzaam is) neemt die fysiotherapeut deel aan het testen van de minimale dataset aspecifieke lage rugpijn.
  - Bij elke praktijk met meer dan 1 werkzame fysiotherapeut nemen minimaal 2 fysiotherapeuten deel aan het testen van de minimale dataset aspecifieke lage rugpijn.
- Minimaal aantal geïnccludeerde patiënten per praktijk waarbij volledige voor-, tussen-, eindmetingen zoals gedefinieerd in de minimale dataset zijn ingevuld:
  - Elke deelnemende praktijk met 1-3 werkzame fysiotherapeuten (ongeacht of die meedoen aan de pilot) dient minimaal 60 nieuwe patiënten met aspecifieke lage rugpijn op jaarbasis te includeren.
  - Elke deelnemende praktijk met meer dan 3 werkzame fysiotherapeuten (ongeacht of die meedoen aan de pilot) dient minimaal 100 nieuwe patiënten met aspecifieke lage rugpijn op jaarbasis te includeren.
- Minimaal aantal geïnccludeerde patiënten per deelnemende fysiotherapeut praktijk waarbij volledige voor-, tussen-, eindmetingen zoals gedefinieerd in de minimale dataset zijn ingevuld:
  - Elke deelnemende fysiotherapeut dient minimaal 30 nieuwe patiënten per jaar te includeren.
- Deze eisen samengevat leiden tot het volgende; dit zijn de minimale aantallen die uiteindelijk ook behaald moeten worden per jaar :

<b>Aantal fysiotherapeut en werkzaam in praktijk</b>	<b>Min. aantal deelnemende fysiotherapeut en</b>	<b>Min. aantal patiënten per praktijk per jaar</b>	<b>Min. aantal patiënten per deelnemende fysiotherapeut per jaar</b>	<b>Min. aantal patiënten per praktijk in de pilot (1,5 jaar)</b>	<b>Min. aantal patiënten per deelnemende fysiotherapeut in de pilot (1,5 jaar)</b>
1	1	60	60	90	90
2	2	60	30	90	45
3	2	60	30	90	45
4	2	100	30	150	45
5	2	100	30	150	45
6	2	100	30	150	45
7	2	100	30	150	45
8	2	100	30	150	45
9	2	100	30	150	45
10	2	100	30	150	45

- Deelnemende fysiotherapeuten committeren zich aan volledige voor-, tussen-, eindmetingen zoals gedefinieerd in de minimale dataset. Alle meetinstrumenten dienen dus gebruikt te worden volgens het dataprotocol.
- Fysiotherapeuten dienen minimaal 85% van de (gedurende de pilot) behandelde patiënten met specifieke lage rugklachten te includeren .
- De praktijk is aangesloten bij een database, zoals de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), de Landelijke Database Kwaliteit (LDK) of een bij een netwerk behorende database.

Het testen van de ODI zal bij een beperkte groep praktijken plaatsvinden. We hebben hiervoor 400 patiënten nodig.

### 4.3 COPD

Voor het berekenen van indicatoren zijn metingen nodig van ongeveer 120 praktijken met 140 fysiotherapeuten.

#### Criteria:

- De praktijk levert minimaal één fysiotherapeut voor het testen van de minimale dataset COPD.
- Elke deelnemende praktijk dient minimaal 20 patiënten met COPD per deelnemende fysiotherapeut op jaarbasis te includeren. Dit is dus het minimale aantal dat uiteindelijk ook behaald moet worden (gedurende de pilot dus minimaal 30).
- Deelnemende fysiotherapeuten committeren zich aan volledige voor-, tussen-, eindmetingen zoals gedefinieerd in de minimale dataset. Alle meetinstrumenten dienen dus gebruikt te worden volgens het dataprotocol.
- Fysiotherapeuten dienen minimaal 85% van de (gedurende de pilot) behandelde patiënten met COPD te includeren.
- Patiënten met COPD die al onder behandeling zijn, kunnen worden geïncludeerd onder voorwaarden. Bij de start van de pilot dienen zij de volledige metingen af te nemen als zijnde een intake en daaropvolgend iedere drie maanden een tussenmeting.

Het testen van de ziektelastmeter en het meten van fysieke activiteiten zal bij een beperkte groep praktijken plaatsvinden.

## 5. Data infrastructuur

Voor betrouwbare kwaliteitsinformatie is het noodzakelijk dat de zorg aan de patiënt op uniforme en wetenschappelijk verantwoorde wijze wordt geregistreerd. Hierdoor wordt analyse, toetsing en rapportage over de kwaliteit van de zorg mogelijk en kunnen de resultaten van een praktijk worden

afgezet tegen de andere pilotpraktijken ten behoeve van transparantie voor patiënten en kwaliteitsverbetering.

De data infrastructuur in de pilot is als volgt:

1. De fysiotherapeut en patiënt voeren de gegevens (de metingen op de vastgestelde meetinstrumenten volgens het meetprotocol) in het EPD in.
2. Deze gegevens worden verzameld in een 'lokale database', bijvoorbeeld die van het netwerk waar de fysiotherapiepraktijk bij aangesloten is, die van de EPD leverancier, het LDF of het LDK.
3. Op drie momenten (omstreeks juni 2018, december 2018 en juni 2019) worden de gegevens als batch vanuit de lokale database naar de centrale database van een Trusted Third Party (TTP) gestuurd.
4. Deze TTP zal de batches uit de verschillende database koppelen, ontdebellen (zodat patiënten maar één keer in de data voorkomen) en ontdoen van alle kenmerken die individuele patiënten herleidbaar maken.
5. Na deze bewerking zal de TTP de data, eveneens op drie momenten (omstreeks juli 2018, januari 2019 en juli 2019) verstrekken aan IQ healthcare voor het verrichten van kwaliteitsonderzoek. Er zullen nooit identificeerbare gegevens van patiënten te herleiden zijn.
6. IQ healthcare zal op drie momenten (omstreeks september 2018, maart 2019 en september 2019) op netwerkniveau, praktijkniveau en fysiotherapeutniveau benchmarkrapportages versturen.
7. IQ healthcare stuurt de opdrachtgevers CZ en DFZ op drie momenten (omstreeks september 2018, maart 2019 en september 2019) een rapportage over het gebruik van de minimale datasets (bij hoeveel patiënten data is verzameld volgens specificatie). De opdrachtgevers krijgen scores op geaggregeerd niveau van de praktijk of netwerk, waarbij de praktijk of het netwerk volledig anoniem blijft. Zij ontvangen nooit scores op therapeut- of patiëntniveau noch herleidbare scores op het niveau van praktijk of netwerk.

**NB:** Wanneer één of meerdere fysiotherapeuten binnen een praktijk deelnemen aan de pilot dient de praktijkhouder zich aan te melden bij de lokale database en hierbij de AGB-code van de desbetreffende fysiotherapeut(en) te vermelden.

Het dataproces ten aanzien van de verwerking van de gegevens kan schematisch als volgt worden weergegeven:



## 6. Governance

### Gebruik van de data

Door deelname aan de pilot geven de aanleverende partijen waarmee een overeenkomst is gesloten voor de pilot (individuele praktijken of netwerken) toestemming voor gebruik van de in de pilot verzamelde data voor de doelen zoals omschreven in dit document.

De aanleverende partijen waarmee een overeenkomst is gesloten voor de pilot (individuele praktijken of netwerken) bepalen wat er na afloop van het project met de door hun verzamelde data gebeurt. In principe zal deze worden vernietigd, tenzij de aanleverende partijen aangeven dat de data voor een vervolgproject gebruikt kunnen worden. Hierop geldt als uitzondering dat IQ healthcare de data voor wetenschappelijke verantwoording moet bewaren. De data wordt dan ook niet voor andere doeleinden gebruikt. De data wordt bewaard op een beveiligde server van IQ healthcare conform reglementen van het Radboudumc en de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO).

## **Rollen en verantwoordelijkheden:**

### CZ/DFZ:

- CZ/DFZ zijn opdrachtgever van het project. Zij besluiten over de keuze van de TTP en de inclusie van de praktijken voor de pilot. Ze krijgen nooit toegang tot de ruwe data van het project. Zij ontvangen een rapportage van de resultaten op geaggregeerd niveau. In deze rapportage staat:
  - Per praktijk en fysiotherapeut in de desbetreffende praktijk bij hoeveel patiënten er volledige data is verzameld conform de minimale datasets en hoeveel patiënten daarvan bij CZ resp. DFZ verzekerd zijn, uitgesplitst naar specifieke lage rugpijn en COPD;
  - Per praktijk en fysiotherapeut in de desbetreffende praktijk het inclusiepercentage;
  - Per praktijk en fysiotherapeut in de desbetreffende praktijk bij hoeveel patiënten er onvolledige data is verzameld conform de minimale datasets en hoeveel patiënten daarvan bij CZ resp. DFZ verzekerd zijn, uitgesplitst naar specifieke lage rugpijn en COPD.

### TTP:

- De TTP is bewerker van de data. De TTP zal de data, indien nodig, ontdebelen. De TTP zal de data voorbereiden voor het versturen aan IQ healthcare;
- De TTP, CZ/DFZ en IQ healthcare zullen in gezamenlijkheid de bewerkersovereenkomst/het dataprotocol opstellen. Hierin zullen ook (vertegenwoordigers van) fysiotherapeuten betrokken worden. De TTP neemt hierin de leiding.

### IQ healthcare:

- Opstellen van technische specificaties (soort bestand, opbouw bestand, volgorde data, identifiers, etc.);
- Toegang krijgen tot de data voor wetenschappelijke analyses die onderdeel zijn van het project. Zij ontvangen de data op patiëntniveau, maar wel geanonimiseerd;
- Opstellen van de rapportages voor de opdrachtgevers en de deelnemende praktijken en het schrijven van wetenschappelijke publicaties.

### Fysiotherapeuten:

- Verantwoordelijk voor de invoer van gegevens in de EPD's en voor het invullen van de meetinstrumenten;
- Verantwoordelijk voor gebruik juiste functionele specificaties (ook in EPD's en database);
- Leveren correcte data in de EPD's en verzorgen de aanlevering naar de lokale database. Fysiotherapeuten hebben een belangrijke rol in het optimaliseren van de invoer en uitspoel van de gegevens; aangezien zij een directe relatie hebben met de EPD leveranciers. We weten uit eerdere projecten dat de correcte implementatie van de technische specificaties voor verbetering vatbaar is. Alle partijen hebben een inspanningsverplichting om de implementatie van de specificatie te stimuleren;

- De lokale databases zijn verantwoordelijk voor de aanlevering aan de TTP.

## **7. Begeleidingscommissie**

Een begeleidingscommissie is tripartiet ingesteld met deelnemers vanuit de relevante patiëntenverenigingen (NVVR 'De Wervelkolom', Longfonds), beroepsgroep (KNGF, Stichting Keurmerk Fysiotherapie) en verzekeraars (CZ Groep, DFZ). De begeleidingscommissie heeft een adviserende functie over de invulling en voortgang van het project. Zij zijn toetsend op de uitvoering van het projectplan (proces) en adviserend op de inhoud van het project. De begeleidingscommissie is geen besluitvormend orgaan.

# Bijlage 1: Meten bij aspecifieke lage rugpijn

## 1. Meetinstrumenten en meetmomenten bij aspecifieke lage rugpijn

Voor de minimale dataset aspecifieke lage rugpijn zijn vier meetinstrumenten geselecteerd die gebruikt worden om uitkomsten van de fysiotherapeutische zorg te kunnen meten op gebied van pijn (NPRS), (fysiek) functioneren (QBPDS, PSK) en algemeen ervaren effect (GPE). Daarnaast wordt de ODI als meetinstrument voor (fysiek) functioneren in de pilot meegenomen om relevantie en haalbaarheid van het gebruik van dit meetinstrument verder te toetsen. Naast de bovenstaande meetinstrumenten zal de StartBackTool gebruikt worden voor de indeling in profielen. Met behulp van de StartBackTool is het mogelijk om herstel belemmerende en psychosociale factoren te signaleren en patiënten in te delen in drie risicoprofielen (laag, medium, hoog). De resultaten van de pilot worden gebruikt om we inzicht te krijgen in uitkomstverschillen tussen de drie profielen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de minimale dataset en het bijbehorende meetprotocol.

### Minimale dataset aspecifieke lage rugpijn

Domein	Meetinstrument		Meetprotocol				
			Laag risicoprofiel		Medium/hoog risicoprofiel		
Uitkomsten			Intake	Afsluiting	Intake	Elke 6 wkn	Afsluiting
Fysiek functioneren	1	QBPDS			X	X	X
	2	ODI (pilot)			X	X	X
	3	PSK	X	X	X	X	X
	4	NPRS (pijn)	X	X	X	X	X
Generiek	5	Global Perceived Effect (GPE)		X			X
<b>Profielindeling</b>	6	Start Back Screening Tool	X		X		

## 2. Toelichting meetinstrumenten bij aspecifieke lage rugpijn

### Quebec Back Pain and Disability scale (QBPDS)

De QBPDS is een vragenlijst met 20 items over activiteiten die bedreigd zijn bij aspecifieke lage rugpijn en relevant zijn in het dagelijks functioneren. Men scoort op een zes-puntschaal, variërend van 'totaal geen moeite' (score 0) tot 'niet in staat (score 5), wordt aangegeven hoeveel moeite het kost om de beschreven activiteit uit te voeren. De totaalscore is de som van alle items en varieert van 0 (geen beperking) tot 100 (volledig beperkt). **De QBPDS dient tijdens de intake en einde van de behandeling te worden afgenomen. Bij een behandelduur van meer dan zes weken dient de QBPDS iedere zes weken te worden afgenomen.**

Meetinstrument: [http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/22\\_3\\_N.pdf](http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/22_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument22/22\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument22/22_1_N.pdf)

### Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODI)

De ODI is een vragenlijst met 10 items die de mate van functionele beperkingen door pijn bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn toetst. Men scoort op een zes-puntschaal, variërend van 0 (geen



beperkingen) tot 5 (groots ervaren beperking door pijn bij een activiteit). **De ODI dient tijdens de intake en einde van de behandeling te worden afgenomen. Bij een behandelduur van meer dan zes weken dient de ODI iedere zes weken te worden afgenomen. Let op: het afnemen van de ziektelast COPD wordt afgenomen door een beperkte groep fysiotherapeuten binnen de pilot.**

Meetinstrument: [http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/21\\_3\\_N.pdf](http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/21_3_N.pdf)

Toelichting bij instrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument21/21\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument21/21_1_N.pdf)

Dit instrument zal alleen in een aantal pilotpraktijken worden ingezet. Dit wordt nog nader gedefinieerd.

## De Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK)

De PSK wordt toegepast als meetinstrument om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt kiest de drie activiteiten die hij/zij het liefst ziet verbeteren gedurende de behandelingsperiode en scoort de moeite die hij/zij bij het uitvoeren van deze activiteiten ervaart op een schaal van 0-10 (de NPRS-schaal die hier beneden staan beschreven). Bij de evaluatie is het essentieel om dezelfde activiteiten te selecteren om inzicht te krijgen in de vooruitgang van deze activiteiten, ondanks dat dit voor de patiënt soms niet meer de belangrijkste functioneringsproblemen zijn. **De PSK dient tijdens de intake en einde van de behandeling te worden afgenomen. Bij een behandelduur van meer dan zes weken dient de PSK iedere zes weken te worden afgenomen.**

Meetinstrument: [http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/206\\_3\\_N.pdf](http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/206_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument206/206\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument206/206_1_N.pdf)

## De Numeric Pain Rating Scale (NPRS)

De NPRS is een vragenlijst voor patiënten met een hulpvraag op het gebied van pijn. De NPRS kent een score tussen de 0-10 welke overeenkomt met 'GEEN PIJN' en 'ERGSTE PIJN VOORSTELBAAR' als uitersten. **De NPRS dient tijdens de intake en einde van de behandeling te worden afgenomen. Bij een behandelduur van meer dan zes weken dient de NRPS iedere zes weken te worden afgenomen.**

Meetinstrument: [http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/40\\_3\\_N.pdf](http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/40_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: <https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument40/NPRS%20form.pdf>

## Global perceived Effect (GPE)

Om het ervaren effect te meten dient bij alle patiënten de *Global Perceived Effect (GPE)* afgenomen te worden. Dit instrument wordt toegepast als generieke uitkomstmaat. Met de GPE scoort de patiënt in welke mate zijn klachten/problemen zijn veranderd ten opzichte van het vorige meetmoment (bijvoorbeeld begin van de behandeling). De GPE is een 7-puntsschaal met als uiterste waarden 'heel veel beter' (score: 1) tot 'heel veel slechter' (score: 7). **Dit instrument dient bij iedere patiënt te worden afgenomen na afloop van de behandeling.**

Meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212\\_3\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212_1_N.pdf)

## Profielindeling: Start Back Screening Tool (SBT)

De SBT is een screeningsinstrument voor gebruik bij patiënten met specifieke lage rugpijn in de eerste lijn. Aan de hand van 9 vragen wordt een inschatting gemaakt van het psychosociale aspect

van de specifieke lage rugpijn en er wordt een indruk verkregen over de kans op het ontwikkelen van persisterende invaliderende specifieke lage rugpijn. Tenslotte geeft de uitslag richting aan de te volgen behandelstrategie door patiënten in te delen in drie risicoprofielen (laag-, midden- en hoog). **Dit instrument dient bij iedere patiënt te worden afgenomen aan het begin van de behandeling.**

Meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument343/463\\_3\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument343/463_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument343/463\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument343/463_1_N.pdf)

### **3. Identificatie van patiënten met specifieke lage rugpijn**

We zullen de definitieve deelnemers aan de pilots te zijner tijd informeren welke prestatiescodes we gebruiken om de patiënten met specifieke lage rugpijn te kunnen identificeren, in combinatie met de DCSPH codes.

# Bijlage 1: Meten bij COPD

## 1. Meetinstrumenten en meetmomenten bij COPD

In de minimale dataset COPD wordt onderscheid gemaakt tussen a) kernmeetinstrumenten in de MDS; b) meetinstrumenten die alleen worden toegepast wanneer ze relevant zijn voor het behandeldoel; en c) meetinstrumenten die in pilotvorm getest kunnen worden.

### AD a: kernmeetinstrumenten in de MDS

De kernmeetinstrumenten bestaan uit 6-Minute Walk Test (domein fysieke capaciteit), de CCQ (domein kwaliteit van leven), de Global Perceived Effect (domein patiëntervaringen) en een structuurmaat (eisen ten aanzien van de fysiotherapeut die patiënten met COPD behandelt en inrichtingseisen). Daarnaast is er een beperkt aantal procesvariabelen opgenomen voor casemix-correctie. Voor het in kaart brengen van het patiëntprofiel leggen fysiotherapeuten vast of de patiënt lichte, matige of ernstige klachten heeft op basis van de criteria van de zorgstandaard COPD. De zorgstandaard beschrijft een indeling in profielen op basis van een aantal kenmerken, die gerelateerd zijn aan de ziektelast (licht/matig/ernstig).

### AD b: meetinstrumenten bij relevantie voor het behandeldoel

Fysiotherapeuten beschrijven de doelen voor de behandeling en afhankelijk van de gestelde doelen worden metingen met specifieke meetinstrumenten ingevuld. Dit zijn spierkrachtmeting van Quadriceps met een Microfet spierkrachtmeter; en meting van kortademigheid met de MRC schaal voor dyspnoe. Quadriceps spierkracht is een optioneel instrument voor herhaalde meting indien spierkrachtverbetering behandeldoel is. De MRC-dyspnoe is een optioneel instrument voor herhaalde meting en dient alleen ingevuld te worden indien kortademigheid een behandeldoel is.

### AD c: meetinstrumenten voor testen in pilotvorm

Het meten van de fysieke activiteit wordt getest met een stappenteller in een pilot, aangezien het vergroten van fysieke activiteit een belangrijk doel van de fysiotherapeutische interventie is en daarmee ook een belangrijke uitkomst. De ziektelastmeter COPD zal ook in een pilot worden opgenomen. De reden hiervoor is dat de fysiotherapeuten niet met dit instrument bekend zijn en dit ook nog niet in de EPD's is geïmplementeerd. De toepasbaarheid in de praktijk kan in een pilot verkend worden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vastgestelde minimale dataset en het bijbehorende meetprotocol.

## Indeling in ziektelast

De zorgstandaard COPD<sup>2</sup> beschrijft een indeling in profielen op basis van een aantal kenmerken, die gerelateerd zijn aan de ziektelast (licht/matig/ernstig).

### Patiënten met een lichte ziektelast:

Dit betreft patiënten met een FEV1 >50% van voorspeld, zonder ernstige klachten of beperkingen door dyspnoe (MRC<3), zonder ernstige adaptatieproblemen, zonder verminderde voedingstoestand, zonder frequente exacerbaties en bij wie de ziektelast in geringe mate beïnvloed wordt door comorbiditeit.

### Patiënten met een matige/ernstige ziektelast:

Hieronder zijn criteria uit de Zorgstandaard COPD weergegeven voor matige/ernstige ziektelast. We merken hierbij op dat de Zorgstandaard geen specifieke afkappunten hanteert voor het onderscheid tussen matige en ernstige ziektelast

---

<sup>2</sup> [http://www.longalliantie.nl/files/9014/5578/9160/LAN\\_Zorgstandaard\\_COPD-2016-2.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/9014/5578/9160/LAN_Zorgstandaard_COPD-2016-2.pdf)

## Afkapwaarden matige/ernstige ziektelast

Parameter	Afkapwaarde (matige/ernstige ziektelast: bij aanwezigheid van $\geq 1$ criterium)
Klachten/hinder/beperkingen	MRC $\geq 3$ of CCQ $\geq 2$
Longaanval	$\geq 2$ longaanvallen afgelopen 12 maanden behandeld met orale corticosteroiden
Longfunctie	FEV1 < 50% van voorspeld of < 1,5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (>150 ml/jaar) over 2 of meer jaren
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5% in een maand of > 10% in de laatste 6 maanden, of BMI < 21, zonder andere verklaring

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vastgestelde minimale dataset en het bijbehorende meetprotocol. In het meetprotocol is zichtbaar op welke momenten fysiotherapeuten verwacht worden om te meten in de behandeling.

### Minimale dataset COPD

Domein	Minimale dataset fysiotherapie COPD	Meetprotocol		
		Intake	Elke 3 mnd <sup>1</sup>	Afsluiting
	<b>A: Kernmeetinstrumenten</b>			
Fysieke capaciteit	6-Minute Walk Test (6 MWT)	X	X	X
Kwaliteit van leven	Clinical COPD Questionnaire (CCQ)	X	X	X <sup>2</sup>
Patiëntervaringen	Global Perceived Effect (GPE)		X	X <sup>2</sup>
Achtergrondvariabelen	Vastleggen van behandeldoelen, achtergrondgegevens zoals longaanvallen afgelopen 12 maanden en comorbiditeiten, indeling in profielen op basis van de zorgstandaard	Eenmaal per jaar		
Structuur	Eisen ten aanzien van de fysiotherapeut die patiënten met COPD behandelt en inrichtingseisen	Eenmalig op praktijk niveau		
	<b>B: Meetinstrumenten die alleen bij relevantie voor behandeldoel worden toegepast</b>			
Spierkracht	Quadriicepskracht (met Microfet)	X	*	*
Kortademigheid	Medical Research Council Dyspnea (MRC)	X	**	**
	<b>C: Meetinstrumenten die in pilotvorm getest worden</b>			
Fysieke activiteit	Metten van fysieke activiteiten met een stappenteller (in een pilotgroep) <sup>3</sup>			
Overall	Ziektelastmeter COPD (in een pilotgroep) <sup>3</sup>			

<sup>1</sup> Alleen van toepassing indien de behandeling langer dan 3 maanden duurt

<sup>2</sup> Bij patiënten die > 12 maanden onder behandeling zijn wordt deze meting ieder jaar uitgevoerd

<sup>3</sup> Meetprotocol wordt in de pilot bepaald

\*Alleen relevant indien spierkrachtverbetering behandeldoel is

\*\* Alleen relevant indien kortademigheid een behandeldoel is

## 2. Toelichting meetinstrumenten bij COPD

Er zijn technische specificaties opgesteld waarin de meetinstrumenten zijn gespecificeerd en EPD-leveranciers hebben deze ontvangen. Onderstaand wordt een toelichting gegeven van ieder meetinstrument.

## **Kernmeetinstrumenten**

### **Domein fysieke capaciteit: 6-Minute Walk Test (6 MWT)**

De 6MWT wordt ingezet om het gangpatroon, loopsnelheid en uithoudingsvermogen van patiënten te beoordelen. Gemeten wordt de maximale afstand die de patiënt binnen 6 minuten comfortabel kan afleggen. De patiënt mag tijdens de test gebruik maken van loophulpmiddelen en/of orthese. **De test dient bij start- en einde van de behandeling te worden afgenomen. Geadviseerd wordt de 6 minuten wandeltest op een afstand van 10 meter te nemen (en niet op een loopband of een andere afstand) Bij een behandelduur langer dan drie maanden dient deze iedere drie maanden te worden afgenomen**

Meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument177/177\\_3\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument177/177_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument177/177\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument177/177_1_N.pdf).

### **Domein kwaliteit van leven: Clinical COPD Questionnaire (CCQ)**

De CCQ is een vragenlijst over gezondheid en bestaat uit 10 items. Het doel van de vragenlijst is het meten van de gezondheidstoestand van patiënten met luchtwegklachten als gevolg van COPD, longemfyseem, chronische bronchitis. Hoe hoger een patiënt scoort op de CCQ des te slechter is de gezondheidstoestand van de patiënt. **De test dient bij start- en einde van de behandeling te worden afgenomen. Bij een behandelduur langer dan drie maanden dient deze iedere drie maanden te worden afgenomen. Tenzij de patiënt meer dan een jaar in behandeling is, dan is eenmaal per jaar voldoende.**

Meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument169/187\\_3.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument169/187_3.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument169/169\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument169/169_1_N.pdf)

### **Domein patiëntervaring: Global Perceived Effect (GPE)**

Om het ervaren effect te meten dient bij alle patiënten de *Global Perceived Effect (GPE)* afgenomen te worden. Dit instrument wordt toegepast als generieke uitkomstmaat. De GPE bestaat uit twee vragen; een vraag over de verandering van de klachten en een vraag over de tevredenheid met de behandeling.

1. Met de GPE scoort de patiënt in welke mate zijn klachten/problemen zijn veranderd ten opzichte van het vorige meetmoment (bijvoorbeeld begin van de behandeling). De GPE is een 7-puntsschaal met als uiterste waarden 'heel veel beter' (score: 1) tot 'heel veel slechter' (score: 7).
2. Met de GPE tevredenheid scoort de patiënt in welke mate de patiënt tevreden is met het resultaat van de behandeling van de fysiotherapeut. De GPE tevredenheid wordt gescoord met een 7-puntsschaal met 'zeer tevreden' (score 1) tot 'zeer ontevreden' (score 7)

**Deze vragen dienen bij iedere patiënt te worden afgenomen na afloop van de behandeling. Bij een behandelduur langer dan drie maanden dient deze iedere drie maanden te worden afgenomen. Tenzij de patiënt meer dan een jaar in behandeling is, dan is eenmaal per jaar voldoende.**

Meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212\\_3\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212_3_N.pdf)

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument212/212_1_N.pdf)

## **Achtergrondvariabelen: Vastleggen van behandeldoelen, achtergrondgegevens zoals longaanvallen afgelopen 12 maanden en co-morbiditeiten, indeling in profielen op basis van de zorgstandaard**

In uw elektronische patiëntendossier zal een vragenlijst ontworpen worden die u toe kunt sturen naar uw patiënt. Hier worden onder andere vragen gesteld over mogelijke co-morbiditeiten die van invloed kunnen zijn op de behandeling. Het zijn in totaal 19 vragen, de patiënt antwoordt met ja/nee. Deze vragen zijn noodzakelijk om een goed beeld te krijgen van de COPD patiënt.

**De vragenlijst dient eenmaal per jaar genomen te worden bij iedere patiënt.**

## **Structuur: Eisen ten aanzien van de fysiotherapeut die patiënten met COPD behandelt en inrichtingseisen**

Eenmaal per jaar zal informatie ten aanzien van de fysiotherapeut en de inrichtingseisen van de praktijk verzameld worden middels een vragenlijst.

### ***Meetinstrumenten die alleen bij relevantie voor behandeldoel worden toegepast***

#### ***Spierkracht: Quadricepskracht (met Microfet)***

Met dit instrument wordt de extensie van de knie gemeten, zowel voor de linker- als rechterknie. De uitkomst van de score is in Newton.

- Meetprotocol: uitgangshouding: zit, heup en knie in 90 graden, handen ontspannen op de bovenbenen.
- Uitvoering: dynamometer net proximaal van de malleoli.

**Indien het doel van de behandeling het verbeteren van spierkracht is, dient de Microfet iedere drie maanden afgenomen te worden.**

## **Kortademigheid: Medical Research Council Dyspnea (MRC)**

De MRC Dyspnoe scorelijst is een praktische en gevalideerde lijst om de mate van benauwdheid zoals een COPD-patiënt die zelf ervaart te scoren. De lijst bestaat uit 5 items waarin de patiënt zijn eigen niveau van beperking kan aangeven. **Indien het doel van de behandeling de kortademigheid is, dient de MRC iedere drie maanden afgenomen te worden**

Meetinstrument:

Toelichting bij meetinstrument: [https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument1/1\\_1\\_N.pdf](https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument1/1_1_N.pdf)

### ***C: Meetinstrumenten die in een aparte pilot getest worden***

#### **Fysieke activiteit: Meten van fysieke activiteiten met een stappenteller (in een pilotgroep)**

In uw elektronische patiëntendossier zal een vragenlijst ontworpen worden die u de mogelijkheid geeft om in te vullen hoeveel stappen uw patiënt gemiddeld de afgelopen week gelopen heeft. Het is op dit moment nog moeilijk om een goede betrouwbaarheid van dergelijke activiteitenmeters vast te stellen. Middels deze pilot willen we een eerste indruk krijgen in het gebruik van activiteitenmeters bij COPD

patiënten. **Het afnemen van deze fysieke activiteiten meters wordt afgenomen door een specifieke groep binnen de pilot.**

### **Overall: Ziektelastmeter COPD (in een pilotgroep)**

De ziektelastmeter COPD geeft de behandelaar en de patiënt inzicht in de ervaren ziektelast van de patiënt. De ziektelastmeter COPD is een gebruiksvriendelijk meetinstrument waarmee ziektelast op een eenvoudige en praktische manier kan worden aangegeven. Het is een vragenlijst van 16 vragen die door patiënten wordt ingevuld. Deze vragenlijst bestaat uit de 10 vragen van de CCQ: Clinical COPD Questionnaire. Er zijn vier vragen toegevoegd aan deze vragenlijst om in te gaan op alle aspecten van het begrip ziektelast. Daarnaast vult de patiënt een benauwdheidvraag in (MRC) en een beweegvraag. Een hogere score geeft een hogere ziektelast. **Het afnemen van de ziektelast COPD wordt afgenomen door een selecte groep praktijken binnen de pilot.**

Toelicht en inzage vragenlijst: [http://www.longalliantie.nl/files/6314/6830/9498/2016-040\\_bijlage\\_1\\_Specificaties\\_Ziektelastmeter\\_COPD\\_2016-06-09.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/6314/6830/9498/2016-040_bijlage_1_Specificaties_Ziektelastmeter_COPD_2016-06-09.pdf)

## **3. Identificatie van patiënten met COPD**

We zullen de definitieve deelnemers aan de pilots te zijner tijd informeren welke prestatiescodes we gebruiken om de patiënten met COPD te kunnen identificeren, in combinatie met de DCSPH codes.

## Bijlage 3: Meten in de praktijk

Er zijn verschillende manieren om de uitkomstmaten door de patiënt in te laten vullen voor zowel de begin-, tussen- en eindmeting. De toepassing zal mede afhankelijk van het softwarepakket dat u gebruikt en mogelijkheden in uw praktijk. We streven ernaar de metingen voor aanvang van het consult (waarvoor de meting uitgevoerd dient te worden) ingevuld in uw bezit te hebben, zodat u de resultaten van de meting direct kunt gebruiken in uw (fysiotherapeutisch methodisch) handelen.

1. De patiënt krijgt de vragenlijsten, vóór het consult waarvoor de meting uitgevoerd dient te worden, digitaal toegestuurd. Thuis vult hij/zij deze vragenlijst in en stuurt hem voor aanvang van het desbetreffende consult digitaal terug. Dit is de meest optimale methode en het minst arbeidsintensief.
2. De patiënt vult de vragenlijsten op de praktijk in (bij voorkeur voor de behandeling). Dit kan op papier of in het EPD via een computer/tablet. Het is raadzaam om de patiënt 10-15 minuten voor aanvang van het consult aanwezig te laten zijn in de praktijk, zodat die tijd gebruikt kan worden om de vragenlijsten in te vullen. Wanneer de patiënt niet in staat is om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen kan hij/zij hierbij ondersteund worden door een administratief medewerker/stagiaire/fysiotherapeut. Hierbij is het van belang dat hij/zij niet beïnvloed wordt bij het invullen.
3. De patiënt vult, nadat hij de vragenlijst geprint uitgedeeld heeft gekregen, thuis de vragenlijst in op papier en neemt deze mee naar de praktijk. Bij invullen van de vragenlijst op papier dient u de scores achteraf handmatig in te voeren in het elektronisch patiënten dossier.
4. De patiënt vult de vragenlijst samen met de fysiotherapeut in tijdens de zitting. De fysiotherapeut kan de score direct invoeren in het elektronisch patiëntendossier. Ook wanneer u de vragenlijst op deze manier uitvraagt is het van belang dat wordt voorkomen dat u als fysiotherapeut de patiënt beïnvloedt bij het invullen.