

# Monitoring physiotherapy using a national registration network

## Nederlandstalige samenvatting

Dit proefschrift, getiteld 'Het monitoren van fysiotherapie middels een nationaal registratienetwerk', richt zich op de transparantie van de fysiotherapeutische zorg. Zoals in hoofdstuk 1 wordt beschreven, is er binnen de fysiotherapie, evenals binnen andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, in toenemende mate behoefte aan transparantie. Deze behoefte is ontstaan als gevolg van veranderingen in het gezondheidszorgsysteem. In het nieuwe zorgsysteem zijn zorgverleners zelf verantwoordelijk voor het geven van inzicht in de kwaliteit van zorg die zij leveren. Patiënten hebben meer verantwoordelijkheden, invloed en keuzevrijheid gekregen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars met zorgverleners onderhandelen over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Transparantie van zorg geeft de overheid, die op systeemniveau verantwoordelijk is gebleven voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, de mogelijkheid om overzicht te houden over de inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg en de uitwerking van beleidsmaatregelen op de zorg te volgen. Verbeterde transparantie geeft fysiotherapeuten meer mogelijkheden om hun praktijkvoering te vergelijken met collega-therapeuten en het geeft zorgverzekeraars inzicht in de zorg die zij verzekeren. Patiënten hebben een hoge mate van transparantie nodig om een goede keuze uit het aanbod van zorgverleners te kunnen maken.

De transparantie van zorg kan vergroot worden met informatie uit de patiëntendossiers. De huidige ontwikkelingen binnen de ICT leiden tot een toenemend gebruik van elektronische patiëntendossiers (EPDs). Deze EPDs bieden nieuwe mogelijkheden voor gezondheidszorgonderzoek. EPDs zijn eenvoudig toegankelijk en door onderdelen van EPDs van meerdere praktijken samen te voegen, kan op een relatief eenvoudige manier een klinische database worden gevormd. In Nederland is in 2001 een dergelijke database opgericht: de

Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Het doel van LiPZ is te zorgen voor een continue aanlevering van zorggerelateerde informatie over de fysiotherapie. In het huidige proefschrift zijn gegevens uit het LiPZ-netwerk gebruikt om binnen de fysiotherapie bij te dragen aan transparantie van de kwaliteit, transparantie van veranderingen over de tijd, transparantie van het resultaat van zorg en transparantie in internationaal perspectief. De volgende onderzoeksvragen komen in dit proefschrift aan de orde:

Wat betreft transparantie van de kwaliteit:

- In welke mate werken fysiotherapeuten volgens de aanbevelingen in de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van patiënten met specifieke lage rugpijn?
- Welke kenmerken van patiënten, therapeuten en praktijken zijn geassocieerd met variatie in het gebruik van fysiotherapie door patiënten met specifieke lage rugpijn?

Wat betreft transparantie van veranderingen over de tijd:

- Zijn ontwikkelingen in kennis en gezondheidszorgbeleid sinds de jaren '90 in de 20<sup>ste</sup> eeuw geassocieerd met veranderingen in de behandeling van patiënten met specifieke lage rugpijn door Nederlandse fysiotherapeuten?

Wat betreft transparantie van het resultaat van zorg:

- Wat is de overeenstemming tussen patiënten met nek-, rug- of schouderklachten en fysiotherapeuten of oefentherapeuten Cesar of Mensendieck wat betreft het resultaat van zorg en welke therapeut-specifieke vragenlijst komt het beste overeen met het oordeel van de patiënt?

Wat betreft transparantie in internationaal perspectief:

- Welke klinische databases bestaan wereldwijd op het gebied van fysiotherapie en wat zijn hun basiskenmerken, wat verzamelen ze, wat leveren ze op, hoe worden ze beheerd en wat is de kwaliteit?
- Wat zijn de demografische kenmerken, kenmerken van het gezondheidsprobleem en kenmerken van de behandeling van patiënten die in Israël, Amerika en Nederland door de fysiotherapeut worden behandeld en welke relaties zijn er tussen de demografische kenmerken en het aantal behandelingen dat deze patiënten krijgen?

In hoofdstuk 2 worden het doel en de opzet van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) beschreven. LiPZ is een netwerk van peilstations bestaande uit ongeveer 40 fysiotherapiepraktijken, 40 praktijken voor oefentherapie Cesar of Mensendieck en 20 praktijken voor

diëtetiek. Het doel van LiPZ is om continue zorggerelateerde informatie over deze beroepsgroepen te leveren. De representativiteit van LiPZ is wat betreft fysiotherapie adequaat voor patiënten die door de algemene, niet verbijzonderde, fysiotherapeut worden behandeld. Fysiotherapeuten die meer dan 50% van hun tijd als verbijzonderd therapeut, bijvoorbeeld als manueel therapeut, werken, zijn uitgesloten van het netwerk. De dataverzameling is zo beperkt mogelijk gehouden en gebaseerd op elektronische registratie van zorggerelateerde gegevens. De dataverzameling bestaat uit gegevens die noodzakelijk zijn voor het declaratieverkeer met zorgverzekeraars en uit enkele aanvullende gegevens die in de praktijksoftware zijn ingebouwd. Dit resulteert in een registratienetwerk dat volledig elektronisch is. In het netwerk worden gegevens verzameld over de patiënt, de verwijzing, het gezondheidsprobleem, de behandeling en de evaluatie. Gegevens worden maandelijks uit de praktijksoftware geëxtraheerd en naar het NIVEL gestuurd. Na een kwaliteitscontrole worden de gegevens opgenomen in de database. Deze bevat op het moment van schrijven gegevens van meer dan 80.000 patiënten. Deelnemende fysiotherapeuten ontvangen een financiële vergoeding, op jaarlijkse basis spiegelinformatie en accreditatiepunten voor het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

**Hoofdstuk 3** beschrijft een onderzoek naar de mate waarin fysiotherapeuten patiënten met specifieke lage rugklachten behandelen volgens de fysiotherapeutische richtlijn.

Het werken volgens de richtlijn is binnen het LiPZ-netwerk aan de hand van drie criteria onderzocht. Deze criteria omvatten het aantal behandelingen, de behandeldoelen en de verrichtingen, waarbij het eerste criterium alleen van toepassing was op patiënten met acute klachten.

De resultaten toonden aan dat fysiotherapeuten bij 17% van de patiënten met acute klachten voldeden aan het criterium omtrent het aantal behandelingen. Bij 58% van alle patiënten voldeden zij aan het criterium omtrent de behandeldoelen en bij 88% van alle patiënten aan het criterium omtrent de verrichtingen. In een kleine meerderheid van de patiënten werd zowel aan het criterium omtrent de behandeldoelen als aan het criterium omtrent de verrichtingen voldaan. Bij vrijwel alle patiënten werd aan één van beide criteria voldaan. Bij vier procent van de patiënten met acute klachten werd aan alle drie de criteria voldaan. Binnen alle criteria was er grote variatie tussen de therapeuten in de mate waarin ze aan de criteria voldeden.

Op basis van deze resultaten werd geconcludeerd dat de kwaliteit van de Nederlandse fysiotherapeutische zorg nog verbeterd kon worden.

**Hoofdstuk 4** is gericht op het vergroten van het inzicht in de variatie in het aantal behandelingen bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten. Gegevens uit het LiPZ-netwerk zijn gebruikt om te onderzoeken in welke mate variatie voorkwam tussen patiënten, tussen therapeuten en tussen praktijken en welke factoren de variatie konden verklaren.

Multilevel lineaire regressieanalyse toonde aan dat van alle variatie, 88,4% tussen patiënten gelegen was; 4,4% was variatie tussen therapeuten; en 7,2% was variatie tussen praktijken. Kenmerken van de klacht, zoals de duur van de klacht, en de soort verwijzer hadden de meeste invloed op het aantal behandelingen. Daarnaast waren ook demografische kenmerken van invloed op het aantal behandelingen. Naast deze kenmerken op het niveau van de patiënt, waren ook enkele kenmerken van de therapeut van invloed op het aantal behandelingen. In het uiteindelijke model werd 13% van de variatie verklaard.

Uit deze resultaten werd geconcludeerd dat de variatie in het aantal behandelingen dat door fysiotherapeuten werd gegeven voornamelijk samenhang met kenmerken van de patiënt. Het merendeel van de variatie kon echter nog niet verklaard worden. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om de transparantie van de zorg verder te vergroten.

Sinds de jaren '90 van de 20<sup>ste</sup> eeuw hebben er in Nederland binnen de fysiotherapie verscheidene ontwikkelingen en beleidsmaatregelen plaatsgevonden. In **hoofdstuk 5** is de hypothese getoetst dat het aandeel patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten tussen 1989 en 2002 is afgenomen. Dit werd verwacht als gevolg van een negatief advies door het Nederlandse Huisartsen Genootschap omtrent het verwijzen van patiënten met acute lage rugklachten naar de fysiotherapie. Daarnaast is de hypothese getoetst dat het aantal behandelingen aan patiënten met lage rugklachten is afgenomen door veranderingen in de vergoeding van de ziektekosten. Verwacht werd dat de afname kleiner was bij patiënten met een particuliere ziektekostenverzekering dan bij patiënten met een ziekenfondsverzekering, omdat het nieuwe verzekeringsbeleid gericht was op patiënten met een ziekenfondsverzekering. Ten slotte is de hypothese getoetst dat het gebruik van fysieke verrichtingen en massage sinds 1989 is afgenomen, terwijl vaker advies wordt gegeven en vaker wordt geoefend met patiënten. Dit werd verwacht als gevolg van de ver-

spreiding van de fysiotherapeutische richtlijn voor de behandeling van lage rugklachten en het advies van de Gezondheidsraad fysische verrichtingen niet toe te passen.

Naast gegevens uit het LiPZ-netwerk zijn gegevens uit het project 'Beleidsgericht Evaluatie en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie' (BEEF) gebruikt om deze hypothesen te toetsen. Het BEEF-project was een registratieproject waaraan 32 Nederlandse fysiotherapiepraktijken in de periode 1989-1992 hebben deelgenomen.

In tegenstelling tot de gestelde hypothese, is het aandeel patiënten met acute lage rugklachten in de fysiotherapiepraktijk in de periode 1989-2002 niet afgenomen. Het aantal behandelingen was in 2002 1,1 behandelingen lager. Daarnaast bleek het aantal behandelingen alleen te zijn gedaald bij ziekenfondsverzekerde patiënten. Zoals verwacht, daalde het gebruik van fysische verrichtingen en nam het toepassen van sturen en oefenen toe in de periode 1989-2002.

Op basis van deze resultaten werd geconcludeerd dat de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met lage rugklachten veranderd lijkt te zijn als gevolg van het kwaliteitsbeleid door de beroepsvereniging en het financieringsbeleid door de overheid.

In **hoofdstuk 6** is onderzocht in welke mate fysiotherapeuten en oefen-therapeuten Cesar of Mensendieck het eens zijn met hun patiënten met rug-, nek- of schouderklachten wat betreft het resultaat van de zorg. Daarnaast is onderzocht welke therapeut-specifieke vragenlijst het beste overeenstemt met het oordeel van de patiënt.

Voor dit onderzoek is binnen LiPZ een aanvullend onderzoek uitgevoerd. Negenendertig fysiotherapeuten en oefen-therapeuten Cesar of Mensendieck en 173 patiënten hebben na de eerste behandeling en 6 of 10 weken later schriftelijke vragenlijsten ingevuld. Overeenstemming tussen het oordeel van de patiënt en het oordeel van de therapeut werd bepaald met Receiver Operating Characteristics (ROC) curves. Hierbij werden standaarden gebaseerd op ziektespecifieke en generieke vragenlijsten aan de patiënt als gouden standaard gebruikt. Voor de beste therapeut-specifieke vragenlijst werden de sensitiviteit en de specificiteit berekend.

De waarden van de oppervlakten onder de ROC-curves (AUC-waarden) varieerden van 0,68 tot 0,82. De therapeut-specifieke transitievraag 'in welke mate zijn de klachten van de patiënt veranderd sinds het begin van de behandeling' had de beste AUC-waarden. Het optimale afkappunt voor een

indeling naar patiënten die wel verbeterd zijn en patiënten die niet verbeterd zijn lag tussen de categorieën ‘verbeterd’ en ‘sterk verbeterd’. Dit betekent dat het oordeel van therapeuten dat patiënten ‘sterk verbeterd’ zijn het beste overeenstemt met ‘verbetering’ op de patiëntspecifieke standaarden. De oordelen van therapeuten dat patiënten ‘verbeterd’, ‘gelijk gebleven’ of ‘verslechterd’ zijn, stemmen het beste overeen met ‘geen verbetering’ op de patiëntspecifieke standaarden. Bijhorende sensitiviteit- en specificiteitscores zijn respectievelijk 0,74 en 0,84.

Geconcludeerd werd dat de AUC-waarden voor de overeenstemming wat betreft het resultaat van zorg varieerden van matig tot goed. Het optimale afkappunt om patiënten in te delen naar ‘verbeterd’ en ‘niet verbeterd’ lag echter hoog. Dit verlaagt de bruikbaarheid in de praktijk. Aanbevolen werd om de therapeut-specifieke vragenlijsten in combinatie met patiëntspecifieke vragenlijsten te gebruiken.

Aangezien ICT een steeds belangrijker instrument wordt om het proces en het resultaat binnen de fysiotherapie te meten, is wereldwijd geïnventariseerd welke klinische databases binnen de fysiotherapie bestaan. Deze inventarisatie staat in **hoofdstuk 7** beschreven. De inventarisatie is beperkt tot databases in Noord-Amerika, Australië, Israël en West-Europa.

De klinische databases zijn gezocht middels het aanschrijven van contactpersonen van de World Confederation for Physical Therapy (WCPT), het doorzoeken van Pubmed, het doorzoeken van het internet en door middel van de sneeuwbalmethode. Een gestructureerde vragenlijst is gebruikt om informatie over de kenmerken van de databases te verzamelen.

Zeven klinische databases zijn geïdentificeerd, waarvan drie in Nederland. In het algemeen verzamelen alle databases informatie over de patiënten, inclusief de diagnoses, de verwijzing en de behandeling. De doelen van de databases zijn divers, maar ze kunnen worden samengevat als kwaliteitsverbetering, onderzoek en het sturen van het zorgproces.

Hoewel de databases relatief nieuw zijn binnen de fysiotherapie, werd geconcludeerd dat ze vele mogelijkheden bieden voor onderzoek.

In **hoofdstuk 8** zijn gegevens van drie van de netwerken die in hoofdstuk 7 zijn geïdentificeerd, gebruikt om binnen de extramurale fysiotherapie kenmerken van patiënten en hun behandeling te vergelijken tussen drie landen, te weten Amerika, Israël en Nederland.

Gegevens werden gebruikt van Focus On Therapeutic Outcomes, Inc (Amerika), Maccabi Healthcare Services (Israël) en LiPZ (Nederland). Middels beschrijvende statistiek zijn de kernmerken van de patiënt en hun behandeling beschreven. Verschillen tussen landen werden getoetst met chi-kwadraattoetsen, ANOVA en lineaire regressietechnieken.

De patiëntenpopulaties waren wat betreft leeftijd, geslacht en reden voor behandeling in alle drie de landen vergelijkbaar. Verschillen werden gevonden voor de duur van de klacht: in Amerika en Israël waren er meer patiënten met chronische klachten dan in Nederland. Daarnaast werden fysische verrichtingen vaker toegepast in Amerika en Israël dan in Nederland. Het gemiddelde aantal behandelingen was in Israël lager dan in Amerika en Nederland.

Geconcludeerd werd dat klinische databases gebruikt kunnen worden voor het beschrijven van demografische kenmerken van de patiënten. Maar de gebruikte terminologie voor het beschrijven van het behandelproces en het classificeren van patiënten verschilde tussen de databases. Om meer gedetailleerde vergelijkingen te kunnen maken moet de terminologie verder gestandaardiseerd worden.

In **hoofdstuk 9** worden de belangrijkste resultaten uit de verschillende onderzoeken die bijdroegen aan de transparantie van het zorgproces en het resultaat van de zorg, de transparantie van de kwaliteit, de transparantie van veranderingen over de tijd en de transparantie in internationaal perspectief bediscussieerd.

Er wordt gesteld dat alle onderzoeken bijdroegen aan de transparantie van het zorgproces. Voor de transparantie van het resultaat van zorg wordt gesteld dat aandacht moet worden besteed aan verbetering van het gebruik van patiëntspecifieke vragenlijsten om het resultaat van zorg te meten. In dit hoofdstuk worden hiervoor meerdere suggesties gedaan.

Onderzoeken naar richtlijngebruik en variatie in handelen droegen bij aan transparantie van de kwaliteit. Hoewel geconcludeerd wordt dat het richtlijngebruik nog verre van optimaal was, wordt tevens geconcludeerd dat meer onderzoek naar de relatie tussen richtlijngebruik en resultaat en kosten van zorg noodzakelijk is om de relevantie van de bevindingen te kunnen beoordelen. De variatie in het aantal behandelingen bij patiënten met lage rugklachten werd voor 13% verklaard. Hoofdstuk 9 bediscussieert dat beleidsmedewerkers en zorgverzekeraars baat zouden hebben bij meer inzicht in de redenen voor variatie in het handelen.

Door gegevens uit twee onderzoeken die beiden gebaseerd zijn op registratiegegevens, maar in verschillende perioden zijn uitgevoerd, te vergelijken, werd bijgedragen aan de transparantie van veranderingen over de tijd. Hoewel verschillende veranderingen werden gevonden, wordt in hoofdstuk 9 de vraag gesteld of deze veranderingen groot genoeg waren. Er wordt beargumenteerd dat aanvullend onderzoek nodig is om de relatie tussen de gevonden veranderingen en veranderingen in resultaat van zorg te bestuderen.

Aan de transparantie in internationaal perspectief werd bijgedragen door LiPZ-gegevens te vergelijken met gegevens van klinische databases uit Amerika en Israël. In hoofdstuk 9 wordt aandacht besteed aan de moeilijkheden van het vergelijken van gegevens uit verschillende onderzoeken door verschillen in terminologie.

In hoofdstuk 9 wordt tevens aandacht besteed aan de beperkingen van LiPZ. Onder meer worden de beperkte omvang van het netwerk, de uitsluiting van verbijzonderde fysiotherapeuten, het beperkte aantal softwarepakketten met een LiPZ-module en het complexe databeheer besproken. Voordelen van het netwerk zijn de beheersbaarheid van de werving en ondersteuning van therapeuten, de relatief lage kosten en de hanteerbare gegevensverwerkingscapaciteit.

Tot slot worden in het hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor de toekomst van het LiPZ-netwerk. Er wordt bepleit dat continue aanpassingen in het netwerk noodzakelijk zijn, evenals het toevoegen van patiëntspecifieke uitkomstmaten. Nieuwe ontwikkelingen in de ICT geven mogelijk nieuwe kansen voor verbetering van registratienetwerken. Wel wordt aanbevolen om het netwerk zo bondig mogelijk te houden.