

Werkinstructie PREM Paramedische zorg, versie 3.2 (behorend bij vragenlijsten PREM Paramedische zorg versie 3.1 november 2022)

Versie	Auteur	Datum	Wijziging
3.1	ZN	10-01-2022	Algehele update
3.2	ZN	22-11-2022	Algehele update
3.2	ZN	29-11-2022	Algehele update

Wat is de PREM¹ Paramedische zorg en waarvoor is deze vragenlijst bedoeld?

De PREM Paramedische zorg is een korte generieke vragenlijst voor toepassing in de eerstelijns Paramedische zorg in Nederland en kan worden gebruikt voor vergelijkend onderzoek naar de prestaties van eerstelijns praktijken. De vragenlijst is ontwikkeld in samenwerking met de KNGF, SKF, Ergotherapie Nederland (Ergotherapeuten), NVD (Diëtisten), NVH (Huidtherapeuten), NVLF (Logopedisten), VvOCM (Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck), Patiëntenfederatie Nederland, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland². Praktijken kunnen de resultaten gebruiken voor kwaliteitsverbetering en benchmarking in het kader van leren en verbeteren. Zorgverzekeraars kunnen de informatie gebruiken voor zorginkoop en voor voorlichting aan hun verzekerden. En patiënten kunnen met de informatie over de ervaringen van anderen een keuze maken uit praktijken.

Wat meet de PREM Paramedische zorg?

De PREM Paramedische zorg brengt de door de patiënt ervaren kwaliteit van zorg in kaart op de voor de patiënt belangrijkste kenmerken van de paramedische zorg.

Welke verschillen tussen praktijken kan ik met de PREM Paramedische zorg in kaart brengen?

In 2022 is de benchmark Paramedie opgesteld, waarbij voor alle vragen voor alle beroepsgroepen die data hebben aangeleverd (Fysiotherapeuten, Oefentherapeuten, Logopedisten, Huidtherapeuten) significante verschillen gevonden zijn. De vragenlijst is hetzelfde gebleven het is daarom aannemelijk dat de vragenlijst ook dit jaar significante verschillen tussen praktijken kan aantonen.

Hoe ziet de PREM Paramedische zorg eruit?

De PREM Paramedische zorg bestaat uit in totaal 13 items, waarvan 6 ervaringsvragen, 4 beoordelingsvragen en 3 achtergrondvragen.

De 6 ervaringsitems zijn geselecteerd uit de drie schalen uit de vragenlijst PREM fysiotherapie 2.0:

1) Contact met de paramedicus, 2) Behandelplan, en 3) Praktijk. In de nieuwe verkorte versie van de vragenlijst (3.0) is het werken met schalen losgelaten, maar het staat iedereen vrij deze vragen voor intern gebruik uit te blijven vragen. Deze extra vragen kunnen niet aangeleverd worden voor publicatie op ZorgkaartNederland of voor de landelijke Benchmark.

Beoordelingsvragen

Voor de algemene beoordeling wordt gevraagd naar het ervaren effect van de verleende paramedische zorg (vraag7) en naar de mate van aanbeveling (vraag 8 NPS). Op Zorgkaart wordt het totaalgemiddelde

¹ Patient Reported Experience Measure

² De vragenlijst is gebaseerd op de inbreng van patiënten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, huidtherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten, op andere PREM-vragenlijsten en de Nelson Beattie Tevredenheidsvragenlijst. Aan de totstandkoming van deze vragenlijst hebben de volgende partijen bijgedragen: Zorgverzekeraars Nederland, NIVEL, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Ergotherapie Nederland, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Patiëntenfederatie Nederland, het Keurmerk Fysiotherapie (SKF), experts vanuit fysiotherapiepraktijken.

van vraag 1 t/m 7 getoond. De meetbureaus kunnen ook op die manier het totaalgemiddelde berekenen en tonen in het dashboard met ongecorrigeerde resultaten voor de praktijken. Voor de landelijke benchmark moeten de meetbureaus de data aanleveren en zal de landelijke verwerker³ een gecorrigeerd gemiddelde berekenen.

Ook worden er twee open vragen gesteld: over waar men een compliment over wil geven (vraag 9) en over wat beter kan (vraag 10) wat betreft de zorgverlening. Op Zorgkaart is het één vraag (vraag 9) en daarom wordt bij aanlevering aan Zorgkaart door een meetbureau beide antwoorden samengevoegd. De openvragen worden niet opgeleverd aan de landelijke verwerker voor de landelijke benchmark.

Achtergrondvragen

Tot slot wordt gevraagd naar de leeftijd (vraag 11) het opleidingsniveau (vraag 12) en de algemene gezondheid van de patiënt (vraag 13).

Hoe worden scores voor de PREM Paramedische zorg berekend voor de landelijke benchmark?

Ervaren effect

Voor het ervaren effect (vraag 7) kan een score berekend worden die loopt van 1 ('Heel slecht') tot 10 ('Heel goed'). De categorie 'niet van toepassing' wordt niet meegenomen in de berekening maar wordt als 'user-missing' gecodeerd.

Aanbevelingscijfer

De aanbevelingsvraag (vraag 8 NPS 'Zou u uw zorgverlener aanbevelen bij mensen met dezelfde gezondheidsklachten?') wordt alleen uitgevraagd bij de reguliere meting via een meetbureau. Deelnemers antwoorden op een 0 tot en met 10 puntenschaal. De mate van aanbeveling loopt van 'Zeker niet' (0) tot en met 'Zeker wel' (10).

Net Promotor Score

De Net Promotor Score (NPS) wordt berekend om de patiënttevredenheid over de zorgverleners- in kaart te brengen en is gebaseerd op vraag 8: 'Zou u uw zorgverlener aanbevelen bij mensen met dezelfde gezondheidsklachten -?' Respondenten antwoorden op een 0 ('Zeker niet') tot en met 10 ('Zeker wel') puntenschaal en worden als volgt gecategoriseerd:

- Promotors: tevreden respondenten antwoorden met een 9 of een 10.
- Passief tevredenen: respondenten die een score van 7 of 8 gegeven hebben.
- Critici: ontevreden respondenten antwoorden met een score van 0 tot en met 6.

De NPS score kan berekend worden door het percentage promotors te verminderen met het percentage critici. Bijvoorbeeld als 50% van de respondenten een 9 of een 10 heeft gegeven, 30% van de respondenten een 7 of 8 en 20% van de respondenten tussen de 0 en de 6, dan is de NPS $50\% - 20\% = 30\%$.

Wijze van afname van de PREM Paramedische zorg

Dataverzameling en gegevensbewerking vindt plaats door onafhankelijke gekwalificeerde en gecertificeerde meetorganisaties (ISO 27001 en NEN 7510 certificaat gericht op informatiebeveiliging, en ISO 9001 en/of ISO 20252 met onderzoek en dataverzameling in de scope). De vragenlijst wordt online ingevuld door de patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria. De deelnemende paramedische praktijken in Nederland leveren voor de benadering van hun patiënten gegevens aan via het elektronisch patiëntendossier (EPD).

Benchmarkrapportage

Alle deelnemende praktijken geven via het meetbureau toestemming om de uitkomsten van de PREM

³ de landelijke verwerker is een Trusted Third Party (TTP); een onafhankelijke partij die vanuit verschillende meetbureaus de data van de PREM ontvangt, controleert, corrigeert, beheert en jaarlijks per beroepsgroep een landelijke benchmark oplevert van deze PREM data.

meting aan te leveren bij de landelijke verwerker. Het meetbureau levert kosteloos door aan de landelijke verwerker, die zorgt voor de benchmarkrapportage met casemix gecorrigeerde resultaten op geaggregeerd niveau⁴. In opdracht van ZN worden de resultaten middels de benchmarkrapportage via Vektis ter beschikking gesteld aan alle zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij Zorgverzekeraars Nederland. Alle data worden aangeleverd aan de TTP en worden meegenomen in de analyses. Voor deelnemende praktijken met voldoende respons (50 netto respondenten) wordt één keer per jaar een rapportage opgesteld door de landelijke verwerker met de scores van de eigen praktijk ten opzichte van alle deelnemende praktijken. Deze wordt ter beschikking gesteld aan de meetbureaus en kan daar opgevraagd worden.

Publicatie ZorgkaartNederland

Deelnemende praktijken geven toestemming via het meetbureau (indien het meetbureau deze koppeling tot stand heeft gebracht) om de uitkomsten van de PREM meting te publiceren op www.zorgkaartnederland.nl van de Patiëntenfederatie Nederland. Net als voor de PREM uitvraag dient de patiënt hier vooraf toestemming voor te verlenen.

Hoeveel en welke patiënten benaderen?

Deelnemende praktijken wordt geadviseerd alle patiënten te benaderen.

Thema/vraag	Fysio-therapie	Huid-therapie	Oefen-therapie	Logo-pedie
v01 Nam de zorgaanbieder u serieus?	97	101	58	70
v02 Had u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgaanbieder?	88	80	55	61
v03 Bepaalde u samen met de zorgaanbieder het doel van de begeleiding of behandeling?	117	92	67	78
v04 Besprak de zorgaanbieder steeds de voortgang en de resultaten van de behandeling/begeleiding?	81	85	54	54
v05 Gaf de zorgaanbieder duidelijke uitleg en informatie (bijvoorbeeld bij adviezen en/of oefeningen thuis)?	80	77	46	61
v06 Was de praktijk telefonisch of via e-mail goed bereikbaar?	46	51	47	51
v07 Hoe beoordeelt u het (voorlopige) effect van uw behandeling/begeleiding?	84	78	54	56
V08 Zou u deze [zorgverlener] aanbevelen bij andere mensen met dezelfde klachten of gezondheidsaandoening?	99	86	45	56

Benodigde N bij een betrouwbaarheid van 0,7 (Analyserapport PREM Paramedische zorg meetjaar 2021 april 2022)

Praktijken worden gestimuleerd om zo veel mogelijk patiënten uit te nodigen voor de PREM, zodat de uitkomsten een betrouwbaar beeld geven.

Criteria voor de in-/exclusie van patiënten zijn:

Inclusiecriteria:

- Leeftijd: 0 t/m 11 (kindervariant ouders/verzorgers), 12t/m 15 jaar (kindervariant jongeren) en 16 jaar of ouder (volwassen lijst) op basis van geboortjaar
- Minimaal 1x per kalenderjaar per patiënt wordt een PREM uitgevraagd
- Minimaal 2 behandelingen gehad
- Maximaal 2x per kalenderjaar benaderen (per praktijk)

⁴ Op praktijkniveau, dus niet herleidbaar naar de individuele zorgverlener en met toestemming van de patiënt voor het delen van de gegevens.

- Behandeling afgerond óf elk kalenderjaar na de 15e behandeling (niet afgeronde behandeling) of als er geen behandeling heeft plaatsgevonden in de afgelopen 6 weken of einde kalenderjaar.
- Alle verplichte gegevens voor de dataverzameling zijn beschikbaar of ingevuld (contactgegevens, geboortedatum, etc.)
- Patiënt wil meedoen aan onderzoek (goedkeuring/akkoord gebruik e-mail)

Exclusiecriteria:

Er wordt geen PREM meer uitgevraagd als:

- De laatste behandeling meer dan 75 dagen geleden heeft plaatsgevonden.
- Patiënt al 2x is benaderd vanuit de praktijk (per praktijk AGB) de afgelopen 12 maanden.
- Patiënt heeft geen geldig e-mailadres of adresgegevens
- Woonachtig buiten Nederland

<u>Verplichte gegevens* voor dataverzameling (via EPD):</u> <u>(v=verplicht, o=optioneel)</u>	<u>Meetbureau</u>	<u>TTP</u>
<u>Geboortejaar **</u>	<u>v</u>	<u>v</u>
<u>Geslacht</u>	<u>v</u>	<u>v</u>
<u>Achternaam</u>	<u>v</u>	
<u>Emailadres</u>	<u>v</u>	
<u>Akkoord gebruik email</u>	<u>v</u>	
<u>UZOVI Zorgverzekeraar</u>	<u>v</u>	<u>v</u>
<u>AGB Behandelaar</u>	<u>v</u>	
<u>AGB Praktijk</u>	<u>v</u>	<u>v</u>
<u>Locatiecode*** (indien meerdere locaties)</u>	<u>o</u>	<u>o</u>
<u>Datum start behandeling</u>	<u>v</u>	
<u>Datum einde behandeling</u>	<u>v</u>	
<u>Aantal behandelingen</u>	<u>v</u>	
<u>(Diagnose)behandelcode (Indicatie/klacht)****</u>	<u>o</u>	

* *nodig voor identificatie, selectie en benadering van patiënten en voor gegevensverwerking*

** *nodig om te bepalen of patiënt nog niet eerder dat jaar is benaderd voor eenzelfde behandeling (zelfde behandelcode en geboortejaar)*

*** *indien geen locatiecode beschikbaar, dan is het HDL-ID de unieke code op locatieniveau, waarmee deze praktijken door kunnen leveren aan ZorgkaartNederland. Het HDL-ID zijn de cijfers aan het eind van de URL bij een praktijklocatie op ZorgkaartNederland.*

**** *nodig om patiënten met verschillende indicaties maximaal 2 keer te benaderen, code wordt in overleg met het meetbureau bepaald*

Dataverzameling en analyses

Om een goede respons te behalen is het belangrijk dat er tenminste twee herinneringen uitgezet worden aan personen die de vragenlijst nog niet hebben ingevuld of nog niet volledig hebben afgerond. Voor meer informatie over de dataverzameling en analyses wordt verwezen naar de 'Tool Dataverzameling' en de 'Tool Analyses':

<https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/dataverzameling-clientervaringen>

<https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/analyseren-clientervaringen-voor-vergelijkingen-tussen-zorgaanbieders>

De stappen die uitgevoerd moeten worden voor het opschonen van het databestand staan beschreven in de 'Tool Analyses'. Hieronder worden de stappen genoemd waarbij enkele stappen voor de PREM Paramedische zorg nader gespecificeerd zijn.

Opschoning

Stap 1: Controle

- 1.1 Check op kwaliteit van de data-invoer
- 1.2 Controle op dubbele respondenten en diagnosecodes

Stap 2: Records verwijderen van mensen die ten onrechte zijn aangeschreven

- 2.1 Verwijderen van lijsten retour wegens 'overleden'
- 2.2 Verwijderen van lijsten 'onbestelbaar retour' (onjuist emailadres)
- 2.3 Verwijderen van respondenten die niet tot de doelgroep (in-/exclusie criteria) behoren. Op basis van antwoorden uit de vragenlijst worden op voorhand geen respondenten verwijderd.

Stap 3: Records verwijderen van mensen die wel behoren tot de doelgroep, maar die de vragenlijst onvoldoende of niet op de juiste manier hebben ingevuld

- 3.1 Verwijderen lege cases
- 3.2 Verwijderen van respondenten waarop de vragenlijst niet van toepassing is.
- 3.3 Verwijderen van respondenten die onvoldoende vragen hebben beantwoord.
Respondenten die onvoldoende vragen hebben beantwoord moeten verwijderd worden. Het gaat om respondenten die de helft van de ervaringsvragen (vraag 1 t/m 7) niet heeft ingevuld (4 van de 7 vragen).
- 3.4 Verwijderen van respondenten bij wie één of meer van de variabelen voor casemix adjustment missing is.

Als praktijken met elkaar vergeleken worden, dan moeten van de respondenten alle case-mix variabelen (leeftijd, opleiding, ervaren gezondheid) bekend zijn. In de PREM Paramedische zorg wordt gevraagd naar de volgende case-mix variabelen: opleiding, leeftijd en ervaren gezondheid. Respondenten die één of meer van de bijbehorende vragen niet ingevuld heeft dienen verwijderd te worden.

Hoe moeten de scores worden geanalyseerd en vergeleken?

Bij het vergelijken van de scores tussen praktijken moet in ieder geval gecorrigeerd worden voor de variabelen leeftijd, opleiding en algemene gezondheid. Deze achtergrondkenmerken zijn relevante case-mix variabelen die van invloed zijn op de schaalscores. Omdat de patiënten(groepen) van verschillende praktijken op deze kenmerken kunnen verschillen, is het nodig om bij vergelijkende analyses voor eventuele verschillen op deze kenmerken te corrigeren. Dit doet de landelijke verwerker.

Tabel G.2 Case-mix variabelen

Case-mix variabele	Vraag	Coderen	Opmerking
Leeftijd	11	Centreren rondom het gehele getal dichtst bij het gemiddelde. 1= t/m 11 jaar 2= 12 t/m 15 jaar 3= 16 t/m 24 jaar 4= 25 t/m 34 jaar 5= 35 t/m 44 jaar 6= 45 t/m 54 jaar 7= 55 t/m 64 jaar 8= 65 t/m 74 jaar 9= 75 t/m 79 jaar 10= 80 jaar of ouder (6=referentiegroep)	Leeftijd wordt uitgevraagd in de vragenlijst NB: leeftijd/geboortejaar is ook nodig om te bepalen welke vragenlijst de patiënt moet invullen
Opleiding	12	1= Laag 2= Midden 1 3= Midden 2 4= Hoog (2=referentiegroep)	Hercoderen opleiding (0-8): 1= Laag (code 1 + 2) 2= Midden 1 (code 3 + 4) 3= Midden 2 (code 5 + 6)

Case-mix variabele	Vraag	Coderen	Opmerking
Ervaren gezondheid	13	1= Slecht 2= Matig 3= Goed 4= Zeer goed 5= Uitmend (3=referentiegroep)	4= Hoog (code 7 + 8) Het antwoord 'anders, namelijk' (code 9) geldt als missende waarde.