

## Zorgtopics algemene vragenlijst

Er zijn onduidelijkheden omtrent de toepassing van de algemene vragenlijst. De algemene vragenlijst is opgenomen in de minimale dataset (MDS) vanwege zijn toegevoegde waarde. Deze waarde lichten we verder toe.

Ten eerste is de Value Based Healthcare strategie het fundament onder Zorgtopics. Er wordt patiëntgerichte outcome gegenereerd dat het mogelijk heeft gemaakt de huidige aantrekkelijke overeenkomsten met de Zorgverzekeraars af te sluiten.

Voor VGZ staan we op het punt een 4-jarige overeenkomst Alliantieovereenkomst af te sluiten, waarbij ook de tarieven de komende 2 jaar minimaal gehandhaafd blijven. Ook hebben Menzis en ZK de Zorgtopics systematiek minimaal de komende 2 jaar omarmt. Met CZ hopen we, na een succesvolle pilot, volgend jaar weer meerjarige afspraken te maken. Dit was zonder jullie (en onze) inspanning m.b.t. outcome nooit gelukt.

De komende jaren zullen we steeds verder inzichtelijk moeten maken wat onze resultaten zijn en zeker ook moeten kunnen aantonen waarom er in bepaalde gevallen afgeweken wordt van de verwachting of algemene trend. Als we dit naar de vak inhoud doorzetten dan bevatten de STarT Back Screening Tool (SBST) en de STarT MSK alleen vragen (prognostische factoren) die door een therapeutische interventie beïnvloedbaar zijn.

Er zijn naast de vragen over pijn/beperkingen/psychosociale factoren nog tal van andere factoren die de prognose kunnen beïnvloeden, denk aan demografische factoren (leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, opleidingsniveau etc.), klachtkenmerken (duur van de klachten, recidief, eerste episode) en aspecten die te maken hebben met werk en verzuim. Deze vragen worden meestal tijdens de anamnese gesteld om een goed beeld te krijgen van de patiënt. Je kunt deze waardevolle informatie niet uit het EPD halen, omdat vrije tekst niet te exporteren valt. Om die reden hebben we er een vragenlijst van gemaakt; dit zal ook weer tijd kunnen besparen. We hopen dat in de toekomst door de voortschrijdende technologische ontwikkelingen deze informatie eenvoudiger uit het EPD is te genereren.

Met de informatie uit de algemene vragenlijst wordt de SBST en STarT MSK verrijkt en kan een afwijkende keuze van de behandelaar voor een ander inhoudelijk zorgplan dan wat de SBST of STarT MSK aangeeft (dus niet de financiering) worden onderbouwd. Als de patiënt de vragenlijst niet wil invullen (i.v.m. privacy of andere redenen) is dat een keuze die we uiteraard respecteren. De vragenlijst blijft dan leeg en wordt als missing data genoteerd. Voor alle vooraf ingevulde klinimetrie geldt dat het de fysiotherapeut enorm kan helpen om snel 'to the point' te komen en daarmee de efficiency te verhogen. Dit heeft dus ook meerwaarde voor de patiënt.

De informatie wordt ook gebruikt in de benchmark rapportage waarbij praktijken op deze indicatoren met elkaar vergeleken worden. Het kan de praktijk helpen bij de discussie over een te hoge of te lage behandelindex, waar voor een zeer beperkt aantal factoren wordt gecorrigeerd en wat nogal wat financiële consequenties kan hebben. Ten aanzien van dit laatste punt kan een praktijk richting de zorgverzekeraar argumenten aanvoeren dat er sprake is van een afwijkende zorgzwaarte en patiënt- en klachtkenmerken die verklarend kunnen zijn voor het behandelgemiddelde (Uniforme Behandel Index = UBI).

We hopen dat dit enig inzicht geeft over de reden van het toepassen van de algemene vragenlijst en zal deze bij de patiënt afgenomen gaan worden.

Een belangrijk verschil t.a.v. Zorg1 is dat Zorgtopics een coöperatie is, waar de leden de belangrijkste stakeholder zijn en invloed hebben op de besluitvorming. Dit houdt in dat een lid zich conformeert aan het beleid dat ook door de ALV is goedgekeurd. Lid zijn van een coöperatie houdt overigens ook in dat leden invloed hebben op het huidige en toekomstige beleid. Het heeft dus wel degelijk zin en wordt gewaardeerd als leden voorstellen doen om de zorgplansystematiek te verbeteren.