

KWALITEITSBEVORDERING PARAMEDISCHE ZORG: EVALUATIE VISITATIE

**Hannelore Hofhuis
Joost Dekker
Els van den Ende**

Utrecht, november 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700

**In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad) -
Prof.J.H.Bavincklaan 2, Postbus 396 - 1180 BD Amstelveen
Telefoon: 020 - 3475555 - Fax: 020-6473494**

Programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg (BKPZ). Evaluatie visitatie / H.Hofhuis,
J. Dekker, E. van den Ende
Utrecht: Nivel
Met lit.opg.
ISBN: 90-6905-495-7
Trefw.: kwaliteit, programma-evaluatie, visitatie, paramedici

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

Dit rapport bevat de evaluatie van acht projecten in het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ): de projecten waarin visitatie is ontwikkeld en geïmplementeerd voor diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

In het BKPZ-programma worden ruim 60 kwaliteitsprojecten uitgevoerd voor de tien paramedische beroepsgroepen: de projecten hebben tot doel de paramedische beroepen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

De kwaliteitsprojecten van het BKPZ-programma hebben betrekking op de volgende paramedische beroepen:

- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënist
- Oefentherapeuten-Cesar
- Oefentherapeuten-Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch laboranten

Het BKPZ-programma wordt gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad). Het evaluatie-onderzoek van dit programma wordt uitgevoerd door het Nivel. Eind 2000 zal het eindrapport van de evaluatie verschijnen.

Wij zijn alle betrokken paramedici en medewerkers van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews en aan de schriftelijke enquête.

Utrecht, 20-10-2000

INHOUD

pag.

1	BKPZ-PROGRAMMA	7
1.1	Het BKPZ-programma	7
1.2	Evaluatie van het BKPZ-programma	8
1.3	Visitatie	9
1.3.1	Inleiding	9
1.3.2	De visitatieprojecten	10
1.3.3	Evaluatie visitatieprojecten	10
1.4	Methode van de evaluatie	11
1.4.1	Interviews met werkgroepleden en projectleiders	11
1.4.2	Documentanalyse	11
1.4.3	Vragenlijsten voor gevisiteerden	11
1.5	Opbouw van het rapport	13
2	ONTWIKKELING VAN VISITATIE	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Begripsomschrijvingen	15
2.3	Ontwikkeling van een methode voor visitatie	18
2.3.1	Uitvoering van de projecten	18
2.3.2	Evaluatie van de uitvoering van de projecten	19
2.4	Streefdoelen	20
2.5	Eindproducten	24
2.5.1	Diëtisten	27
2.5.2	Ergotherapeuten	27
2.5.3	Fysiotherapeuten	27
2.5.4	Mondhygiënist	27
2.5.5	Oefentherapeuten-Cesar	28
2.5.6	Oefentherapeuten-Mensendieck	28
2.5.7	Podotherapeuten	28
2.5.8	Radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten	28
3	EFFECTEN VAN VISITATIE	29
3.1	Gevisiteerden	29
3.1.1	Respons	29
3.1.2	Werksetting gevisiteerden	30
3.1.3	Kwaliteitsactiviteiten gevisiteerden	30
3.1.4	Overwegingen om gevisiteerd te worden	31
3.1.5	Tijdsinvestering en voorbereidingen	31
3.2	Feedback	33
3.3	Inzichten	35
3.4	Verbeteringen	37
3.5	Mening gevisiteerden over visitatie	39

	pag.
4 DISCUSSIE EN CONCLUSIES	43
4.1 De ontwikkeling van visitatie	43
4.1.1 Inleiding	43
4.1.2 Uitvoering volgens plan	43
4.1.3 Streefdoelen	44
4.1.4 Eindproducten	45
4.2 Effecten van visitatie	46
4.2.1 Respons	46
4.2.2 Feedback	46
4.2.3 Inzichten	47
4.2.4 Verbeteringen	47
4.2.5 Mening gevisiteerden over visitatie	48
4.3 Tot slot	49
LITERATUUR	51
BIJLAGEN	53
Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma	55
Bijlage 2: Vragenlijst werkgroepleden en geïnterviewden	59
Bijlage 3: Interviewchecklist projectleider en geïnterviewden	69
Bijlage 4: Vragenlijst evaluatie visitatie: diëtisten	71
Bijlage 5: Gerealiseerde verbeteringen per beroepsgroep	83

1 BKPZ-PROGRAMMA

Het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) is een programma waarin door tien paramedische beroepsgroepen meer dan 60 kwaliteitsprojecten worden uitgevoerd verdeeld over acht thema's. De projecten in het BKPZ-programma worden door het Nivel geëvalueerd. In dit rapport worden de kwaliteitsprojecten geëvalueerd waarin door acht beroepsgroepen een methode voor visitatie is ontwikkeld en uitgevoerd¹.

1.1 Het BKPZ-programma

Om de kwaliteit van het handelen van paramedici te verbeteren kunnen tal van activiteiten ondernomen worden, zoals na- en bijscholing, ontwikkelen van richtlijnen en standaarden, het goed registreren van de eigen behandeling, deelnemen aan intercollegiale toetsing, visitatie en het beschikbaar hebben van een klachtenprocedure. Deze activiteiten kunnen samengevat worden onder de term 'kwaliteitsbeleid' (Dekker, 1997).

De kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepen zijn in een versneld tempo tot ontwikkeling gekomen dankzij subsidies van het Ministerie van VWS en van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad). Deze subsidies maakten het mogelijk twee omvangrijke kwaliteitsprogramma's uit te voeren. Het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ) werd uitgevoerd in de periode 1994-1996². Het tweede (vervolg) programma getiteld 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg', kortweg BKPZ-programma - dat centraal staat in dit rapport - is medio 1997 gestart en wordt medio 2000 afgerond. Binnen deze programma's zijn de tien paramedische beroepen sinds 1993 gezamenlijk actief in het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitsinstrumenten die voor dit kwaliteitsbeleid noodzakelijk zijn.

Deze kwaliteitsontwikkelingen moeten er op termijn toe leiden dat de beroepsgroepen zelf de kwaliteit van de door hen verleende zorg waarborgen via structurele bewaking en verbetering van de kwaliteit. Het BKPZ-programma wordt geacht hieraan een substantiële bijdrage te leveren. Daartoe worden meer dan 60 projecten uitgevoerd die globaal gericht zijn op de volgende thema's:

- Intercollegiale kwaliteitstoetsing
- Visitatie
- Richtlijnen, standaarden en protocollen
- Actualisering beroepsprofielen
- Criteria vanuit patiëntperspectief
- Verslaglegging patiëntenzorg
- Classificaties en coderingen
- Accreditatie van bij- en nascholing

Met de activiteiten binnen deze thema's wordt het volgende beoogd. Ten eerste wordt in de projecten gewerkt aan intercollegiale kwaliteitstoetsing en visitatie, om de kwaliteit systematisch te verbeteren en te bewaken. Om te kunnen toetsen zijn normen en criteria nodig. Daarom wordt,

1 Dit betreft diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten

2 Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ); Deelrapporten 1 t/m 4. Utrecht, NIVEL, 1997.

ten tweede, gewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden en de actualisering van beroepsprofielen, terwijl ook wordt nagegaan welke criteria patiënten aan de paramedische zorg stellen. Om de kwaliteit te kunnen beoordelen moet men inzicht hebben in de zorg die daadwerkelijk wordt verleend. Daarom wordt, ten derde, gewerkt aan uniforme verslaglegging en aan het ontwikkelen van classificatiesystemen die daarvoor nodig zijn. Ten vierde worden accreditatiesystemen ontwikkeld om de na- en bijscholing op een hoger niveau te brengen.

De beroepsgroepen waren vrij in het kiezen van kwaliteitsinstrumenten of activiteiten die zij binnen dit programma wilden ontwikkelen. Afhankelijk van kwaliteitsinstrumenten die al beschikbaar waren en het kwaliteitsbeleid van de afzonderlijke beroepsgroepen zijn daarom verschillende keuzes gemaakt ten aanzien van in het BKPZ-programma uit te voeren projecten. Bij de aanvang van het BKPZ-programma waren concrete plannen voor 56 kwaliteitsprojecten ontwikkeld. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin staat aangegeven welke projecten door de afzonderlijke beroepsgroepen worden uitgevoerd. Ook wordt er een korte beschrijving gegeven van de inhoud van de projecten.

De projecten in het BKPZ-programma worden uitgevoerd in opdracht van de tien paramedische beroepsverenigingen. Vier organisaties zijn - in nauwe samenwerking met de paramedische beroepsgroepen - belast met de uitvoering van de projecten. Dat zijn:

- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO te Utrecht;
- Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) te Amersfoort;
- Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) te Utrecht;
- Hogeschool Arnhem Nijmegen, VDO Opleidings- en Adviescentrum.

De uitvoering van elk project geschiedt door projectleiders van de begeleidende instelling samen met een werkgroep ingesteld door de beroepsvereniging.

1.2 Evaluatie van het BKPZ-programma

Het Nivel heeft de opdracht om de voortgang, resultaten en effecten van het BKPZ-programma te evalueren. Het doel van de evaluatie is om inzichtelijk te maken of het programma in zijn doelstelling slaagt. Dit houdt in dat de evaluatie erop gericht is om na te gaan of het programma een bijdrage levert aan de ontwikkeling en vormgeving van kwaliteitssystemen door de tien paramedische beroepsgroepen. Tevens dient de evaluatie, door het periodieke karakter, tussentijdse bijstelling van activiteiten mogelijk te maken. Een onderdeel van de evaluatie is het onderzoek naar het draagvlak voor en de implementeerbaarheid van de ontwikkelde instrumenten.

De evaluatie van het BKPZ-programma bestaat uit verschillende fasen:

- Nulmeting
- Tussentijdse evaluatie
- Evaluatie van de projecten
- Eindmeting

Nulmeting

Als eerste stap in het onderzoek is bij de aanvang van het BKPZ-programma een nulmeting verricht waarin de beginsituatie bij elke beroepsgroep in kaart is gebracht; in aansluiting daarop zijn concreet meetbare streefdoelen voor alle projecten geformuleerd. De resultaten van de nulmeting, het overzicht van de streefdoelen en de opzet van het evaluatieonderzoek zijn beschreven in het eerste onderzoeksrapport (Sluijs e.a., 1998).

Voor de 56 projecten die bij begin van het BKPZ-programma zijn gestart konden 216 concrete streefdoelen worden geformuleerd. Deze streefdoelen vormen de maatlat waaraan het welslagen van het programma kan worden afgemeten aan het einde van het programma.

Tussentijdse evaluatie

In het voorjaar van 1999 is een tussentijdse evaluatie van de BKPZ-projecten uitgevoerd. Centraal in het rapport staat de vraag of de projecten naar wens verlopen en of bijstellingen zijn gewenst. Tevens wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de streefdoelen van het programma op dat moment al zijn gerealiseerd of naar verwachting zullen worden gerealiseerd (Hofhuis e.a., 1999). Uit het rapport blijkt dat de meeste projecten naar wens verlopen. Hoewel meer dan de helft van de projecten later wordt afgerond dan was voorzien, worden naar verwachting vrijwel alle streefdoelen gerealiseerd. Een belangrijke conclusie is dat de paramedische beroepsgroepen en de begeleidende instellingen profijt hebben van de programmatische aanpak.

Evaluatie van de projecten

Als de projecten (nagenoeg) zijn afgerond worden zij geëvalueerd. Ten behoeve van de evaluatie wordt per project nagegaan of het project volgens plan is verlopen, wat de resultaten zijn en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. Bovendien wordt aandacht besteed aan de stappen die nog moeten worden gezet voordat de in het project ontwikkelde instrumenten kunnen worden geïmplementeerd.

Om een overzichtelijke evaluatie en rapportage over de 56 projecten mogelijk te maken worden de evaluaties per thema gepresenteerd. Dit zal resulteren in acht evaluatie-rapporten over de acht verschillende thema's³. Het huidige rapport bevat de evaluatie van de projecten waarin methoden voor visitatie zijn ontwikkeld door acht beroepsgroepen. Reeds verschenen zijn de evaluaties van de thema's classificaties en coderingen (Hofhuis e.a., 2000a), actualisering beroepsprofielen (Hofhuis e.a., 2000b) en accreditatie van bij- en nascholing (Plas e.a., 2000).

Eindmeting

Het doel van de eindmeting is om na te gaan of het programma als geheel in zijn doelstelling is geslaagd. Door middel van interviews met de beroepsverenigingen en begeleidende instellingen wordt nagegaan welke streefdoelen zijn behaald. Tevens wordt bepaald in hoeverre het programma een bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling en vormgeving van kwaliteitssystemen door de tien paramedische beroepsgroepen.

1.3 Visitatie

1.3.1 Inleiding

Visitatie is een vorm van extern onderzoek dat wordt uitgevoerd aan de hand van een onderzoeksplan en vooraf opgestelde kwaliteitscriteria. Hierbij wordt het kwaliteitsbeleid van een praktijk of afdeling beoordeeld door een team van deskundigen uit de sector, zonder banden met de te visiteren instelling of beroepsbeoefenaren. Meestal wordt visitatie georganiseerd door aanbieders onderling. Het eindverslag is doorgaans openbaar en bevat suggesties voor verbetering en een eindkwalificatie (Gundlach, 1995).

Visitatie is een methode voor kwaliteitsverbetering die in de gezondheidszorg steeds meer wordt toegepast, zowel nationaal als internationaal. Al in 1966 werd in Nederland door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gestart met het visiteren van huisartsen. Hoewel visitatie na enige tijd weer in onbruik raakte zijn huisartsen nu al weer een tiental jaren bezig met de ontwikkeling en uitvoering van methoden voor visitatie (van den Hombergh, 1998); ook medisch specialisten zijn begin jaren negentig met visitaties gestart (Lombarts, 1995).

3 In de loop van het BKPZ-programma zijn ruim tien overige projecten gestart. Een overzicht hiervan staat in Bijlage 1. De evaluatie van deze projecten zal in de eindrapportage over het BKPZ-programma worden opgenomen.

De opkomst van visitatie past binnen de ontwikkelingen die in gang zijn gezet door de Leidschendamafspraken en de wetgeving (Frissen, 1990, Timmermans, 1994). In de wetgeving staat de zelfregulering in de gezondheidszorg binnen wettelijke kaders centraal. Zorgaanbieders hebben de verplichting om de kwaliteit van de door hen verleende zorg zichtbaar en toetsbaar te maken. Eerder was op de Leidschendamconferenties afgesproken dat aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen ontwikkelen en invoeren. Deze afspraak is bekrachtigd in de wet BIG waar aanbieders van zorg verantwoordelijk worden gesteld voor een "systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg" (Ministerie van VWS, 1997). Aansluitend bij deze ontwikkelingen worden ook voor paramedische beroepsgroepen binnen het BKPZ-programma methoden voor visitatie ontwikkeld en ingevoerd.

1.3.2 De visitatieprojecten

In het BKPZ-programma hebben acht beroepsgroepen een methode voor visitatie ontwikkeld en uitgevoerd:

- diëtisten : visitatie voor intramuraal werkzame diëtisten (afdelingen diëtetiek in verpleeghuizen)
- ergotherapeuten : visitatie voor de extramurale ergotherapie
- fysiotherapeuten : visitatie voor de intramurale fysiotherapie (afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen en afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen)
- mondhygiënisten : visitatie voor vrijgevestigden
- oefentherapeuten-Cesar : visitatie voor vrijgevestigden
- oefentherapeuten-Mensendieck: visitatie voor vrijgevestigden
- podotherapeuten : visitatie voor vrijgevestigden
- radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten : visitatie voor afdelingen radiodiagnostiek en voor afdelingen radiotherapie

De projecten zijn gestart in 1997 en 1998 en worden afgerond in 2000. De projecten zijn uitgevoerd door werkgroepen die zijn ingesteld door de acht beroepsverenigingen, en zijn begeleid door projectleiders van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

De uitgangssituatie van de beroepsgroepen was verschillend bij de aanvang van het BKPZ-programma. Drie beroepsgroepen hadden al activiteiten op dit gebied ontplooid in het OKPZ-programma. De mondhygiënisten en oefentherapeuten-Cesar beschikten over een concept visitatiemethode op schrift, die nog niet was getest. De podotherapeuten beschikten over een geteste methode voor visitatie: bij de aanvang van het BKPZ-programma waren er 6 podotherapiepraktijken gevisiteerd en 6 visiteurs opgeleid.

1.3.3 Evaluatie visitatieprojecten

Voorafgaand aan de uitvoering van de projecten is bij de beroepsgroepen en begeleidende instellingen geïnventariseerd wat het plan van aanpak was voor de ontwikkeling van visitatie. Dit plan van aanpak en de streefdoelen voor de projecten zijn vastgelegd in de rapportage over de nulmeting (Sluijs e.a., 1998). In deze evaluatie wordt nagegaan in hoeverre het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald. Aanvullend wordt onder gevisiteerden onderzocht wat de effecten zijn van visitatie en hoe zij de visitatie waarderen.

De vraagstelling van de evaluatie van de visitatieprojecten is vierledig:

1. *Zijn de projecten volgens plan verlopen?*
2. *Zijn de streefdoelen van de projecten behaald?*
3. *Wat zijn de gepercipieerde effecten van visitatie?*
4. *Hoe waarderen paramedici visitatie?*

1.4 Methode van de evaluatie

Ten behoeve van de evaluatie is gebruik gemaakt van interviews met werkgroepleden en projectleiders, documentanalyse van de producten en vragenlijstonderzoek onder gevisiteerden. In dit rapport wordt gesproken over de visitatievragenlijst en de evaluatievragenlijst. De visitatievragenlijst wordt gebruikt tijdens de visitatie zelf en is een gezamenlijk product van het Kwaliteitsinstituut CBO en de beroepsvereniging. De evaluatievragenlijst is een product van het Nivel en wordt enige tijd na de visitatie aan de gevisiteerden toegestuurd. De evaluatie die in dit rapport wordt beschreven is gebaseerd op deze evaluatievragenlijst.

1.4.1 Interviews met werkgroepleden en projectleiders

Ter beantwoording van vraagstelling 1 van deze evaluatie hebben in april en mei 1999 interviews plaatsgevonden met de werkgroepleden van drie beroepsgroepen (diëtisten, oefentherapeuten-Cesar en podotherapeuten) en met twee projectleiders van het CBO⁴. Deze projectleiders zijn betrokken geweest bij de visitatieprojecten van alle acht beroepsgroepen. De interviews zijn uitgevoerd in het kader van de voortgangsrapportage over het BKPZ-programma.

Voor de interviews met werkgroepleden is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld; voor het interview met de projectleiders is een checklist gebruikt. In de vragenlijsten en de checklist kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: projectplanning, realisering van de doelen, eventuele bijstelling van doelen, het verloop van de projecten, implementatie en draagvlak. Een verslag van deze interviews is opgenomen in de voortgangsrapportage (Hofhuis e.a., 1999). In dit rapport wordt hiervan een korte samenvatting gegeven.

Het realiseren van de streefdoelen, vraagstelling twee van deze evaluatie, is eveneens door middel van de interviews onderzocht. Omdat de tijd tussen de interviews in 1999 en deze evaluatie in 2000 meer dan een jaar bedraagt, heeft in mei 2000 nogmaals een gesprek plaatsgevonden met de projectleider van het CBO. In dit gesprek is de realisering van de streefdoelen van de beroepsgroepen nogmaals besproken.

1.4.2 Documentanalyse

In het kader van de ontwikkeling van methoden voor visitatie zijn diverse documenten ontwikkeld: visitatievragenlijsten die als basis dienen voor de visitatie, en voor sommige beroepsgroepen een normdocument als uitgangspunt voor de beoordeling door het visitatieteam. Deze producten zullen worden beschreven in hoofdstuk 2, waar mogelijk worden vergelijkingen tussen beroepsgroepen gemaakt.

1.4.3 Vragenlijsten voor gevisiteerden

Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn door de beroepsgroepen tezamen 182 visitaties gepland. Aan alle gevisiteerden is ten behoeve van de beantwoording van de vragenstellingen drie en vier van deze evaluatie een evaluatievragenlijst verstuurd (bijlage 2). Bij de totstandkoming van de vragenlijst is gebruik gemaakt van vragenlijsten die gebruikt worden de evaluatie van visitaties bij huisartsen door P. van den Hombergh. De concept-vragenlijst is in vier mondelinge

4 Op het moment van de interviews waren vijf beroepsgroepen gestart met visitaties: de drie geïnterviewde beroepsgroepen en de fysiotherapeuten en mondhygiënisten. In de voortgangsrapportage wordt beschreven op welke gronden beroepsgroepen geselecteerd zijn voor een interview.

interviews getest; met behulp van de resultaten van deze interviews is de definitieve vragenlijst opgesteld⁵. In de vragenlijsten komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Achtergrondinformatie setting waarin men werkzaam is
omvang van de werkzaamheden
- Informatie over de visitatie periode tussen visitatie en toesturen van het verslag
tijd besteed aan de visitatie
reden om deel te nemen aan visitatie
voorbereiding op de visitatie
- Feedback⁶ het aantal aanbevelingen
mening over het aantal aanbevelingen
het aantal aanbevelingen dat opgevolgd zal worden
aantal en aard van de aanbevelingen die niet opgevolgd zullen worden
- Effecten van de visitatie inzicht in / bewustwording van sterke kanten van het beleid
inzicht in / bewustwording van zwakke kanten van het beleid
uitgevoerde verbeteringen n.a.v. de visitatie
- Mening over visitatie waardering van de diverse onderdelen van de visitatie
mening over de uitgebreidheid van de visitatievragenlijst
mening over het visitatieteam
voor- en nadelen van visitatie
mening in het algemeen over visitatie

Bij een aantal beroepsgroepen (fysiotherapeuten, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten) wordt, in het kader van de visitatie, ook gesprekken gevoerd met andere betrokkenen. Bij fysiotherapeuten vinden bijvoorbeeld gesprekken plaats met specialisten, de verpleging en het management. Bij deze beroepsgroepen worden hierover vragen in de evaluatievragenlijst gesteld. Diëtisten, podotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar vragen verwijzers en patiënten om een korte enquête in te vullen. Bij oefentherapeuten-Mensendieck wordt tijdens de visitatie een behandeling geobserveerd. Ook hierover worden vragen gesteld in de evaluatievragenlijst:

- Andere betrokkenen met wie zijn er gesprekken gevoerd
door wie zijn er vragenlijsten ingevuld
wat hebben de gesprekken/vragenlijsten/observatie opgeleverd
zijn er aanbevelingen uit voortgekomen

Een belangrijk onderdeel van de evaluatievragenlijst is het gedeelte waarin naar de verbeteringen wordt gevraagd die naar aanleiding van de visitatie zijn gerealiseerd. Makkelijk te realiseren verbeteringen zullen snel na de visitatie worden uitgevoerd; ingrijpende verbeteringen hebben lange tijd nodig. Om die reden worden de evaluatievragenlijsten een half jaar na de visitatie verstuurd. Indien nodig is na drie weken een reminder verstuurd. Gevisiteerden die de vragenlijst enkele weken daarna niet geretourneerd hadden zijn telefonisch benaderd.

5 Ten tijde van deze interviews waren vier beroepsgroepen begonnen met het uitvoeren van visitaties (podotherapeuten, mondhygiënisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar). Uit iedere beroepsgroep is één gevisiteerde benaderd voor een mondeling interview.

6 Hier worden de aanbevelingen bedoeld van het visitatieteam aan de gevisiteerde.

1.5 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk twee wordt de uitvoering van de projecten besproken, de eindproducten en de streefdoelen. In hoofdstuk drie staan de effecten van visitatie centraal. Daarbij wordt ingegaan op de feedback, het inzicht in de eigen praktijkvoering bij gevisiteerden, aangebrachte verbeteringen, en de mening van gevisiteerden over visitatie. In hoofdstuk vier wordt afgesloten met de discussie en conclusies.

2 ONTWIKKELING VAN VISITATIE

In dit hoofdstuk wordt visitatie en de doelen in verband met kwaliteitszorg nader omschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de uitvoering van de BKPZ-projecten. Daarbij wordt antwoord gegeven op vraagstelling 1: zijn de projecten volgens plan verlopen, en vraagstelling 2: zijn de streefdoelen behaald. In de laatste paragraaf tenslotte worden de eindproducten omschreven.

2.1 Inleiding

Doelen van kwaliteitsactiviteiten zijn onder te verdelen in (1) specificeren van de eisen waaraan goede zorgverlening moet voldoen, (2) verbeteren van de verleende zorg en (3) behouden: het nemen van maatregelen die waarborgen dat de zorgverlening blijft voldoen aan de eisen van goede zorg (Timmermans, 1995). Visitatie is een educatief instrument gericht op het verbeteren van de verleende zorg. In het BKPZ-programma wordt voor de paramedische beroepsgroepen een methode voor visitatie ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Door het CBO wordt een definitie van visitatie van Berwick gehanteerd:

Visitatie is een ter plaatse te verrichten onderzoek waarbij leden van de beroepsgroep in georganiseerd verband de omstandigheden waaronder en de wijze waarop de zorg wordt verleend, beoordelen, waar mogelijk op grond van vooraf opgestelde normen of eisen (Berwick, 1989).

De definitie bevat een aantal belangrijke elementen die duidelijk maken waar visitatie op gericht is. Het belangrijkste aspect van visitatie is niet de feitelijk verleende zorg, maar de aanwezige voorwaarden voor het verlenen van goede zorg. Met de omstandigheden waaronder en de wijze waarop de zorg wordt verleend wordt namelijk gedoeld op het zorgsysteem. Dit betreft het geheel van processen, procedures, afspraken en maatregelen waarbinnen beroepsbeoefenaren zorg verlenen (Timmermans, 1995).

Tijdens een visitatie vormt het visitatieteam een oordeel over de kwaliteit van de praktijkvoering van de gevisiteerde; dit oordeel wordt vastgelegd in een visitatieverslag in de vorm van aanbevelingen. Deze aanbevelingen bieden de gevisiteerde aanknopingspunten voor verdere verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Er is geen verplichting om de aanbevelingen op te volgen. Het doel van visitatie is niet het uitvoeren van controle maar het geven van feedback op het handelen van de gevisiteerde.

2.2 Begripsomschrijvingen

Bij visitatie zijn de volgende begrippen van belang:

<i>Visitatiemethode</i>	Een op de beroepsgroep toegesneden methode van visitatie (inclusief een draaiboek, een visitatievragenlijst en het model visitatieverslag).
<i>Visitatievragenlijst</i>	Een lijst met vragen die voorafgaand aan het bezoek door de praktijk of afdeling wordt ingevuld.
<i>Visitatieverslag</i>	De eindbeoordeling door het visitatie-team.
<i>Visitatie-team</i>	Het bezoektteam dat bestaat uit getrainde visiteurs.
<i>Visitatiewerkgroep</i>	Werkgroep die helpt bij de ontwikkeling en bijstelling van de visitatiemethode. Naast het CBO participeren daarin leden van de beroepsgroep waarvan in elk geval enkele visiteurs.

<i>Visitatieprogramma</i>	Een opzet voor de structurele invoering en uitvoering van visitaties in de beroepsgroep.
<i>Visitatie-commissie</i>	Een commissie van de beroepsvereniging die zorgt voor uitvoering van het visitatieprogramma en voor de centrale verwerking van (geanonimiseerde) gegevens.

Een aantal van de begrippen en aspecten van visitatie zullen nader worden toegelicht aan de hand van voorbeelden uit het BKPZ-programma.

Visitatiemethode

Een methode voor visitatie wordt toegesneden op de beroepsgroep; bij sommige beroepsgroepen is de methode bedoeld voor een specifiek werkveld waarin beroepsbeoefenaren uit die beroepsgroep werkzaam zijn. Voor fysiotherapeuten zijn bijvoorbeeld twee verschillende visitatiemethoden ontwikkeld voor afdelingen fysiotherapie in een algemeen ziekenhuis en voor afdelingen fysiotherapie in een verpleeghuis. Dat de methoden op de beroepsgroep toegesneden zijn betekent dat er verschillen tussen de beroepsgroepen bestaan in de methode die wordt ontwikkeld. Deze verschillen houden verband met de verschillende omstandigheden waarin door de beroepsgroepen wordt gewerkt.

Een van de belangrijkste verschillen tussen visitatiemethoden is die tussen visitatie van afdelingen en visitatie van een (individuele) praktijk. Visitaties van afdelingen zijn gericht op het functioneren van de gehele afdeling. Tijdens de visitatie worden met meerdere betrokkenen gesprekken gevoerd: met het afdelingshoofd, met een of meer medewerkers van de afdeling en bijvoorbeeld met vertegenwoordigers van afdelingen waar nauw mee wordt samengewerkt. Bij een visitatie van een praktijk, zoals bijvoorbeeld een visitatie bij een podotherapeut, wordt alleen een gesprek gevoerd met de praktijkhouder.

Een ander belangrijk verschil tussen visitatiemethoden heeft betrekking op verschillen in werkzaamheden. Tijdens de visitatie worden de omstandigheden waaronder en de wijze waarop de zorg wordt verleend beoordeeld. De omstandigheden waaronder een ergotherapeut zorg verleent verschillen van die van een mondhygiënist of van een radiodiagnostisch laborant. Hygiëne bijvoorbeeld speelt bij de beroepsuitoefening van de laatste twee beroepen een grotere rol dan bij ergotherapeuten. Ook werkt de ene beroepsgroep meer met apparatuur en materialen dan de andere beroepsgroep. Deze verschillen in werkzaamheden komen tot uitdrukking in de aandachtspunten tijdens de visitatie.

Naast verschillen zijn er ook belangrijke overeenkomsten. De belangrijkste daarvan zijn dat visitaties op vrijwillige basis worden uitgevoerd. Dit betekent dat er geen verplichting is tot deelname aan deze vorm van kwaliteitsverbetering. Visitatie is bedoeld als educatief middel. Dat betekent dat achter de aanbevelingen die naar aanleiding van de visitatie worden gegeven geen dwang zit: er wordt geen controle uitgevoerd op het opvolgen van aanbevelingen. Visitaties worden tenslotte uitgevoerd door leden van de eigen beroepsgroep.

Draaiboek

Voor alle beroepsgroepen is een draaiboek voor visitaties gemaakt. In dit draaiboek staan alle activiteiten en werkzaamheden beschreven, en de volgorde waarin deze werkzaamheden plaatsvinden. Een visitatie begint met een vrijwillige aanmelding van een praktijk of afdeling om gevisiteerd te worden. Daarna wordt een afspraak gemaakt voor de visitatie, wordt het visitatieteam samengesteld, en worden de visitatievragenlijst, het visitatiereglement en de dagindeling opgestuurd. Degene die gevisiteerd gaat worden vult de vragenlijst in en stuurt deze terug, zodat het visitatieteam zich een beeld kan vormen van de praktijk of afdeling. Op de dag van de visitatie zelf overlegt het visitatieteam voorafgaand aan de visitatie om te bepalen wat de specifieke aandachtspunten tijdens de visitatie zullen zijn. Het visitatieteam baseert zich hierbij op de ingevulde vragenlijst. Vervolgens vindt de feitelijke visitatie plaats. Afhankelijk van de opzet van de visitatie van die beroepsgroep wordt de ingevulde vragenlijst doorgenomen, wordt de praktijkruimte bezichtigd, het aanwezige instrumentarium bekeken, vindt inzage in een patiën-

tendossier plaats en worden gesprekken gevoerd met andere betrokkenen. Daarna trekt het visitatieteam zich terug voor overleg over de bevindingen en het formuleren van een voorlopig oordeel. Dit oordeel wordt vervolgens met de gevisiteerde besproken. Binnen enkele weken wordt daarna een concept-visitatieverslag opgesteld met daarin aanbevelingen voor verbetering. Dit concept wordt toegestuurd aan de gevisiteerde die het van eventuele opmerkingen kan voorzien. Vervolgens wordt het definitieve verslag opgesteld.

Visitatievragenlijst

Een van de belangrijkste taken van de visitatiewerkgroep is het opstellen van een visitatievragenlijst. Deze bevat de belangrijkste aandachtspunten voor de visitatie. De visitaties bij paramedici zijn voornamelijk gericht op het zorgsysteem: de wijze waarop en de omstandigheden waaronder zorg wordt verleend. Elementen van dit zorgsysteem zijn bijvoorbeeld de wijze van verslaglegging, de wijze waarop wordt samengewerkt met leden uit de eigen beroepsgroep, leden van andere disciplines, communicatie met verwijzers en het werken volgens richtlijnen. Ook beleid en organisatie, bereikbaarheid, en de fysieke omgeving waarin gewerkt wordt kunnen deel uit maken van de visitatievragenlijst. De inhoud van het zorgproces kan aandachtspunt zijn tijdens de visitatie. Dit kan nagevraagd worden door het proces van het methodisch handelen aan bod te laten komen, zoals gegevens die betrokken worden bij de anamnese, het vaststellen van het behandelplan en de wijze waarop de evaluatie van de zorg wordt uitgevoerd.

Ter toelichting worden enkele voorbeelden gegeven uit de vragenlijsten van fysiotherapeuten, podotherapeuten en mondhygiënisten:

Voorbeelden van vragen uit visitatievragenlijsten

Visitatievragenlijst intramurale fysiotherapie: versie algemene ziekenhuizen (versie okt'98)

- | | | |
|----|--|----------|
| 37 | Heeft de afdeling normen opgesteld voor het tijdsverloop tussen verwijzing en aanvang van de behandeling voor: | |
| | * klinische behandelingen | ja / nee |
| | * poliklinische behandelingen | ja / nee |
| | * dagbehandelingen | ja / nee |
| | Zo ja, worden deze normen aan de hand van registratiegegevens geëvalueerd? | ja / nee |

Visitatievragenlijst podotherapeutische praktijken (versie maart 1999)

- 5.14 Welke slijppapparaat gebruikt u?
- brede schuurband
 - schuurkop
 - aparte handmotor
 - anders namelijk

Visitatievragenlijst vrijevestigde mondhygiënisten (versie mei 1998)

- | | | |
|----|--|----------|
| 10 | Op welke wijze steriliseert u? | |
| | <input type="checkbox"/> hete lucht | |
| | <input type="checkbox"/> autoclaaf | |
| 12 | Indien u een autoclaaf gebruikt houdt u een "logboek" bij? | ja / nee |

Visitatieteam

Om de visitaties uit te voeren worden binnen iedere beroepsgroep visitateurs opgeleid door het CBO. De visitatieteams bij de paramedische visitaties bestaan meestal uit twee visitateurs uit de eigen beroepsgroep, aangevuld met een medewerker van het CBO. Deze maakt de aantekeningen tijdens de visitatie, stelt het verslag op en coacht de visitateurs. Naarmate een beroepsgroep meer ervaring heeft opgedaan met visitatie kan de betrokkenheid van het CBO minder worden. De beroepsgroep zorgt dan zelf bijvoorbeeld voor de organisatie van de visitaties en de verslaglegging.

2.3 Ontwikkeling van een methode voor visitatie

Binnen het BKPZ-programma zijn de acht beroepsgroepen door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO begeleid bij de ontwikkeling van een methode voor visitatie. Deze methoden zijn veelal toegesneden op een specifiek werkveld waarin de beroepsbeoefenaren uit een beroepsgroep werkzaam zijn. De keuze om visitatie voor een specifiek werkveld te ontwikkelen ligt bij de beroepsgroep zelf. Voor de acht beroepsgroepen die een methode voor visitatie ontwikkelen zijn de volgende werkvelden geselecteerd:

- diëtisten: intramuraal werkzame diëtisten: afdelingen diëtetiek in verpleeghuizen;
- ergotherapeuten: extramuraal ergotherapie;
- fysiotherapeuten: intramuraal fysiotherapie: afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen en afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen;
- mondhygiënist: vrijgevestigd;
- oefentherapeuten-Cesar: vrijgevestigd;
- oefentherapeuten-Mensendieck: vrijgevestigd;
- podotherapeuten: vrijgevestigd;
- radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten: afdelingen radiodiagnostiek en afdelingen radiotherapie.

Bij de aanvang van het BKPZ-programma is de werkwijze voor de ontwikkeling van visitatie vastgelegd (Sluijs e.a., 1998). In het voorjaar van 1999 is een tussentijdse evaluatie van de BKPZ-projecten uitgevoerd door middel van interviews met werkgroepleden en projectleiders (Hofhuis e.a., 1999). Voor de interviews is een selectie gemaakt uit de beroepsgroepen die het thema visitatie uitvoeren: interviews zijn gehouden met diëtisten, podotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en met projectleiders van het CBO.

Een van de vraagstellingen was of de projecten volgens plan werden uitgevoerd. In paragraaf 2.3.1 zal kort uiteengezet worden welke stappen door het CBO worden gezet bij de ontwikkeling van visitatie. In paragraaf 2.3.2 volgt een samenvatting van de bevindingen van de tussentijdse evaluatie.

2.3.1 Uitvoering van de projecten

In schema 2.1 staat een overzicht van het type activiteiten dat door het CBO wordt uitgevoerd of door het CBO wordt begeleid bij de ontwikkeling van een methode voor visitatie. Met name in de eerste drie fasen participeert het CBO in de visitatieteams en verzorgt de verslaglegging. Het gehele traject van ontwikkeling tot implementatie bestaat globaal uit vijf fasen (A-E).

De acht beroepsgroepen doorlopen niet allemaal hetzelfde traject. Alle beroepsgroepen doorlopen de fasen A en B en voeren zogenaamde proefvisitaties uit. Sommige beroepsgroepen voeren na deze testfase nog een aantal visitaties uit en gaan door met onder andere het trainen van visiteurs en het bijstellen van de visitatiemethode; zij doorlopen ook de fasen C en D. Tijdens de drie interviews in het kader van de tussentijdse evaluatie is het doorlopen van de fasen A tot en met E aan de orde gekomen. Een samenvatting van de bevindingen daarvan staat in paragraaf 2.3.2.

Schema 2.1: Activiteiten CBO bij het ontwikkelen van een methode voor visitatie

A Ontwikkelingsfase

Maken van een werkplan en bepaling van de opzet en reikwijdte van de visitatie.
Ontwikkelen van het draaiboek (inclusief de visitatievragenlijst en het model visitatieverslag).
Ontwikkelen van een profiel voor visitateurs.

B Testfase

Trainen van visitateurs.
Uitvoeren van proefvisitaties (pilot).
Centraal verwerken van visitatiegegevens.
Aanpassen van draaiboek (inclusief de vragenlijst en het model-visitatieverslag).
Rapporteren aan het bestuur van de beroepsvereniging.

C Ontwikkelen van een visitatieprogramma

Ontwikkelen van een programma voor de structurele invoering van visitatie.
Opstellen van een visitatiereglement.
Het (verder) expliciteren van normen die tijdens visitatie worden gehanteerd.

D Uitvoeren van het visitatieprogramma

Trainen van visitateurs.
Begeleiden van de visitateurs.
Begeleiden van de visitatiecommissie
Assisteren bij de centrale gegevensverwerking (door de visitatiecommissie).
Updaten en/of bijstellen van het visitatiedraaiboek (inclusief de vragenlijst).
Evalueren en rapporteren aan de beroepsvereniging.

E Nazorg

Nazorgprogramma.
De gevisiteerde praktijken/afdelingen begeleiden bij het realiseren van de gewenste verbeteringen. Dit houdt in: helpen bij het opstellen van een plan van aanpak, adviseren bij uitwerking van (onderdelen) van het plan van aanpak, adviseren bij periodieke evaluatie en bijstelling van het plan van aanpak.

Van de vijf niet geïnterviewde beroepsgroepen is niet vastgesteld of zij, naast de fasen A en B, ook de fasen C, D en E doorlopen. Belangrijke aspecten van deze fasen zijn het uitvoeren van visitaties, het opleiden van visitateurs, het ontwikkelen van visitatienormen en een visitatiereglement en het aanbieden van nazorg. Deze aspecten zijn vastgelegd in de zogenaamde streefdoelen die bij aanvang van het BKPZ-programma geformuleerd zijn. Het doorlopen van de fasen A tot en met E zal voor deze beroepsgroepen daarom achteraf vastgesteld worden aan de hand van de gerealiseerde streefdoelen.

2.3.2 Evaluatie van de uitvoering van de projecten

Uitvoering volgens plan

Eén beroepsgroep, de podotherapeuten, heeft aangegeven dat het project is uitgevoerd volgens de bovengenoemde stappen. De diëtisten en oefentherapeuten-Cesar hebben weliswaar de stappen doorlopen, maar niet in de volgorde waarin ze in het schema staan. De diëtisten hebben eerst de fasen A en C (deels) doorlopen, en daarna B. Het deel van fase C dat eerst doorlopen is betreft het opstellen van normen (een zogenaamde onderbouwing) en een visitatiereglement. De oefentherapeuten-Cesar hadden voorafgaand aan het BKPZ-programma al enkele activiteiten uitgevoerd, zoals het opstellen van een draaiboek. Fase C is volgens deze beroepsgroep een continu proces:

“Het ontwikkelen van een visitatieprogramma, is een continu proces. Men is doorlopend bezig met het aanbrengen van verbeteringen en het nadenken over de normen die tijdens de visitaties worden gehanteerd. Dit is deels de functie van de werkgroep.”
(oefentherapeuten-Cesar)

Op basis van de resultaten van de interviews werd geconcludeerd dat de uitvoering van de projecten grotendeels volgens plan verliep, vijf beroepsgroepen verkeerden op dat moment in

fase D (Hofhuis e.a., 1999). De drie geïnterviewde beroepsgroepen hadden nog geen plannen ontwikkeld voor een nazorgprogramma.

Voorwaarden

Bij een evaluatie van de voortgang van projecten zijn naast het stappenplan ook voorwaarden voor het vlot van start gaan van een project van belang. Hieraan is bij de voortgangsevaluatie uitgebreid stilgestaan. De belangrijkste bevindingen waren de volgende (Hofhuis e.a., 1999):

- De werkgroepen konden overeenkomstig de wensen samengesteld worden
- De projecten zijn volgens de tijdsplanning gestart
- Het activiteitenplan, de tijdsplanning en de taakverdeling waren voorafgaand aan het project bekend of zijn tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst vastgesteld

Tijdsplanning

Ten tijde van de voortgangsevaluatie meldde één beroepsgroep (podotherapeuten) dat er sprake was van vertraging. Dit was o.a. het gevolg van verlate subsidietoekenning, moeizame werving van visiteurs, ziekte van de projectleider en persoonlijke omstandigheden van werkgroepleden (Hofhuis e.a., 1999). Uiteindelijk is (medio 2000) de afronding van de projecten bij alle deelnemende beroepsgroepen vertraagd. De belangrijkste oorzaak hiervoor is tegenslag op personeelsgebied bij het CBO geweest. Het gehele BKPZ-programma is met toestemming van het College voor Zorgverzekeringen met vier maanden verlengd om afronding van projecten binnen het programma mogelijk te maken.

2.4 Streefdoelen

Bij de aanvang van het BKPZ-programma is per beroepsgroep vastgesteld welke streefdoelen aan het einde van het programma gerealiseerd moesten zijn (Sluijs e.a., 1998). Aan het behalen van de streefdoelen kan het uiteindelijke resultaat van de projecten worden afgeleid. Ten behoeve van de evaluatie van projecten in het BKPZ-programma worden door het Kwaliteitsinstituut CBO eindproducten opgestuurd aan het Nivel. Concreet betekent dit dat onder andere adressen van gevisiteerden zijn opgestuurd en de blanco visitatievragenlijsten. Van deze eindproducten is gebruik gemaakt om na te gaan of de streefdoelen zijn bereikt. Streefdoelen waarvoor geen eindproduct op papier is gerealiseerd maar die bijvoorbeeld een activiteit betreffen zijn geverifieerd door middel van overleg met de projectleider en medewerkers van het Kwaliteitsinstituut CBO. Dit is het geval geweest bij de verificatie van de aantallen opgeleide visiteurs, de realisatie van nazorg en de overige streefdoelen.

Bij visitatie is het uiteindelijke resultaat af te leiden uit het aantal visitaties dat heeft plaatsgevonden en het aantal visiteurs dat is opgeleid. Vijf beroepsgroepen hebben zich bovendien voorgenomen nazorg te bieden aan gevisiteerde praktijken of afdelingen. Als eindproduct wordt er tenslotte ook naar gestreefd om voor elke beroepsgroep een artikel te publiceren in het vaktijdschrift van de beroepsgroep over de ervaringen die met visitatie zijn opgedaan. De overige streefdoelen liggen in de voorwaardenscheppende sfeer of kunnen beschouwd worden als 'tussentijdse' producten van projecten. Dit zijn onder andere het visitatiereglement en visitatienormen. In de tabellen 2.1 tot en met 2.4 staan de streefdoelen van de projecten aan het begin van het programma weergegeven, en de bereikte resultaten aan het einde van het programma.

Tabel 2.1: Streefdoelen en bereikte resultaten: aantal uitgevoerde visitaties

	D	E	F	M	oC	oM	P	R	Totaal
Streefdoel	10	10	24	30	28	10	40	30	182
Resultaat	15	10	21	30	28	21	40	20	185

D = Diëtisten
 E = Ergotherapeuten
 F = Fysiotherapeuten
 M = Mondhygiënist

oC = Oefentherapeuten-Cesar
 oM = Oefentherapeuten-Mensendieck
 P = Podotherapeuten
 R = Radiologisch laboranten

Het totale aantal uitgevoerde visitaties is drie meer dan het geplande aantal. Vier beroeps-
 groepen hebben het geplande aantal visitaties uitgevoerd: ergotherapeuten, mondhygiënist,
 oefentherapeuten-Cesar en podotherapeuten. Diëtisten hebben vijf visitaties meer uitgevoerd
 dan was gepland, oefentherapeuten-Mensendieck tien meer dan gepland. Fysiotherapeuten en
 radiologisch laboranten hebben minder visitaties uitgevoerd dan was gepland.

*Projectleider CBO: "De fysiotherapeuten hadden als streefdoel om 24 visitaties uit te
 voeren: 10 in algemene ziekenhuizen, 10 in verpleeghuizen en 4 in revalidatie-
 instellingen. De 10 visitaties in algemene ziekenhuizen zijn uitgevoerd, in verpleeg-
 huizen zijn 11 visitaties uitgevoerd. De KNGF heeft besloten om de visitaties in reva-
 lidatie-instellingen niet door te laten gaan. In revalidatie-instellingen worden al visi-
 taties uitgevoerd die gericht zijn op de gehele instelling, waaronder de fysiotherapeu-
 ten. Het afzonderlijk visiteren van de afdelingen fysiotherapie werd door de stuur-
 groep niet zinvol geacht."*

*Projectleider CBO: "De NVRL wilde 30 visitaties laten uitvoeren. Uiteindelijk zijn het
 er 20 geworden omdat er zowel voor de radiodiagnostisch laboranten als voor de radio-
 therapeutisch laboranten een ontwikkelingstraject uitgezet moest worden. Daarbij
 bleek al snel dat de uren voor het uitvoeren van de visitaties te krap begroot waren.
 Een gewijzigd projectvoorstel met twee ontwikkelingstrajecten en een bijgestelde
 urenbegroting is geaccordeerd."*

Tabel 2.2: Streefdoelen en bereikte resultaten: aantal getrainde visiteurs

	D	E	F	M	oC	oM	P	R	Totaal
Streefdoel: minimaal	3	3	6	3	10	3	10	15	53
maximaal	6	6	(6)	6	(10)	6	(10)	(15)	65
Resultaat	9	6	15	20	11	12	14	14	101

D = Diëtisten
 E = Ergotherapeuten
 F = Fysiotherapeuten
 M = Mondhygiënist

oC = Oefentherapeuten-Cesar
 oM = Oefentherapeuten-Mensendieck
 P = Podotherapeuten
 R = Radiologisch laboranten

Ten aanzien van het aantal op te leiden visiteurs is een schatting gemaakt van het benodigde
 aantal om alle visitaties uit te voeren. Sommige beroepsgroepen hebben daarbij een minimum
 en een maximum aantal als streefdoel gesteld. Het totale aantal visiteurs dat uiteindelijk is op-
 geleid is voor het merendeel van de beroepsgroepen hoger dan het maximum aantal dat als
 streefdoel was gesteld.

Tabel 2.3: Streefdoelen en bereikte resultaten: aantal gevisiteerden waaraan nazorg is aangeboden

Streefdoelen	D	E	F	M	oC	oM	P	R	Totaal
Streefdoel	10	-	-	10	8	10	40	-	78
Resultaat	15	-	-	30	28	21	40	-	133

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

M = Mondhygiënist

oC = Oefentherapeuten-Cesar

oM = Oefentherapeuten-Mensendieck

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

Nazorg is bedoeld om gevisiteerden begeleiding te bieden bij het realiseren van verbeteringen¹. Vijf beroepsgroepen hebben ervoor gekozen om deze ondersteuning te bieden. Aan de nazorg is in het laatste jaar van het BKPZ-programma vorm gegeven: de nazorg wordt aangeboden in de vorm van groepsbijeenkomsten waarvoor gevisiteerden een uitnodiging krijgen. De zeven gevisiteerde oefentherapeuten-Cesar uit de pilotfase hebben individuele nazorg aangeboden gekregen. Voor diëtisten en mondhygiënist zijn er afzonderlijke bijeenkomsten geweest (twee dagdelen), de oefentherapeuten-Cesar hebben één dag afzonderlijke nazorg gehad. Voor podotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en Oefentherapeuten-Mensendieck worden gezamenlijke bijeenkomsten georganiseerd in september bestaande uit één hele dag en twee dagdelen.

De nazorg was oorspronkelijk alleen bedoeld voor visitaties in de pilotfase (met uitzondering van de podotherapeuten), uiteindelijk heeft men besloten alle gevisiteerden uit te nodigen voor de nazorgbijeenkomsten. De getallen in schema 2.4 staan voor het aantal beroepsbeoefenaren aan wie nazorg is aangeboden. Het aantal personen dat daadwerkelijk van de nazorg gebruik heeft gemaakt is niet vastgesteld voor deze evaluatie.

De nazorg is rondom thema's georganiseerd. Onder gevisiteerden is nagegaan op welke gebieden ondersteuning gewenst is. Bovendien is geïnventariseerd wat de belangrijkste thema's waren bij de aanbevelingen die naar aanleiding van de visitaties zijn gedaan. Thema's waarvoor de gezamenlijke bijeenkomsten worden georganiseerd zijn "plannen maken en uitvoeren", "verslaglegging" en "patiëntgericht methodisch handelen".

Er wordt ook nazorg voor visiteurs georganiseerd. Deze 2e training is gericht op het uitwisselen van ervaringen, het bespreken van technieken (bij sommige visitaties is een video-opname van de visitatie gemaakt) en het geven van feedback. Deze nazorg voor visiteurs is aangeboden aan diëtisten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten.

¹ Het Kwaliteitsinstituut CBO gebruikt de term 'follow up' in plaats van nazorg.

Tabel 2.4: Overige streefdoelen en resultaten

	D	E	F	M	oC	oM	P	R	Totaal
Streefdoel: uitgeteste visitatiemethode	d	d	d	d	d	d	d	d ¹	9
Resultaat: uitgeteste visitatiemethode	g	g	g	g	g	g	g	g	9
Streefdoel: visitatiereglement	-	-	-	-	-	-	d	-	1
Resultaat: visitatiereglement	g	g	g	g	g	g	g	g	8
Streefdoel: eindrapportage en advies	d	d ²	d	d	d	d	d	d	9
Resultaat: eindrapportage en advies	z	z	z	z	z	z	z	z	9
Streefdoel: lijst met knelpunten	d	d	d	d	d	d	d	d	8
Resultaat: lijst met knelpunten	z	z	z	z	z	z	z	z	8
Streefdoel: tijdschriftartikel	d	d	d	d	d	d	d	d	8
Resultaat: tijdschriftartikel	z	z	z	z	z	z	z	z	8
Streefdoel: expliciteren van visitatienormen	-	-	-	-	-	-	-	d	1
Resultaat: expliciteren van visitatienormen	-	-	-	-	-	-	-	n	0

d=doelstelling, g=gerealiseerd, z=zal nog gerealiseerd worden, n= niet gerealiseerd

D = Diëtisten

oC = Oefentherapeuten-Cesar

E = Ergotherapeuten

oM = Oefentherapeuten-Mensendieck

F = Fysiotherapeuten

P = Podotherapeuten

M = Mondhygiënisten

R = Radiologisch laboranten

1 twee streefdoelen: (1) een visitatiemethode voor radiodiagnostiek en (2) een methode voor radiotherapie

2 twee streefdoelen: (1) eindrapportage en advies over de uitgevoerde visitaties en (2) een beperkt advies omtrent visitatie in de intramurale ergotherapie

De eerste negen streefdoelen, namelijk een uitgeteste visitatiemethode voor elke beroepsgroep, zijn gerealiseerd. Het volgende streefdoel: het opstellen van een visitatiereglement voor podotherapeuten, is eveneens gerealiseerd². Als extra activiteit heeft het Kwaliteitsinstituut CBO ook voor de zeven overige beroepsgroepen visitatiereglementen ontwikkeld.

De laatste visitaties zijn in de zomer van 2000 uitgevoerd. De eindrapportage door het CBO en een advies aan elke beroepsvereniging was ten tijde van deze evaluatie nog niet gerealiseerd; de verwachting is dat de rapportages eind 2000 afgerond zijn. Een lijst met eventuele knelpunten die bij de verdere implementatie van visitatie een rol kunnen spelen zal onderdeel uitmaken van de rapportage. Als alle eindrapporten gereed zijn zal er door het CBO voor iedere beroepsgroep een artikel worden geschreven voor het tijdschrift van de beroepsvereniging.

Het laatste streefdoel, het expliciteren van visitatienormen voor radiologisch laboranten, is niet gerealiseerd.

Projectleider CBO: "Naar aanleiding van de ervaringen met de visitaties zouden voor radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten normen ontwikkeld worden. Dit streefdoel is niet gerealiseerd. Het is gebleken dat het moeilijk is om op basis van 10-20 visitaties normen op te stellen. Bovendien zouden deze normen goedgekeurd moeten worden door de beroepsgroep om geaccepteerde normen te krijgen. Hoewel er dus geen normen zijn ontwikkeld naar aanleiding van de visitaties, is er wel voor vier beroepsgroepen een zogenaamde 'onderbouwing' opgesteld die als basis dient voor de aanbevelingen die naar aanleiding van een visitatie worden gedaan. Dit is gedaan voor diëtisten, oefentherapeuten-Mensendieck, mondhygiënisten en ergotherapeuten. Ook voor podotherapeuten zal nog binnen het BKZP-programma een der-

2 In een visitatiereglement staan onder andere de taken en verantwoordelijkheden van de gevisiteerde, van de visitatiecommissie en van het visitatieteam. In het reglement staat eveneens op basis van welke gegevens het visitatieteam haar oordeel vormt en aanbevelingen formuleert, wat er in het visitatierapport besproken moet worden en de wijze waarop de gevisiteerde bezwaar kan aantekenen of klachten kan indienen.

gelijk document worden opgesteld. In een onderbouwing staan voor bijna alle aandachtspunten van de visitatie een verantwoording in de vorm van bijvoorbeeld gelegitimeerde documenten zoals het beroepsprofiel, wetgeving zoals de wet BIG en professionele normen zoals bijvoorbeeld protocollen. Ook kunnen er normen in staan die de werkgroep heeft opgesteld naar aanleiding van de ervaringen met de visitaties. Voor de NVRL, KNGF en VBC worden in het BKPZ-programma geen normdocumenten ontwikkeld.

Na het vaststellen van de streefdoelen die behaald zijn kan nagegaan worden welke fasen van de ontwikkeling van een methode voor visitatie door de beroepsgroepen doorlopen zijn (zie ook paragraaf 2.2.1).

Alle beroepsgroepen hebben een methode voor visitatie ontwikkeld, en hebben proefvisitaties uitgevoerd (fasen A en B). Alle beroepsgroepen hebben bovendien een visitatiereglement ontwikkeld, een onderdeel van fase C. Voor vijf beroepsgroepen is of wordt er een onderbouwing voor de visitatie ontwikkeld, ook een onderdeel van fase C.

Drie beroepsgroepen hadden zich bij aanvang van het BKPZ-programma voorgenomen om alleen visitaties in de testfase uit te voeren: diëtisten, ergotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck. Uiteindelijk hebben diëtisten na de testfase 5 extra proefvisitaties uitgevoerd en hebben oefentherapeuten-Mensendieck in totaal 21 visitaties uitgevoerd. Op basis van deze gegevens kan vastgesteld worden dat alle beroepsgroepen een of meer onderdelen van de fasen C en D hebben uitgevoerd. Vijf beroepsgroepen hebben ook fase E uitgevoerd: het ontwikkelen en uitvoeren van een nazorgprogramma. Geconcludeerd moet worden dat er bij de ontwikkeling en uitvoering van visitatie geen strikt onderscheid is gehanteerd tussen de diverse fasen. Alle beroepsgroepen hebben de fasen A en B en een of meer onderdelen van de fasen C en D doorlopen.

In tabel 2.5 staat een overzicht van de bevindingen.

Tabel 2.5: Fasen die de beroepsgroepen doorlopen hebben in het BKPZ-programma

	D	E	F	M	oC	oM	P	R
A Ontwikkelingsfase	+	+	+	+	+	+	+	+
B Testfase	+	+	+	+	+	+	+	+
C Ontwikkelen visitatieprogramma	+	+	+	+	+	+	+	+
D Uitvoeren visitatieprogramma	+	+	+	+	+	+	+	+
E Nazorg	+	-	-	+	+	+	+	-

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

M = Mondhygiënisten

oC = Oefentherapeuten-Cesar

oM = Oefentherapeuten-Mensendieck

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

2.5 Eindproducten

Het belangrijkste concrete eindproduct van alle projecten is de visitatievragenlijst. Daarnaast kunnen ook het visitatiereglement, de eindrapportage van het kwaliteitsinstituut (inclusief advies en lijst met knelpunten), een tijdschriftartikel en de normdocumenten als eindproducten worden beschouwd. In paragraaf 2.3 is aangegeven dat van bovengenoemde eindproducten de visitatievragenlijst, het visitatiereglement en een viertal normdocumenten zijn gerealiseerd. Tot nu toe is niet ingegaan op de visitatiemethode en de inhoud van de visitatievragenlijsten van de acht beroepsgroepen en de normdocumenten. In deze paragraaf zal daarom voor iedere beroepsgroep worden beschreven voor welk werkveld de methode is bedoeld, en worden de onderwerpen die in de visitatievragenlijsten aan bod komen kort toegelicht. Indien er voor een beroepsgroep een normdocument is geschreven, zal kort worden toegelicht welke bronnen gebruikt zijn bij de totstandkoming van dit document.

Een van de belangrijkste taken van de werkgroepen was de ontwikkeling van een visitatievragenlijst. In deze vragenlijst is vastgelegd aan welke aspecten van de praktijkvoering aandacht wordt besteed tijdens de visitatie. Elke beroepsgroep heeft daarin zijn eigen keuzes gemaakt, afgestemd op de specifieke werkzaamheden van de beroepsbeoefenaren, de werksetting en prioriteiten die door de werkgroep werden gesteld. Tijdens de visitaties kan naast aandacht aan het proces van zorgverlening ook aandacht besteed worden aan de inhoud van de zorgverlening. De beroepsgroepen verschillen in de mate waarin zij deze aspecten een rol toegekend hebben bij de visitatie.

In schema 2.6 zal eerst een overzicht worden gegeven van de 8 beroepsgroepen en de onderwerpen die in de visitatievragenlijsten aan de orde worden gesteld. Daarna volgt een bespreking van de afzonderlijke beroepsgroepen.

Om een vergelijking tussen de beroepsgroepen mogelijk te maken wordt soms afgeweken van de oorspronkelijke terminologie in de visitatievragenlijsten.

Schema 2.6 Overzicht onderwerpen visitatievragenlijsten paramedische beroepen

Onderwerp	Beroepsgroep								
	D	E	F	M	oC	oM	P	Rd	Rt
Beleid en organisatie	x	x	x	x	x	-	-	x	x
Intercollegiale contacten	x	x	x	-	x	x	x	x	-
Zorgproduct	-	-	x	-	-	-	-	-	-
Behandelproces: anamnese, behandelplan	x ¹	x	x	x	-	x ²	x	x	x
Patiëntenadministratie	x	x	x	x	x	x	x	-	x
Evaluatie van de zorg, tevredenheid, klachtenregeling	x	x	x	x	x ⁴	x	x	x	-
Arbeidsomstandigheden	-	-	x	-	-	-	-	x	-
Hygiëne	-	-	x	x	x	-	x	x ³	-
Veiligheid	-	-	x	x	-	-	-	x	-
Accommodatie	-	x	x	x	x	-	x	-	-
Apparatuur, materialen, kwaliteitsbewaking	-	x	x	x	-	-	-	x	x
Kwaliteitsbewaking apparatuur en materialen	-	-	-	-	-	-	-	x	x
Personeelsbeleid	-	-	x	-	-	-	-	x	x
Kwaliteitsbeleid	x	-	x	-	-	x	-	x	x
Deskundigheidsbevordering	x	x	x	x	x	-	x	x	x
Bereikbaarheid	x	x	-	x	x	x	x	-	-
Toegankelijkheid	-	x	-	x	x	x	x	-	-
Voorlichting aan patiënten	-	-	-	x	x	-	x	x	x
Samenwerking met verwijzers	x	x	-	x	-	x	x	-	-
Financiën	-	x	-	-	x	-	x	-	-
PR-activiteiten	-	x	-	-	x	-	-	-	-
Tijdsbesteding	x	-	-	-	-	x	-	-	-
Wachlijst	-	-	-	-	-	x	-	-	-

1. Bij diëtisten zijn deze vragen gesplitst in twee categorieën: anamnese en behandelplan.
2. Bij oefentherapeuten-Mensendieck zijn deze vragen gesplitst in vier categorieën, namelijk stappen van het methodisch handelen.
3. Radiodiagnostisch laboranten hebben in deze categorie ook vragen over stralencygiëne.
4. Bij oefentherapeuten-Cesar zijn deze vragen gesplitst in twee categorieën: klantgerichtheid en effectiviteit.

2.5.1 Diëtisten

In Nederland zijn ruim 2000 diëtisten werkzaam, waarvan 55% intramuraal. De overige diëtisten werken extramuraal, in de industrie, het onderwijs of bij de overheid (RAZW, 1999). Voor intramuraal werkzame diëtisten is een methode voor visitatie voor afdelingen diëtetiek in verpleeghuizen ontwikkeld.

Onderdeel van de visitatie bij diëtisten zijn vragenlijsten aan bewoners, verpleeghuisartsen, verzorgenden en voedingsassistenten. In deze vragenlijsten staat de bereikbaarheid van de diëtist, voorlichting, communicatie en overleg met de diëtist centraal.

In het kader van dit project is het document 'Onderbouwing visitatie vragenlijst Afdelingen Diëtetiek Verpleeghuizen' geschreven. Voor ieder onderdeel van de vragenlijst worden normen gegeven die zijn ontleend aan onder andere het beroepsprofiel, de beroepscode, gedragsregels en wetgeving zoals de WGBO en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

2.5.2 Ergotherapeuten

In Nederland zijn naar schatting 1915 ergotherapeuten werkzaam. Het grootste deel van de ergotherapeuten is intramuraal werkzaam (81%), in verpleeghuizen, revalidatiecentra en ziekenhuizen. De overige ergotherapeuten werken extramuraal bij onder andere de thuiszorg, WVG, GGD of als vrijgevestigde ergotherapeut (RAZW, 1999). Voor ergotherapeuten is een visitatiemethode ontwikkeld voor de extramurale ergotherapie.

Ter onderbouwing van de visitatie is het document 'Onderbouwing visitatievragenlijst Ergotherapie' geschreven. Voor ieder onderdeel van de vragenlijst worden normen gegeven die zijn ontleend aan onder andere het beroepsprofiel, de beroepscode, het Programma van Eisen dat is opgesteld in het project paramedische verslaglegging, en wetgeving zoals de Wet BIG, de Arbowet, WGBO en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

2.5.3 Fysiotherapeuten

Ongeveer 12.000 fysiotherapeuten werken extramuraal (RAZW, 1999); het aantal intramuraal werkzame fysiotherapeuten wordt geschat op 6000.

Fysiotherapeuten hebben een visitatiemethode ontwikkeld voor de intramurale fysiotherapie: deze methode is in twee trajecten uitgewerkt voor afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen en voor afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen.

Tijdens de visitatie van een afdeling fysiotherapie worden gesprekken gevoerd met medewerkers van de afdeling, het management, diverse specialisten en leidinggevenden van diverse verpleegafdelingen.

De visitatievragenlijst voor afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen kent ongeveer dezelfde opzet. In de vragenlijst wordt iets meer aandacht besteed aan tijdsbesteding aan diverse onderdelen van het werk. In het kader van de visitatie worden gesprekken gevoerd met afdelingsmedewerkers, verpleeghuisarts(en), leidinggevenden van de afdeling dagbehandeling en de verpleegafdeling en met het management. Afwijkend van de visitaties van algemene ziekenhuizen zijn de vragenlijsten die door gebruikers moeten worden ingevuld.

2.5.4 Mondhygiënisten

In 1998 waren in Nederland 1570 mondhygiënisten werkzaam (RAZW, 1999). Meer dan 80% hiervan werkt extramuraal, in tandartspraktijken, praktijken van orthodontisten of parodontologiepraktijken en in de vrije vestiging (Rijken et al. 1996). In het BKPZ-programma is een visitatiemethode ontwikkeld voor vrijgevestigde mondhygiënisten³.

Ter onderbouwing van de visitatie is het document 'Onderbouwing visitatievragenlijst Vrijgevestigde Mondhygiënisten' geschreven. Normen zijn ontleend aan onder andere de beroepscode, wetgeving en artikelen die verschenen zijn in het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne.

3 In 1993 betrof dit 6.3% van de mondhygiënisten.

2.5.5 Oefentherapeuten-Cesar

In Nederland zijn bijna 900 oefentherapeuten-Cesar werkzaam, waarvan 98% vrijgevestigd in particuliere praktijken (RAZW, 1999). De visitatiemethode is voor de vrijgevestigde oefentherapeuten ontwikkeld. Oefentherapeuten hebben geen vragen in de visitatievragenlijst opgenomen over het behandelproces; wel besteden zij aandacht aan de evaluatie van de zorg.

Na een pilotfase van 7 visitaties is de methode bijgesteld. Toegevoegd zijn enquêtes voor patiënten en verwijzers.

2.5.6 Oefentherapeuten-Mensendieck

De beroepsgroep van oefentherapeuten-Mensendieck is even groot als die van de oefentherapeuten-Cesar, en bestaat uit ongeveer 900 werkzame beroepsbeoefenaren (RAZW, 1999). Daarvan is 98% extramuraal werkzaam, voornamelijk in zelfstandige praktijken (Rijken et al., 1996).

Bij de visitaties van oefentherapie-Mensendieck wordt uitgebreid aandacht besteed aan het proces van methodisch handelen. De visitatievragenlijst is ingedeeld volgens dit proces. In het kader van de visitatie wordt een behandeling geobserveerd door het visitatieteam; een vragenlijst voor patiënten maakt onderdeel uit van de visitatie.

Ter ondersteuning van de aanbevelingen is een normdocument opgesteld. De normen zijn onder meer ontleend aan de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Wet Persoonsregistraties en het beroepsprofiel van de NVOM.

2.5.7 Podotherapeuten

Podotherapeuten vormen een van de kleinste paramedische beroepsgroepen, het aantal werkzaam is 355 (RAZW, 1999). Het merendeel van de podotherapeuten is extramuraal werkzaam als vrijgevestigde, verder zijn er podotherapeuten werkzaam in onder andere ziekenhuizen en gezondheidscentra. De ontwikkelde visitatiemethode is bedoeld voor de vrijgevestigde podotherapeut. Na een pilotfase van 12 visitaties is de methode bijgesteld. Toegevoegd zijn enquêtes voor patiënten en verwijzers.

2.5.8 Radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten

In Nederland werken ongeveer 4000 radiodiagnostisch laboranten en bijna 800 radiotherapeutisch laboranten (RAZW, 1999). Vanwege de verschillen in werkzaamheden zijn er twee verschillende visitatiemethoden ontwikkeld voor afdelingen radiodiagnostiek en afdelingen radiotherapie.

Bij beide visitatiemethoden staan gesprekken met betrokkenen op de agenda. Er worden onder meer gesprekken gevoerd met verschillende medewerkers van de afdeling. Bij radiologie worden o.a. gesprekken gevoerd met radiologisch laboranten, leerling laboranten, radiologen en het management. Bij radiotherapie worden o.a. gesprekken gevoerd met radiotherapeutisch laboranten, radiotherapeut-oncologen, fysisch-technisch personeel, de administratie en het management. Een rondleiding over de afdeling is ook onderdeel van de visitatie. Tevens worden nog gesprekken gevoerd met leidinggevenden van relevante verpleegafdelingen. De visitatievragenlijsten voor afdelingen radiodiagnostiek en afdelingen radiotherapie zijn verschillend. In de vragenlijst van afdelingen radiotherapie wordt bijvoorbeeld niet gevraagd naar arbeidsomstandigheden, hygiëne, stralenhigiëne en veiligheid. Deze onderwerpen komen volgens de checklisten echter wel aan de orde tijdens de gesprekken met de visiteurs.

3 EFFECTEN VAN VISITATIE

In hoofdstuk 2 is het doel van visitatie omschreven, namelijk het geven van feedback op het handelen, waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Aan alle gevisiteerden in het BKPZ-programma is een vragenlijst gestuurd om na te gaan in hoeverre dit doel wordt bereikt.

In dit hoofdstuk wordt eerst een beschrijving gegeven van de gevisiteerden en activiteiten voorafgaand aan de visitatie (3.1). Vervolgens wordt ingegaan op de feedback die aan de gevisiteerden is gegeven (3.2). Het inzicht in de kwaliteit van de praktijkvoering en eventuele aangebrachte verbeteringen worden beschreven in de paragrafen 3.3. en 3.4. In de laatste paragraaf tenslotte staat de mening van de gevisiteerden over visitatie centraal.

3.1 Gevisiteerden.

3.1.1 Respons

De activiteiten van het BKPZ-programma zijn afgerond in de zomer van 2000; de laatste visitaties voor alle beroepsgroepen zijn eveneens in deze periode gehouden. De evaluatievragenlijsten worden een half jaar na de visitatie verstuurd (zie methode), dit betekent dat de laatste evaluatievragenlijsten in januari 2001 zullen worden verstuurd. Bij de huidige evaluatie konden de visitaties die zijn uitgevoerd tot en met november 1999 worden betrokken; dit zijn de visitaties waarvan de evaluatievragenlijsten uiterlijk eind juni 2000 geretourneerd waren aan het Nivel.

In tabel 3.1 staan voor de acht aan visitatie deelnemende beroepsgroepen het aantal uitgevoerde visitaties in het BKPZ-programma, het aantal uitgevoerde visitaties tot en met november 1999 en de respons op de evaluatievragenlijst.

Tabel 3.1: Aantallen visitaties per beroepsgroep

	D	E	F	M	oC	oM	P	R	Totaal
Aantal in BKPZ	15	10	21	30	28	21	40	20	185
Aantal t/m nov '99	13	1	10	19	15 ¹	7	28	2	95
Respons	13	-	10	16	11	5	18	-	73
Respons %	100	0	100	84	73	71	64	0	77

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

M = Mondhygiënist

oC = oefentherapeuten-Cesar

oM = oefentherapeuten-Mensendieck

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

1 Aantal t/m september 1999

Uit tabel 3.1 blijkt dat in november 1999 ruim de helft van de 185 visitaties was uitgevoerd. De totale respons eind juni 2000 op de tot dan toe verstuurd evaluatievragenlijsten is 77%. De respons van diëtisten en fysiotherapeuten op de visitatievragenlijst was het grootst, namelijk 100%. Radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn in oktober 1999 begonnen met het uitvoeren van visitaties, ergotherapeuten in november. De evaluatievragenlijsten van deze gevisiteerden waren eind juni nog niet geretourneerd.

De visitaties van oefentherapeuten-Cesar konden worden verwerkt tot en met september 1999. Deze beroepsgroep is in die maand gestart met het betrekken van verwijzers en patiënten bij de visitaties. De visitatievragenlijsten zijn naar aanleiding daarvan aangepast, de vier visitaties die zijn uitgevoerd in oktober en november konden echter niet meer op tijd worden verwerkt.

De respons van de podotherapeuten was het laagst, namelijk 64%. Podotherapeuten hebben vooruitlopend op het BKPZ-programma al in 1997 6 visitaties uitgevoerd. De evaluatievragen-

lijsten zijn verstuurd vanaf maart 1999, twee jaar later. Van deze zes gevisiteerden hebben er twee de vragenlijst geretourneerd, mogelijk als gevolg van de lange periode tussen visitatie en evaluatie. De respons onder podotherapeuten die later gevisiteerd zijn (vanaf 1998) is vergelijkbaar met de andere beroepsgroepen: 16 van de 22 (73%).

De evaluatievragenlijsten zijn gemiddeld 8.7 maanden na de visitatie ingevuld (niet in tabel). De evaluatievragenlijsten zijn verstuurd vanaf maart 1999, voor drie beroepsgroepen was hierdoor de tijd tussen de visitatie en het versturen van de evaluatievragenlijst voor een aantal gevisiteerden groter dan zes maanden. Gemiddeld is de tijd tussen visitatie en het invullen van de evaluatievragenlijst voor podotherapeuten 10.3 maanden, voor fysiotherapeuten 10.1 maanden en voor oefentherapeuten-Cesar 7.6 maanden. De evaluatievragenlijsten voor de overige beroepsgroepen konden voor alle gevisiteerden wel 6 maanden na de visitatie worden verstuurd. De gemiddelde tijd tussen visitatie en invullen is voor mondhygiënisten 8.2 maanden, voor oefentherapeuten-Mensendieck 8.0 maanden en voor diëtisten 7.2 maanden.

3.1.2 Werksetting gevisiteerden

De setting waarin de gevisiteerden werkzaam zijn verschilt tussen beroepsgroepen en soms ook binnen een beroepsgroep. In tabel 3.2 staat weergegeven of de gevisiteerden intra- of extramuraal werkzaam zijn, in dienstverband werken of vrijgevestigd zijn, en of zij hun werkzaamheden solistisch uitvoeren of in een team van beroepsgenoten.

Tabel 3.2: Werksetting gevisiteerden: aantallen per beroepsgroep

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)
Intramuraal	13	10	-	-	-	-
Extramuraal	-	-	8	6	1	8
Dienstverband	13	10	1	-	-	-
Vrijgevestigd	-	-	13	10	4	14
Solistisch	10	-	6	9	2	10
Team	3	10	4	2	1	5

D = Diëtisten
 F = Fysiotherapeuten
 M = Mondhygiënisten
 oC = oefentherapeuten-Cesar
 oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 P = Podotherapeuten

De gevisiteerde diëtisten werken intramuraal (in verpleeghuizen), evenals de fysiotherapeuten (in algemene ziekenhuizen), de overige beroepsgroepen zijn extramuraal werkzaam. De vraag over het werken in dienstverband is door veel gevisiteerden niet ingevuld; van de extramuraal werkzamen die deze vraag wel hebben beantwoord is het merendeel vrijgevestigd.

De visitaties bij diëtisten en fysiotherapeuten betreffen niet een individuele beroepsbeoefenaar maar de hele afdeling diëtetiek of fysiotherapie. De afdelingen diëtetiek waarop de diëtisten werkzaam zijn zijn klein: 10 diëtisten werken solistisch. Alle fysiotherapeuten werken in een team, deze teams variëren in omvang van 2 tot 23 fysiotherapeuten (niet in tabel).

Van de beroepsbeoefenaren die extramuraal werkzaam werkt het merendeel solistisch, ongeveer een derde werkt in een team.

3.1.3 Kwaliteitsactiviteiten gevisiteerden

De meeste beroepsgroepen zijn pas in het BKPZ-programma gestart met visitaties. Veel gevisiteerden zijn ook bij andere kwaliteitsactiviteiten actief (zie tabel 3.3). Sommige gevisiteerden zijn zelf visiteur, een groot deel van de gevisiteerden neemt deel aan intercollegiale toetsing. Andere kwaliteitsactiviteiten zoals bijvoorbeeld het deelnemen aan (kwaliteits-)werkgroepen binnen de beroepsgroep of kwaliteitsactiviteiten binnen de instelling worden ook uitgevoerd.

Tabel 3.3: Kwaliteitsactiviteiten gevisiteerden: aantallen per beroepsgroep

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Visiteur	-	2	1	-	4	3	12 (16%)
Intercollegiale toetsing	7	5	10	6	3	-	31 (42%)
Andere kwaliteitsactiviteit	4	4	-	2	1	5	16 (22%)
Geen	2	1	3	2	0	6	14 (19%)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

3.1.4 Overwegingen om gevisiteerd te worden

De paramedische visitaties zijn vrijwillig; de overwegingen om gevisiteerd te willen worden kunnen van persoon tot persoon, of van beroepsgroep tot beroepsgroep, verschillen. In de evaluatievragenlijsten zijn verschillende mogelijkheden voorgelegd (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4: Overwegingen om gevisiteerd te worden: aantallen per beroepsgroep

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Bevestiging	8	4	15	4	3	9	43 (59%)
Verbeteren	11	10	16	9	4	12	62 (85%)
Imago	5	4	6	2	1	6	24 (33%)
Externe partijen	4	2	6	1	3	1	17 (23%)
Anders	3	4	2	5	1	4	19 (26%)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

De belangrijkste overweging om gevisiteerd te willen worden is om verbeteringen aan te kunnen brengen in de praktijkvoering of het afdelingsbeleid, 85% van alle gevisiteerden noemt deze reden.

Een andere overweging die voor veel gevisiteerden geldt is het krijgen van bevestiging dat de praktijkvoering of het afdelingsbeleid in orde is (59%). In vergelijking met de andere beroepsgroepen wordt deze reden vaker genoemd door de mondhygiënisten.

Een derde van de gevisiteerden wilde gevisiteerd worden om het imago van de beroepsgroep te verbeteren. Een kwart van de gevisiteerden wil de visitatie gebruiken om aan externe partijen zoals patiënten, collega's en verwijzers, te tonen dat de praktijkvoering of het afdelingsbeleid in orde is.

Ruim een kwart van de gevisiteerden noemt een andere reden. Deze redenen zijn in een aantal gevallen te herleiden tot een van de al genoemde redenen. Andere redenen zijn onder andere het verkrijgen van inzicht in de praktijkvoering en het geven van een goed voorbeeld omdat men bijvoorbeeld zelf visiteur is of kwaliteitscoördinator.

3.1.5 Tijdsinvestering en voorbereidingen

In verband met de visitatie moet door een gevisiteerde een aantal activiteiten uitgevoerd worden. Het invullen van de visitatievragenlijsten (ter informatie voor het visitatieteam) en de voorbereiding op de visitatie gaan aan de visitatie vooraf. Daarna volgen het bezoek van het visitatieteam en het lezen en eventueel corrigeren van het visitatieverslag. Om een beeld te krijgen van deze activiteiten is gevraagd hoeveel tijd deze afzonderlijke activiteiten kostten (tabel 3.5), en welke specifieke activiteiten (uitgezonderd de al genoemde activiteiten) men heeft uitgevoerd direct voorafgaand aan het bezoek van het visitatieteam (tabel 3.6).

Tabel 3.5: Tijdsinvestering in uren: gemiddelden per beroepsgroep

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73) (min-max)
Invullen vragenlijsten	2.5	6.4	2.5	1.9	1.8	1.5	2.6 (0.5-12.0)
Vorbereiding visitatie	2.2	5.4	4.0	1.1	1.3	1.0	2.5 (0.0-40.0) ¹
Bezoek visitatieteam	4.8	7.3	4.3	4.0	4.2	4.2	4.7 (2.0-10.0)
Lezen/corrigeren verslag	1.8	2.3	1.7	1.0	1.3	0.8	1.5 (0.0-4.0)
Overig	1.4	0.8	0.3	0.2	0.4	0.7	0.5 (0.0-13.0)
Totaal	12.8	22.4	10.2	8.2	8.7	7.6	11.4 (3.0-34.0)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

¹ Een mondhygiënist heeft 40 uur besteed aan de voorbereiding van de visitatie.

Gemiddeld zijn de gevisiteerden 2.6 uur bezig geweest met het invullen van de visitatievragenlijsten; fysiotherapeuten hebben daar, waarschijnlijk als gevolg van de grote afdelingen en het feit dat het een afdelingsvisitatie betreft, meer tijd voor nodig dan de andere beroepsgroepen. De voorbereiding op de visitatie kost ongeveer even veel tijd¹.

Afdelingsvisitaties bij fysiotherapeuten nemen een hele dag in beslag, de overige visitaties een halve dag. Dit komt tot uitdrukking in de uren die aan de visitatie zelf besteed worden. Aan overige activiteiten zijn gevisiteerden gemiddeld slechts een half uur kwijt.

In de vragenlijsten is vervolgens gevraagd om een specificatie van de activiteiten die men heeft uitgevoerd ter voorbereiding op de visitatie, er kon meer dan een antwoord gegeven worden (tabel 3.6).

Tabel 3.6: Voorbereidende activiteiten: aantallen per beroepsgroep (meer dan één activiteit mogelijk)

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73) %
Niets	9	6	9	3	2	10	39 (53)
Praktijkruimte schoon	0	0	5	3	2	7	17 (23)
Administratie in orde	2	0	3	2	0	1	8 (11)
Anders	3	4	4	4	2	2	19 (26)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

Ruim de helft van de gevisiteerden heeft niets gedaan ter voorbereiding op de visitatie (afgezien van het invullen van de vragenlijsten). Er zijn daarbij geen grote verschillen tussen de beroepsgroepen. De overige gevisiteerden maakten de praktijkruimte schoon of brachten de administratie in orde. Een kwart van de gevisiteerden gaf aan buiten de genoemde activiteiten om ook nog andere voorbereidingen te hebben getroffen. Deze voorbereidingen variëren van het verzorgen van koffie en koekjes en de laatste puntjes op de 'i' zetten tot voorbereidende gesprekken, patiënten inlichten en de benodigde documenten klaarleggen.

¹ Indien het gemiddelde berekend wordt over alle waarden minus de persoon die 40 uur heeft besteed aan de voorbereiding, dan is het gemiddelde 1.9 uur.

3.2 Feedback

Een van de belangrijkste aspecten van een visitatie is de feedback die wordt gegeven. Tijdens het visitatiebezoek wordt al een deel van deze feedback mondeling gegeven. Naar aanleiding van de ingevulde visitatievragenlijsten, het gesprek met de gevisiteerde, gesprekken met andere betrokkenen, enquêtes van verwijzers en patiënten of de observatie van een behandeling worden de bevindingen van het visitatieteam mondeling samengevat aan het eind van het bezoek. Daarna wordt een verslag opgesteld van de visitatie met aanbevelingen ter verbetering voor de gevisiteerde.

In het kader van deze evaluatie zijn met name de aanbevelingen van belang. De kwaliteit van de aanbevelingen geeft aan of de visitaties een goede manier zijn om de kwaliteit van de praktijkvoering te verbeteren. In de evaluatievragenlijst is gevraagd naar het aantal aanbevelingen dat aan de gevisiteerde is gegeven en of men dit aantal te veel, genoeg of te weinig vond. Verder wordt gevraagd hoeveel van de aanbevelingen nieuw of verrassend waren.

Toelichting:

Het doel van visitatie is het verkrijgen van inzicht in het handelen. Het gaat er derhalve om dat de aanbevelingen zogenaamde ‘witte plekken’ in het handelen van paramedici blootleggen. Het aantal nieuwe of verrassende aanbevelingen kan dus een indicatie zijn voor de kwaliteit van de aanbevelingen. Anderzijds geeft het aantal onverwachte aanbevelingen ook aan in welke mate de gevisiteerde voorbereid was op de visitatie: weinig onverwachte aanbevelingen kan een goede voorbereiding betekenen. Er is daarom ook gevraagd welk aantal van de aanbevelingen de gevisiteerde van plan is op te volgen. Een groot aantal aanbevelingen dat men van plan is op te volgen is een tweede indicatie voor de kwaliteit van de aanbevelingen².

De redenen voor het niet opvolgen van aanbevelingen kunnen uiteenlopend zijn. Aanbevelingen kunnen in de ogen van de gevisiteerde bijvoorbeeld niet relevant zijn, niet zinvol of niet haalbaar. In de vragenlijst voor gevisiteerden is gevraagd naar het onderwerp van de aanbevelingen die men niet op gaat volgen en de reden daarvoor. Ter toelichting zullen enkele citaten uit de vragenlijsten in dit rapport worden opgenomen³.

In de vragenlijst is niet gevraagd naar de inhoud van alle aanbevelingen die zijn gegeven. Uit de inhoud van een aanbeveling is niet de kwaliteit af te leiden zonder de specifieke omstandigheden van de gevisiteerde zelf te kennen⁴. Bovendien is niet zozeer de inhoud van aanbevelingen relevant, maar de verbeteringen die men heeft aangebracht naar aanleiding van de visitatie en de aanbevelingen.

In tabel 3.7 staat per beroepsgroep aangegeven hoeveel aanbevelingen er gemiddeld bij een visitatie zijn gegeven, de range van het aantal aanbevelingen, hoeveel aanbevelingen daarvan gemiddeld nieuw of verrassend waren, hoeveel aanbevelingen men van plan is op te volgen en hoeveel men niet van plan is op te volgen (gemiddelden).

2 Nieuwe of verrassende aanbevelingen zouden ook ‘slechte’, ‘onverwachte’ aanbevelingen kunnen zijn. Of dit zo is kan niet worden nagegaan. Echter door het vragen of men van plan is de aanbevelingen op te volgen ondervangt deze mogelijkheid grotendeels.

3 De argumenten voor het niet opvolgen van aanbevelingen zullen mogelijk in een nog uit te voeren verdiepingstudie nader geanalyseerd worden door middel van inhoudsanalyse.

4 Argumenten die hier eveneens een rol bij spelen zijn de privacy van de gevisiteerde en de omvang van de aanbevelingen: deze zijn vaak complex en samengesteld uit meerdere deelaanbevelingen. Het zou te veel van de gevisiteerden vragen om deze in de evaluatievragenlijst over te nemen.

Bij de 73 visitaties zijn er totaal 616 aanbevelingen gegeven, gemiddeld is dit 8.6 aanbevelingen per visitatie. Het aantal aanbevelingen is het laagst bij oefentherapeuten-Mensendieck en het hoogst bij mondhygiënisten⁵.

Gemiddeld is het aantal aanbevelingen dat nieuw of verrassend is 2.0. Bij 49 gevisiteerden was er minstens één aanbeveling nieuw (niet in tabel); bij 20 gevisiteerden zijn er geen nieuwe of verrassende aanbevelingen gegeven. Dit betekent dat bij 70% van de visitaties 'witte vlekken' blootgelegd zijn. Het grote aantal aanbevelingen dat niet nieuw was betekent dat de gevisiteerden goed voorbereid waren op de visitatie. De aanbevelingen die deze personen hebben gekregen werden wel verwacht, van de tekortkomingen was men op de hoogte.

Tabel 3.7: Aanbevelingen: aantallen per beroepsgroep

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Gemiddeld aantal aanbevelingen	8.4	9.6	11.4	7.6	6.6	6.9	8.6 ¹
Min-max aantal aanbevelingen	6-14	7-12	5-18	6-13	4-9	1-19	1-19
Gemiddeld aantal nieuw/verrassend	2.2	1.2	2.9	1.2	1.0	2.1	2.0 ²
Aantal van plan opvolgen	5.0	7.1	8.5	4.5	4.0	4.5	5.9 ³
Aantal niet opvolgen	2.6	2.2	1.1	1.2	1.7	1.3	1.6 ⁴

D = Diëtisten

oC = oefentherapeuten-Cesar

F = Fysiotherapeuten

oM = oefentherapeuten-Mensendieck

M = Mondhygiënisten

P = Podotherapeuten

1 In totaal zijn er 616 aanbevelingen gegeven.

2 117 aanbevelingen waren nieuw of verrassend.

3 102 aanbevelingen gaat men niet opvolgen.

4 388 aanbevelingen gaat men opvolgen.

Het aantal aanbevelingen dat men van plan is op te volgen is gemiddeld 5.9, het aantal dat men niet op gaat volgen is gemiddeld 1.6⁶. Achttien gevisiteerden zullen alle aanbevelingen opvolgen, 19 gevisiteerden volgen 1 aanbeveling niet op, 10 gevisiteerden volgen 2 aanbevelingen niet op, 16 gevisiteerden volgen 3 tot 6 aanbevelingen niet op, 10 gevisiteerden hebben deze vraag niet beantwoord (niet in tabel). Dit betekent een totaal van 102 aanbevelingen dat niet opgevolgd wordt, dit is 16.6% van de aanbevelingen. Dit percentage geeft aan dat slechts een gering percentage aanbevelingen gezien wordt als niet haalbaar, relevant en/of zinvol⁷.

Er is geen groot verschil tussen de beroepsgroepen in het aantal aanbevelingen dat niet opgevolgd wordt. Opvallend is dat bij mondhygiënisten gemiddeld het meeste aanbevelingen worden gegeven, en dat deze beroepsgroep ook het laagste gemiddelde heeft van aanbevelingen die niet opgevolgd zullen worden.

5 Het aantal aanbevelingen dat aan een gevisiteerde wordt gegeven is geen indicatie voor de kwaliteit van de praktijkvoering. Het uitgangspunt bij visitatie is dat er altijd wel iets te verbeteren valt; ook bij gevisiteerden die hun zaken goed voor elkaar hebben zullen dus aanbevelingen voor verbetering worden gegeven.

6 Bij elkaar opgeteld is dit aantal niet gelijk aan het aantal aanbevelingen. De reden hiervoor is niet bekend; mogelijk zijn dit aanbevelingen waarvan men nog niet zeker weet of ze opgevolgd zullen worden. De oorzaak kan ook slordigheid bij het invullen van de evaluatievragenlijst zijn.

7 Diëtisten volgen 61% van de aanbevelingen op, podotherapeuten 62%, oefentherapeuten-Cesar 67%, oefentherapeuten-Mensendieck 72%, fysiotherapeuten 74% en mondhygiënisten 79%.

Ter toelichting zullen enkele aanbevelingen die niet opgevolgd worden hier worden weergegeven met de reden voor het niet opvolgen. Omdat ook deze redenen veelal in hun context gezien moeten worden, zullen ze hier zonder verder commentaar worden weergegeven.

Aanbeveling: *“aanschaf van een kamerscherm”*

Argument oefentherapeut-Cesar voor het niet opvolgen: *“De manier van aan- en uitkleden is een observatiemoment. Ik heb nog nooit via patiënt of verwijzende huisarts feedback gekregen dat dit een probleem zou zijn.”*

Aanbeveling: *“werk overhevelen naar de voedingsassistente/verzorgende”*

Argument diëtist voor het niet opvolgen: *“Dan raak ik het overzicht/controle kwijt. Ik kan het beter zelf doen in plaats van hen controleren.”*

Aanbeveling: *“glazen vervangen door plastic spoelbekers”*

Argument mondhygiënist voor het niet opvolgen: *“Volgens de W.I.P. richtlijnen zijn de spoelglazen na desinfectie in een thermodesinfector (Miele) veilig / schoon genoeg om te gebruiken.”*

3.3 Inzichten

Visitatie voor paramedici is een educatief instrument. Met dit instrument kan kwaliteitsverbetering gerealiseerd worden doordat als gevolg van de visitatie en de feedback het inzicht in het eigen handelen vergroot wordt. Een deel van de feedback die tijdens een visitatie gegeven wordt is indirect van andere belanghebbenden afkomstig. Als onderdeel van de visitatie wordt namelijk bij sommige beroepsgroepen gevraagd naar de mening van belanghebbenden zoals verwijzers of patiënten. Deze inbreng van buitenaf kan bijdragen aan de bewustwording van sterke of zwakke kanten.

In de evaluatievragenlijsten is gevraagd of de gevisiteerden als gevolg van de visitatie bewust zijn geworden van de sterke kanten van hun praktijkvoering en van de zwakke kanten van de praktijkvoering. Voor deze vragen is een lijst met aspecten van de praktijkvoering en van het zorgproces gebruikt die in de visitatievragenlijst aan de orde komen. Deze aspecten zijn in het voorgaande hoofdstuk weergegeven in tabel 2.6. Van elk aspect kon de gevisiteerde aangeven of hij/zij zich als gevolg van de visitatie niet, enigszins of wel bewust geworden is van de sterke kanten en van de zwakke kanten.

De lijsten met aspecten van de praktijkvoering bestaan uit 11 tot 14 aspecten, met een gemiddelde van 12.7. Voor iedere beroepsgroep is nagegaan van gemiddeld hoeveel aspecten de gevisiteerden zich wel, enigszins en niet bewust geworden zijn van sterke respectievelijk zwakke aspecten. Omdat het aantal aspecten verschilt per beroepsgroep zijn deze getallen niet onderling vergelijkbaar. Om vergelijking tussen beroepsgroepen mogelijk te maken is tussen haakjes het percentage aangegeven: het aantal aspecten waarvan men zich wel/enigszins/niet bewust is geworden gedeeld door het totaal aantal aspecten voor die betreffende beroepsgroep (maal 100)⁸. Een overzicht van de resultaten staat in de tabellen 3.8 en 3.9

8 De lijsten bestaan uit de volgende aantallen aspecten: diëtisten 11, fysiotherapeuten 14, mondhygiënisten 13, oefentherapeuten-Cesar 13, oefentherapeuten-Mensendieck 13, podotherapeuten 12.

Tabel 3.8: Mate van bewustwording van sterke kanten van de praktijkvoering: gemiddeld aantal aspecten per beroepsgroep (tussen haakjes staat het percentage van het totale aantal aspecten)¹

Mate van bewustwording	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Wel	3.2 (29%)	4.4 (31%)	4.9 (38%)	3.7 (29%)	4.8 (37%)	4.4 (36%)	4.2 (33%)
Enigszins	2.0 (18%)	3.1 (22%)	2.6 (20%)	2.9 (22%)	3.2 (25%)	2.3 (19%)	2.6 (20%)
Niet	3.0 (27%)	5.6 (40%)	3.6 (28%)	3.2 (24%)	4.8 (37%)	3.9 (33%)	3.9 (31%)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

1 De percentages per beroepsgroep tellen niet op tot 100; dit is het gevolg van missende waarden.

Gemiddeld zijn gevisiteerden zich van 4.2 aspecten bewust geworden van hun sterke kanten. Omgerekend naar percentages betekent dit een derde van de aspecten van de praktijkvoering. Van een vijfde van de aspecten (20%) zijn zij zich enigszins bewust geworden van hun sterke kanten. Van iets minder dan de helft van de aspecten is men zich niet bewust geworden van sterke kanten. Dit hoeft niet te betekenen dat men geen sterke kanten heeft ten aanzien van deze aspecten: gevisiteerden kunnen zich ook voor de visitatie al bewust geweest zijn van hun sterke kanten ten aanzien van deze aspecten.

Indien de percentages vergeleken worden tussen de beroepsgroepen blijkt dat deze elkaar niet veel ontlopen.

Tabel 3.9: Mate van bewustwording van zwakke kanten van de praktijkvoering: gemiddeld aantal aspecten per beroepsgroep (tussen haakjes staat het percentage van het totale aantal aspecten)¹

Mate van bewustwording	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Wel	1.6 (15%)	2.4 (17%)	2.8 (21%)	1.8 (14%)	0.6 (5%)	1.6 (13%)	1.9 (15%)
Enigszins	1.5 (13%)	2.5 (18%)	2.4 (19%)	2.1 (16%)	1.0 (8%)	2.7 (22%)	2.2 (17%)
Niet	1.5 (14%)	7.8 (56%)	4.7 (36%)	5.0 (38%)	6.2 (48%)	6.1 (50%)	5.0 (40%)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

1 De percentages per beroepsgroep tellen niet op tot 100; dit is het gevolg van missende waarden.

Gevisiteerden zijn zich over gemiddeld 1.9 aspecten van de praktijkvoering bewust geworden van hun zwakke kanten. De getallen lopen meer uiteen dan bij de sterke kanten. Met name de percentages aspecten waarvan men zich niet bewust geworden is van zwakke kanten variëren: van 14% tot meer dan de helft (56%) van de aspecten.

In het kader van de visitaties zijn bij fysiotherapeuten gesprekken gevoerd met andere partijen, bij diëtisten en podotherapeuten zijn vragenlijsten ingevuld door specialisten, verwijzers en patiënten, bij oefentherapie-Mensendieck is een behandeling geobserveerd. In de evaluatievragenlijsten is gevraagd welk effect de gesprekken, vragenlijsten of observatie en de feedback daarop

hebben gehad: nieuwe inzichten of bevestiging van zaken die al bekend waren. In tabel 3.10 staan de resultaten weergegeven.

Tabel 3.10: Aantallen gevisiteerden met effecten van gesprekken met belanghebbenden (fysiotherapeuten), vragenlijsten ingevuld door o.a. verwijzers, verzorgenden en patiënten (diëtisten en podotherapeuten) of de observatie van een behandeling (oefentherapeuten-Mensendieck)¹

Effect	D (13)	F (10)	oM (5)	P (11)	Totaal (39)
Nieuwe inzichten	6	1	1	3	11
Bevestiging	11	10	4	9	34
Anders	3	2	1	3	9

D = Diëtisten

oC = oefentherapeuten-Cesar

F = Fysiotherapeuten

oM = oefentherapeuten-Mensendieck

M = Mondhygiënisten

P = Podotherapeuten

1 De aantallen tellen niet op tot het totale aantal respondenten per beroepsgroep omdat er meer dan een antwoord op deze vraag kon worden gegeven.

Bij fysiotherapeuten zijn in alle gevallen gesprekken gevoerd met de leidinggevenden van de verpleegafdelingen neurologie en orthopedie, vertegenwoordigers van de maatschappen neurologie en orthopedie en met het management (niet in tabel). Deze gesprekken hebben in alle gevallen geleid tot bevestiging van zaken die al bekend waren en in één geval tot nieuwe inzichten.

Bij diëtisten zijn vragenlijsten ingevuld door 1 tot 10 patiënten (gemiddeld 4), door 2 tot 8 verzorgenden of voedingsassistenten (gemiddeld 5), door 1 tot 4 verpleeghuisartsen (gemiddeld 2) en met drie anderen (niet in tabel). Deze vragenlijsten hebben in 6 gevallen geleid tot nieuwe inzichten.

Na de pilotfase hebben podotherapeuten hun visitatiemethode bijgesteld en zijn vragenlijsten voor verwijzers en patiënten toegevoegd. Elf podotherapeuten geven aan hiervan gebruik te hebben gemaakt. Gemiddeld zijn er door 13 patiënten vragenlijsten ingevuld (4-25) en door 8 verwijzers (3-15). Bij 3 van de 11 podotherapeuten hebben deze vragenlijsten en de feedback die daarop gegeven is geleid tot nieuwe inzichten.

De observatie van een behandeling heeft bij 1 oefentherapeut-Mensendieck geleid tot nieuwe inzichten, bij de overigen tot bevestiging van zaken die al bekend waren. Bij de vier beroepsgroepen tezamen hebben de inbreng door belanghebbenden bij 28% van de gevisiteerden geleid tot nieuwe inzichten.

3.4 Verbeteringen

Het aanbrengen van verbeteringen is geen onderdeel van de visitatie zelf; het is een effect van de feedback en de vergroting van het inzicht. De evaluatievragenlijsten zijn een half jaar na de visitatie aan de gevisiteerden gestuurd. Op deze wijze hebben de gevisiteerden al enige tijd gehad om eventuele verbeteringen aan te brengen en kan er onderscheid gemaakt worden tussen verbeteringen die al gerealiseerd zijn en verbeteringen waar men nog plannen voor heeft.

In de evaluatievragenlijst is de lijst met aspecten van de praktijkvoering en van het zorgproces gebruikt die in de visitatievragenlijst aan de orde komen. Deze aspecten zijn in het voorgaande hoofdstuk weergegeven in tabel 2.6. Van elk aspect kon de gevisiteerde aangeven of er al verbeteringen waren gerealiseerd, of hij/zij nog bezig was met het uitvoeren van verbeteringen of dat er plannen waren om verbeteringen op korte termijn of lange termijn uit te voeren.

In tabel 3.11 staat per beroepsgroep het gemiddeld aantal aspecten waarvoor men al verbeteringen gerealiseerd heeft, het aantal waar men nog mee bezig is, de aantallen verbeteringen

die men nog wil realiseren op korte dan wel op lange termijn en het aantal aspecten van de praktijkvoering waarvoor men geen plannen heeft. Om de getallen onderling (tussen beroepsgroepen) vergelijkbaar te maken zijn de percentages berekend van het totale aantal aspecten van de praktijkvoering dat aan de respectievelijke beroepsgroepen is voorgelegd (zie voetnoot 6).

Tabel 3.1.1: Gemiddeld aantal aspecten ten aanzien waarvan verbeteringen al gerealiseerd zijn, waarmee men nog bezig is of waar men nog plannen voor heeft per beroepsgroep (percentages van het totale aantal aspecten tussen haakjes)

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73) range
Al gerealiseerd	0.7 (6%)	0.8 (6%)	3.1 (24%)	0.7 (6%)	4.6 (35%)	0.8 (6%)	1.5 (0-11) (12%)
Mee bezig	1.8 (17%)	3.0 (21%)	2.4 (18%)	3.0 (23%)	5.2 (40%)	2.2 (19%)	2.6 (0-12) (21%)
Korte termijn	0.8 (8%)	1.5 (11%)	0.7 (5%)	0.9 (7%)	0.8 (6%)	0.7 (6%)	0.9 (0-5) (7%)
Lange termijn	0.7 (6%)	1.1 (8%)	0.9 (7%)	0.5 (4%)	0.0 (0%)	1.2 (10%)	0.8 (0-5) (7%)
Geen plan	3.2 (29%)	6.2 (44%)	5.1 (39%)	4.9 (38%)	0.8 (6%)	5.5 (46%)	4.7 (0-13) (37%)

D = Diëtisten oC = oefentherapeuten-Cesar
 F = Fysiotherapeuten oM = oefentherapeuten-Mensendieck
 M = Mondhygiënisten P = Podotherapeuten

Gemiddeld hebben de gevisiteerden verbeteringen aangebracht bij 1.5 aspecten van de praktijkvoering, met 2.6 aspecten zijn zij nog bezig. Oefentherapeuten-Mensendieck en mondhygiënisten hebben al veel verbeteringen gerealiseerd in vergelijking met andere beroepsgroepen, ook het aantal verbeteringen waarmee men nog bezig is is bij oefentherapeuten-Mensendieck het grootst.

De aantallen aspecten waarvoor men op korte of lange termijn plannen heeft lopen niet veel uiteen tussen de beroepsgroepen. Uit de tabel valt af te leiden dat de meeste veranderingen binnen 6 maanden worden opgestart: 4.1 verbeteringen zijn al gerealiseerd of al gestart (1.5+2.6), er zijn plannen voor 1.7 verbeteringen (0.9+0.8).

Tabel 3.11 gaat over gemiddelde aantallen *aspecten* waarvoor verbeteringen gerealiseerd worden. Uit deze tabel kan niet afgeleid worden hoeveel *gevisiteerden* daadwerkelijk verbeteringen uitvoeren of bijvoorbeeld geen verbeteringen uit zullen voeren. Twee gevisiteerden hebben geen plannen voor verbetering van aspecten van de praktijkvoering (beide zijn podotherapeut). Zeven personen hebben nog geen verbeteringen gerealiseerd en zijn ook niet bezig met verbeteringen, maar hebben wel plannen voor de korte of lange termijn (1 oefentherapeut-Cesar, 1 diëtist, 2 fysiotherapeuten, 1 mondhygiënist en twee podotherapeuten). Alle andere gevisiteerden hebben al één of meerdere verbeteringen gerealiseerd of zijn daar mee bezig, dit is 85% van de gevisiteerden⁹.

De zes beroepsgroepen hebben verbeteringen aangebracht op vrijwel alle aspecten van de praktijkvoering. Een compleet overzicht van alle aspecten waarvoor verbeteringen zijn aangebracht of nog worden aangebracht staat in bijlage 5.

⁹ Twee gevisiteerden hebben de betreffende vragen niet ingevuld.

In tabel 3.12 staat per beroepsgroep aangegeven voor welke drie aspecten de meeste verbeteringen zijn aangebracht.

Tabel 3.12: Top drie per beroepsgroep van aspecten van de praktijkvoering waarvoor de meeste verbeteringen zijn gerealiseerd of nu worden gerealiseerd

Diëtisten	<ol style="list-style-type: none"> 1. patiëntenadministratie 2. samenwerking met verwijzers 3. (kwaliteits)beleid, tijdsbesteding¹
Fysiotherapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1. patiëntenadministratie 2. organisatie 3. (kwaliteits)beleid, deskundigheidsbevordering
Mondhygiënisten	<ol style="list-style-type: none"> 1. patiëntenadministratie 2. organisatie, uitkomstevaluatie 3. deskundigheidsbevordering, behandelproces, hygiëne
Oefentherapeuten-Cesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. patiëntenadministratie, intercollegiale contacten 2. organisatie, deskundigheidsbevordering 3. financiën
Oefentherapeuten-Mensendieck	<ol style="list-style-type: none"> 1. uitkomstevaluatie, (kwaliteits)beleid, betrekken van de patiënt bij het zorgproces² 2. samenwerken met verwijzers, overige aspecten van het zorgproces 3. intercollegiale contacten, patiëntenadministratie, tijdsbesteding
Podotherapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1. deskundigheidsbevordering, hygiëne, accommodatie 2. samenwerking met verwijzers, patiëntenadministratie, uitkomstevaluatie 3. administratie, behandelproces, toegankelijkheid

1 Evenveel verbeteringen.

2 Onderdeel van de 4 stappen van het zorgproces die in de visitatievragenlijst van oefentherapeuten-Mensendieck aan de orde komen.

Verbeteringen ten aanzien van de patiëntenadministratie worden in elke top drie genoemd. Ook het kwaliteitsbeleid en het samenwerken met verwijzers worden vaak als verbeterpunten opgepakt. De verbeteringen betreffen hoofdzakelijk aspecten van de praktijkvoering; verbeteringen ten aanzien van (aspecten van) het behandelproces staan bij twee beroepsgroepen op de derde plaats. Bij oefentherapeuten-Mensendieck maakt het zorgproces een groot deel uit van de visitatievragenlijst. Bij deze beroepsgroepen worden wel veel aspecten van het zorgproces verbeterd.

3.5 Mening gevisiteerden over visitatie

Het doel van visitatie is het geven van feedback op het handelen, waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Indien door visitatie het inzicht vergroot wordt en er daadwerkelijk verbeteringen aangebracht worden, kan visitatie een effectief instrument voor kwaliteitsverbetering genoemd worden. Een belangrijke factor die bijdraagt aan de effectiviteit voor het instrument is de waardering voor het instrument. Indien de visitatie niet als prettig ervaren wordt zullen gevisiteerden minder geneigd zijn verbeteringen aan te brengen dan wanneer de visitatie wel prettig was. Bovendien kunnen gevisiteerden die een positieve mening hebben over visitatie andere leden van de beroepsgroep stimuleren zich eveneens te laten visiteren.

In de evaluatievragenlijst is daarom gevraagd naar de mening van de gevisiteerden over diverse aspecten van de eigen visitatie en naar de mening over visitatie in het algemeen.

Aspecten van de eigen visitatie

Over het algemeen vonden de gevisiteerden de samenstelling van het visitatieteam voldoende evenwichtig om over de praktijkvoering te kunnen oordelen: gemiddeld vond 88% het team evenwichtig genoeg. Fysiotherapeuten en mondhygiënisten vonden in alle gevallen het team evenwichtig genoeg, oefentherapeuten-Cesar in 73% van de gevallen. Sommige respondenten hebben hun antwoord waarom het team niet evenwichtig genoeg was beargumenteerd. Als redenen daarvoor worden onder andere genoemd de onervarenheid van het team, het gebrek aan variatie binnen een team en het niet deskundig zijn van de teamleden binnen de sector waarin de gevisiteerde werkzaam is.

Het aantal aanbevelingen dat gegeven is werd door 86% van de gevisiteerden goed bevonden. Eén gevisiteerde vond dit aantal te weinig, 9 gevisiteerden waaronder 3 diëtisten en 3 podotherapeuten vonden het aantal te veel.

Ongeveer driekwart van de gevisiteerden (74%) vindt dat er geen nadelen aan de visitatie verbonden zijn. Van de gevisiteerden die dat wel vinden wordt de tijdsbelasting als belangrijkste reden genoemd. Diëtisten zeggen het vaakst dat er nadelen aan visitatie verbonden zijn, namelijk 46%, geen van de oefentherapeuten-Mensendieck vindt dat dit het geval is. 89% van de gevisiteerden vindt dat er meer voor- dan nadelen aan visitatie verbonden zijn, 10% vindt de verhouding tussen voor- en nadelen gelijk (7 gevisiteerden) en 1 gevisiteerde vindt dat nadelen de overhand hebben.

Hoewel 26% van de gevisiteerden vindt dat er nadelen aan visitatie verbonden zijn, dit zijn 19 gevisiteerden, zijn er maar twee die een dergelijke visitatie niet meer zouden willen herhalen (beide zijn mondhygiënist). 67% van de gevisiteerden zou een dergelijke visitatie regelmatig willen doen, namelijk om de 2 of 5 jaar, 31% van de respondenten wil af en toe gevisiteerd worden.

Aan alle gevisiteerden is gevraagd om aan de diverse onderdelen van de visitatie een cijfer toe te kennen. Een overzicht hiervan staat in tabel 3.13.

Tabel 3.13: Tevredenheid met onderdelen van de visitatie

	D (13)	F (10)	M (16)	oC (11)	oM (5)	P (18)	Totaal (73)
Vragenlijst	7.3	7.8	7.6	8.0	7.9	6.7	7.5
Bezoek v. h. visitatieteam	7.5	7.7	7.7	8.2	7.9	7.4	7.7
Verslag	6.9	7.4	7.7	8.2	8.0	7.5	7.6
Aanbevelingen	7.1	7.2	7.3	7.8	7.7	6.9	7.3
Geheel	7.1	7.5	7.7	7.8	7.9	7.4	7.6

D = Diëtisten
F = Fysiotherapeuten
M = Mondhygiënisten
oC = oefentherapeuten-Cesar
oM = oefentherapeuten-Mensendieck
P = Podotherapeuten

Alle aspecten van de visitatie scoren gemiddeld tussen 7 en 8. Met de vragenlijst zijn podotherapeuten in vergelijking met de andere beroepsgroepen het minst tevreden. Het bezoek van het visitatieteam wordt door alle beroepsgroepen goed gewaardeerd, diëtisten zijn iets minder tevreden over het verslag, podotherapeuten over de aanbevelingen. De visitatie als geheel krijgt van alle beroepsgroepen een cijfer tussen de 7 en 8; oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck geven de hoogste waardering: respectievelijk een 7.8 en een 7.9.

Visitatie in het algemeen

Aan alle gevisiteerden is een lijst met uitspraken voorgelegd, deels over de eigen visitatie en deels over visitatie in het algemeen¹⁰. De uitspraken betreffen de waardering van visitatie, de acceptatie van visitatie en effecten van visitatie. De antwoorden konden gegeven worden op een 5-puntschaal: helemaal mee eens, mee eens, deels eens deels oneens, mee oneens, helemaal mee oneens. In tabel 3.14 zijn de resultaten weergegeven voor alle beroepsgroepen samen; de eerste twee antwoordcategorieën (helemaal mee eens, mee eens) en de laatste twee antwoordcategorieën (mee oneens, helemaal mee oneens) zijn samengevoegd.

Tabel 3.14: Percentage gevisiteerden dat het met uitspraken over visitatie in het algemeen eens respectievelijk oneens is (n=73)

	(helemaal) mee eens	(helemaal) mee oneens
Waardering:		
Deelname aan visitatie heb ik plezierig gevonden	75.4	2.8
Ik vond het totale beeld voor mijn afdelingsbeleid ¹ dat uit het visitatieverslag kwam herkenbaar	81.7	7.0
Visitatie is de beste manier om het afdelingsbeleid ¹ te toetsen	56.9	2.8
Ik zou elke afdeling (collega) aanraden zich te laten visiteren	94.5	4.1
Visitatie is goed bruikbaar als uitgangspunt voor nascholing	43.0	15.3
Indien van toepassing:		
Deelname aan visitatie hebben mijn collega's plezierig gevonden	85.7	0.0
Acceptatie:		
De visitatie is nogal belastend voor de bezochte afdeling (voor mij)	15.1	56.2
De visitatie is bedreigend voor mij	5.6	86.1
Het beoordeeld worden door collega's vind ik een probleem	4.1	84.9
Effecten:		
De visitatie was leerzaam voor mijn eigen afdelingsbeleid ¹	76.7	5.5
De visitatie heeft mijn interesse in het afdelingsbeleid ¹ vergroot	46.6	24.6
De visitatie heeft mijn interesse in andere kwaliteitsactiviteiten vergroot	35.6	34.2
De visitatie beantwoordt aan haar doel: namelijk het verbeteren van de kwaliteit van het afdelingsbeleid ¹	79.1	9.7
Visitatie zet meer aan tot verandering dan normale nascholing	42.4	15.1

1 Bij vrijgevestigden staat hier 'praktijkvoering', bij gevisiteerde afdelingen 'afdelingsbeleid'.

Het beeld dat uit tabel 3.14 naar voren komt is dat visitatie goed gewaardeerd wordt. Drie kwart van de gevisiteerden heeft visitatie plezierig gevonden, en nog meer gevisiteerden vonden het beeld dat uit het visitatieverslag kwam herkenbaar. Deze getallen worden versterkt door het hoge percentage gevisiteerden dat andere collega's aan zou raden zich ook te laten visiteren, namelijk 94.5%. Minder hoog scoort de uitspraak 'visitatie is de beste manier om het afdelingsbeleid of de praktijkvoering te toetsen'; iets meer dan de helft van de gevisiteerden is het hier mee eens. Hoewel de waardering voor visitatie hoog is vinden de meeste gevisiteerden niet dat visitatie bruikbaar is als uitgangspunt voor nascholing.

De mening van gevisiteerden over visitatie voorafgaand aan de daadwerkelijke visitatie zelf is niet bekend. Vaak wordt echter verondersteld dat visitatie bedreigend gevonden wordt. Terugkijkend op de visitatie is een meerderheid van de gevisiteerden van mening dat visitatie niet bedreigend is; ook het beoordeeld worden door collega's wordt niet als probleem ervaren. Ruim de helft van de gevisiteerden vindt visitatie niet belastend. Dit betekent dat een aanzienlijk aan-

10 Deze lijst is gedeeltelijk ontleend aan van den Hombergh (1998)

tal gevisiteerden, 15%, visitatie wel belastend vindt; 29% van de gevisiteerden neemt een middenpositie in.

Het doel van visitatie is het vergroten van inzicht in de eigen praktijkvoering. Ruim drie kwart van de gevisiteerden geeft aan dat de visitatie aan dat doel heeft beantwoord: de visitatie was leerzaam voor de praktijkvoering of het afdelingsbeleid. Bovendien heeft de visitatie geleid tot het verbeteren van de kwaliteit van de praktijkvoering of het afdelingsbeleid. De interesse voor kwaliteitsbeleid is door de visitatie niet vergroot.

4 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

De ontwikkeling en implementatie van visitatie is een van de thema's binnen het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). Dit rapport bevat de evaluatie door het Nivel van de projecten die binnen dit thema zijn uitgevoerd. In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en kort bediscussieerd. Daarna worden er conclusies getrokken op basis van de resultaten en discussie.

4.1 De ontwikkeling van visitatie

4.1.1 Inleiding

Binnen het BKPZ-programma hebben acht paramedische beroepsgroepen een methode voor visitatie ontwikkeld en uitgevoerd: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten. De beroepsgroepen zijn daarbij ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Het doel van visitatie is het geven van feedback waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Hoewel visitaties grotendeels gericht zijn op de praktijkvoering kunnen aspecten van de zorgverlening eveneens aan bod komen.

In het kader van de Nivel-evaluatie heeft bij aanvang van het BKPZ-programma een nulmeting plaatsgevonden bij de beroepsgroepen en de begeleidende instellingen. In deze nulmeting is vastgesteld wat het plan van aanpak was van de projecten en welke streefdoelen geformuleerd zijn. In de evaluatie van de visitatie-projecten is nagegaan of de projecten volgens plan zijn uitgevoerd en of de streefdoelen zijn gehaald. Daartoe is gebruik gemaakt van interviews met werkgroepleden en de projectleiding en van documentanalyse van de eindproducten. In vragenlijsten aan gevisiteerden zijn de ervaringen met visitatie en de gepercipieerde effecten van visitatie onderzocht.

De vraagstelling van de evaluatie van de visitatieprojecten was vierledig:

1. *Zijn de projecten volgens plan verlopen?*
2. *Zijn de streefdoelen van de projecten behaald?*
3. *Wat zijn de gepercipieerde effecten van visitatie?*
4. *Hoe waarden paramedici visitatie?*

4.1.2 Uitvoering volgens plan

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ontwikkelt visitatie in vijf fasen:

- A. Ontwikkelingsfase
- B. Testfase
- C. Ontwikkelen van een visitatieprogramma
- D. Uitvoeren van het visitatieprogramma
- E. Nazorg.

Alle beroepsgroepen hebben een visitatiemethode ontwikkeld en proefvisitaties gehouden (fasen A en B). Bovendien is er voor alle beroepsgroepen een visitatiereglement ontwikkeld, en voor 4 beroepsgroepen een onderbouwing van de visitatie die als basis dient voor de aanbevelingen die worden gegeven (fase C). Naar aanleiding van de proefvisitaties zijn de visitatiemethoden aangepast en zijn aanvullende visitaties gehouden door alle beroepsgroepen met uitzondering van de ergotherapeuten (fase D).

De uitvoering van de projecten heeft enkele maanden langer geduurd dan vooraf was gepland. Het BKPZ-programma is met toestemming van het College voor Zorgverzekeringen met vier maanden verlengd om afronding van projecten binnen het programma mogelijk te maken.

Naar aanleiding van de interviews en de documentanalyse kon vastgesteld worden dat de uitvoering van de projecten grotendeels volgens de voorgenomen fasen is verlopen. Daarmee kan vraagstelling 1 van deze evaluatie positief worden beantwoord. De vijf fasen zijn echter niet altijd in chronologische volgorde doorlopen: elementen uit fase C zijn uitgevoerd tijdens fase B. Ook zijn er extra activiteiten uitgevoerd: de ontwikkeling van een visitatiereglement en van een onderbouwing voor diverse beroepsgroepen. Geconcludeerd moet worden dat de vijf fasen niet strikt zijn gehanteerd. Tijdens het project zijn bijstellingen aangebracht en er zijn extra activiteiten uitgevoerd. Wel is het zo dat (vrijwel) alle voorgenomen activiteiten zijn uitgevoerd, zoals ook blijkt uit de gerealiseerde streefdoelen.

4.1.3 Streefdoelen

Bij de aanvang van het BKPZ-programma zijn streefdoelen vastgesteld ten aanzien van het aantal uit te voeren visitaties, het aantal op te leiden visiteurs, nazorg en overige activiteiten. Alle beroepsgroepen gezamenlijk hebben 185 visitaties uitgevoerd, dit zijn er drie meer dan was gepland. Ergotherapeuten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en podotherapeuten hebben het geplande aantal visitaties uitgevoerd, diëtisten vijf en oefentherapeuten-Mensendieck tien meer dan gepland. Fysiotherapeuten en radiologisch laboranten hebben minder visitaties uitgevoerd dan was gepland. Het traject voor fysiotherapeuten in revalidatie-instellingen is niet doorgegaan omdat er in deze instellingen al visitaties uitgevoerd werden waarbij ook de fysiotherapeuten betrokken waren. Voor radiologisch laboranten zijn minder visitaties uitgevoerd omdat er in plaats van één twee visitatiemethoden zijn ontwikkeld: een voor radiodiagnostisch laboranten en een voor radiotherapeutisch laboranten.

Alle beroepsgroepen hebben minstens het aantal visiteurs opgeleid dat was gepland, in totaal zijn er 101 visiteurs opgeleid in plaats van de geplande 53.

Nazorg ofwel follow-up is bedoeld om gevisiteerden ondersteuning te bieden bij het realiseren van verbeteringen. Vijf beroepsgroepen hadden deze activiteit gepland en ook uitgevoerd (diëtisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten). De beroepsgroepen hebben hiervoor verschillende varianten gekozen, variërend van individuele nazorg tot groepsbijeenkomsten voor meerdere beroepsgroepen gezamenlijk. Ook voor de visiteurs van deze beroepsgroepen is nazorg aangeboden. Het streefdoel voor deze beroepsgroepen betreft het aanbieden van nazorg aan gevisiteerden. Niet bekend is hoeveel gevisiteerden daadwerkelijk aan de nazorg hebben deelgenomen.

Een van de overige streefdoelen betrof een uitgeteste visitatiemethode: dit streefdoel is voor alle beroepsgroepen gerealiseerd. Voor podotherapeuten zou een visitatiereglement worden ontwikkeld, dit streefdoel is eveneens gerealiseerd; bovendien is ook voor de andere zeven beroepsgroepen een dergelijk document ontwikkeld. Een aantal streefdoelen zal nog gerealiseerd worden: voor alle beroepsgroepen zal een eindrapportage worden opgesteld met een lijst met eventuele knelpunten, en er zal een tijdschriftartikel worden geschreven.

Eén streefdoel kon niet gerealiseerd worden: het bleek niet mogelijk om op basis van het geplande aantal visitaties en binnen het tijdsbestek van het BKPZ-programma visitatienormen te ontwikkelen voor radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten.

Van de 57 streefdoelen die bij aanvang waren gesteld zijn of worden er 54 volledig gerealiseerd. Twee streefdoelen zijn gedeeltelijk gerealiseerd: de aantallen visitaties door fysiotherapeuten en radiologisch laboranten zijn tijdens het project bijgesteld en vervolgens gerealiseerd. Eén streefdoel tenslotte is niet gerealiseerd. Extra activiteiten die zijn uitgevoerd zijn de ontwikkeling van visitatiereglementen (voor 7 beroepsgroepen) en een onderbouwing

voor de visitatie voor 4 beroepsgroepen. Hiermee is een antwoord gegeven op vraagstelling 2 van deze evaluatie.

Enkele kanttekeningen moeten gemaakt worden bij de aantallen visitaties en opgeleide visiteurs. Het aantal gehouden visitaties is door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO vastgesteld aan het einde van de projecten en in het kader van de evaluatie meegedeeld aan het Nivel. Volgens het CBO zijn er 40 visitaties gehouden onder podotherapeuten. Ten tijde van deze evaluatie waren er echter al 44 adressen van gevisiteerden gemeld aan het Nivel. Van de overige beroepsgroepen waren nog niet alle adressen bij het Nivel bekend. Voor deze evaluatie is daarom uitgegaan van de aantallen die door het CBO zijn opgegeven.

Een andere kanttekening betreft het aantal opgeleide visiteurs. Er is geen inzicht in hoeverre eenmaal opgeleide visiteurs daadwerkelijk visitaties uitvoeren en hier ook voor beschikbaar blijven. Het opleiden van nieuwe visiteurs zal daarom ook in de toekomst aandacht vragen van de betrokken beroepsgroepen om in de behoefte te kunnen voorzien.

4.1.4 Eindproducten

Voor elke beroepsgroep is een op de beroepsgroep toegesneden methode voor visitatie ontwikkeld waarin de praktijkvoering centraal staat. Een goede praktijkvoering is een van de voorwaarden voor het verlenen van kwalitatief goede zorg (Berwick, 1989).

Aspecten van de praktijkvoering die in veel visitatievragenlijsten aan de orde komen zijn beleid en organisatie, intercollegiale contacten, samenwerking met verwijzers, bereikbaarheid, accommodatie, toegankelijkheid en deskundigheidsbevordering. Bij beroepsgroepen waarbij het van toepassing is zijn ook vragen opgenomen over de gebruikte apparatuur en materialen, dit is het geval bij ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Voor deze laatste beroepsgroep zijn ook vragen opgenomen over stralenhigiëne en de kwaliteitsbewaking van de gebruikte apparatuur.

Bij afdelingsvisitaties zijn specifieke aspecten van belang die niet aan de orde komen bij visitaties van vrijevestigden: personeelsbeleid en arbeidsomstandigheden.

In meer of mindere mate komt ook het proces van zorgverlening en de inhoud van de zorg aan de orde. De patiëntenadministratie en de evaluatie van de zorg komen bij op een na alle beroepsgroepen aan de orde tijdens de visitatie (radiodiagnostisch laboranten respectievelijk radiotherapeutisch laboranten). Door een meerderheid van de beroepsgroepen worden ook het behandelproces en de voorlichting aan patiënten beoordeeld.

Voor diëtisten, fysiotherapeuten radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten zijn afdelingsvisitaties ontwikkeld. In het kader van deze visitaties worden door het visitatieteam gesprekken gevoerd met bijvoorbeeld verwijzers, betrokken specialisten, de verpleging en verzorging en met patiënten.

Voor ergotherapeuten is een visitatiemethode ontwikkeld voor de extramurale ergotherapie, dit kunnen kleine afdelingen zijn maar ook vrijevestigden. Voor mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en podotherapeuten zijn de visitaties gericht op vrijevestigden. Na de pilotfase hebben de oefentherapeuten-Cesar en podotherapeuten patiënten-enquêtes en verwijzer-enquêtes toegevoegd.

Het kan een positief resultaat genoemd worden dat alle beroepsgroepen nu een beroepsgroep-specifieke methode voor visitatie hebben. Hoewel de globale aanpak van de visitatie bij alle beroepsgroepen min of meer hetzelfde is zijn de aspecten van de praktijkvoering en zorgverlening beroepsgroepspecifiek. Ook voor de diverse werkvelden binnen een beroepsgroep zijn verschillende methoden ontwikkeld: zo zijn er verschillende visitatievragenlijsten ontwikkeld voor afdelingen fysiotherapie in algemene ziekenhuizen en voor afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen. Voor radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn eveneens verschillende visitatiemethoden ontwikkeld.

4.2 Effecten van visitatie

4.2.1 Respons

Om de gepercipieerde effecten van visitatie vast te stellen en de mening van gevisiteerden over visitatie te onderzoeken zijn de gevisiteerden een half jaar na de visitatie benaderd met een schriftelijke evaluatievragenlijst. In deze vragenlijst is gevraagd naar informatie over de visitatie, de aanbevelingen die zijn gegeven, de bewustwording van sterke en zwakke kanten van de praktijkvoering, aangebrachte verbeteringen en de mening over visitatie.

Bij deze evaluatie zijn de visitaties betrokken waarvan de evaluatievragenlijsten eind juni 2000 waren geretourneerd, dit zijn de visitaties die tot en met november 1999 zijn gehouden. Van het totaal aantal van 185 visitaties die in het BKPZ-programma zijn gehouden waren er des-tijds 95 uitgevoerd, 73 gevisiteerden hebben uiteindelijk de evaluatievragenlijst geretourneerd (77%). Hoewel het versturen van de visitatievragenlijsten voor de meeste beroepsgroepen een half jaar na de visitatie kon geschieden, was de gemiddelde duur tussen visitatie en invullen van de visitatievragenlijst toch 8.7 maanden.

Van de gevisiteerden neemt 81%, naast visitatie, ook deel aan andere kwaliteitsactiviteiten zoals intercollegiale toetsing. In het algemeen kan gesteld worden dat het de voorlopers zijn binnen een beroepsgroep die het eerst deelnemen aan nieuwe (kwaliteits)activiteiten. Ook de gevisiteerden voldoen aan dit beeld.

Ook de argumenten van gevisiteerden om gevisiteerd te worden sluiten hierbij aan. 85% noemt als reden het verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden tot verbetering, 59% noemt het krijgen van bevestiging dat de praktijkvoering in orde is. Deze laatste groep gevisiteerden weet blijkbaar waar een goede praktijkvoering aan moet voldoen en wil bevestiging krijgen dat de eigen praktijkvoering daar ook aan voldoet.

Gemiddeld kost een visitatie, inclusief de voorbereidingen, 11.4 uur. Daarvan maakt het bezoek van het visitatieteam het grootste deel uit, visitaties duren een hele dag (fysiotherapeuten) of halve dag (overigen).

4.2.2 Feedback

Een van de belangrijkste aspecten van een visitatie is de feedback die wordt gegeven. De bevindingen van het visitatieteam naar aanleiding van de ingevulde visitatievragenlijsten, het gesprek met de gevisiteerde, gesprekken met andere betrokkenen, enquêtes van verwijzers en patiënten of de observatie van een behandeling worden vastgelegd in een verslag met aanbevelingen ter verbetering.

Voor deze evaluatie is het aantal aanbevelingen bepaald, het aantal aanbevelingen dat nieuw of verrassend is en het aantal aanbevelingen dat gevisiteerden van plan zijn om op te volgen. Gemiddeld zijn er in de visitatieverslagen 8.6 aanbevelingen gegeven, met een range van 1 tot 19 aanbevelingen. Dit gemiddelde ligt in de buurt van het aantal dat door het CBO als uitgangspunt wordt genomen, namelijk tien aanbevelingen. De gedachte achter visitatie is dat er altijd ontwikkelingen zijn in het werkveld waardoor er altijd wel iets te verbeteren valt; er worden altijd enkele aanbevelingen gegeven¹. Veel meer dan tien aanbevelingen zou echter demotiverend kunnen werken.

¹ Het uitgangspunt dat er altijd aanbevelingen worden gegeven ongeacht de kwaliteit van de praktijkvoering heeft als consequentie dat uit het aantal aanbevelingen niet de kwaliteit van de praktijkvoering afgeleid kan worden. Praktijken waarvan de kwaliteit van de praktijkvoering op een laag niveau is kunnen evenveel aanbevelingen krijgen als praktijken waarvan de praktijkvoering op hoog niveau staat. Het is niet bekend hoe gevisiteerden met een kwalitatief goede praktijkvoering het ervaren dat er desondanks aanbevelingen voor verbetering worden gegeven.

Van de gegeven aanbevelingen zijn er gemiddeld twee nieuw of verrassend. Bij 70% van de visitaties is minstens één nieuwe of verrassende aanbeveling gegeven. Hieruit kan afgeleid worden dat enerzijds bij een meerderheid van de visitaties zogenaamde witte vlekken zijn aange- toond. Anderzijds betekent het grote aantal niet-nieuwe aanbevelingen dat de respondenten goed voorbereid waren op de visitatie en zich bewust waren van eventuele verbeterpunten. Hoewel het aantal aanbevelingen dat niet nieuw was bijna 80% uitmaakt van alle aanbeve- lingen, zijn de gevisiteerden wel van plan deze aanbevelingen grotendeels op te volgen. Gemid- deld zullen slechts 1.6 aanbevelingen niet worden opgevolgd, dit is ongeveer een vijfde van de aanbevelingen.

Uit het aantal nieuwe aanbevelingen en het aantal dat men van plan is op te volgen kan ge- concludeerd worden dat de kwaliteit van de aanbevelingen goed was. De aanbevelingen zijn een goed uitgangspunt om de kwaliteit van de praktijkvoering te verbeteren.

Feitelijk zouden aanbevelingen die nieuw of verrassend zijn ook onverwachte, 'slechte' aan- bevelingen kunnen zijn; mogelijk zijn dit ook de aanbevelingen die niet opgevolgd worden. Ge- detailleerde informatie over de inhoud van en waardering voor de afzonderlijke aanbevelingen is niet verzameld zodat hier geen uitspraak over kan worden gedaan. De positieve mening over visitatie, het feit dat 77% van de gevisiteerden de visitatie als leerzaam heeft ervaren en het gemiddelde rapportcijfer 7.3 voor de aanbevelingen ondersteunen echter het idee de aanbeve- lingen over het algemeen als positief gezien kunnen worden (zie paragraaf 3.5 en 4.2.5).

4.2.3 Inzichten

Visitatie voor paramedici is een educatief instrument. Kwaliteitsverbetering kan gerealiseerd worden doordat als gevolg van de feedback het inzicht in het eigen handelen vergroot wordt. Het effect van de visitatie op het inzicht in het eigen handelen is nagegaan door te vragen of gevisiteerden zich bewust zijn geworden van hun sterke en zwakke kanten op het gebied van de praktijkvoering.

Gevisiteerden zijn zich van gemiddeld 6.8 aspecten van de praktijkvoering bewust of enigszins bewust geworden van hun sterke kanten. Dit is ruim de helft van de aspecten waarover gevisi- teerden hun mening konden geven. Van 4.1 aspecten zijn zij zich bewust of enigszins bewust geworden van zwakke kanten, dit is ongeveer een derde van de aspecten waarover een mening kon worden gegeven. Dit betekent dat men zich van twee derde van de aspecten van de prak- tikvoering niet bewust is geworden van zwakke kanten.

Uit deze gegevens kan de conclusie getrokken worden dat visitatie meer inzicht in sterke dan in zwakke kanten van aspecten van de praktijkvoering tot gevolg heeft. Of er ten aanzien van de overige aspecten van de praktijkvoering geen zwakke kanten zijn is niet duidelijk. Mogelijk waren gevisiteerden zich al voor de visitatie bewust van een aantal zwakke kanten, en heeft de visitatie slechts ten aanzien van een gering aantal aspecten nieuwe zwakke kanten aan het licht gebracht. Meer diepgaand onderzoek zal nodig zijn om dit te verduidelijken.

Bij de visitaties van een aantal beroepsgroepen zijn er gesprekken gevoerd met andere partijen of vragenlijsten ingevuld door specialisten, verwijzers en patiënten. Bij oefentherapeuten- Mensendieck is een behandeling geobserveerd. Deze activiteiten kunnen bijgedragen hebben aan het inzicht in de kwaliteit van de praktijkvoering. Bij 28% van de gevisiteerden was dat het geval en hebben deze activiteiten tot nieuwe inzichten geleid.

4.2.4 Verbeteringen

Aspecten van de praktijkvoering zijn bijvoorbeeld 'organisatie', 'kwaliteitsbeleid', 'bereikbaar- heid' en 'hygiëne'. Naar aanleiding van de visitatie kunnen gevisiteerden verbeteringen aan- brengen in deze aspecten; het aanbrengen van meerdere verbeteringen in één aspect is ook mogelijk².

2 Bijvoorbeeld (1) het gescheiden bewaren van gesteriliseerde en niet gesteriliseerde instrumenten en (2) de aanschaf van nieuwe sterilisatieapparatuur.

Gemiddeld hebben gevisiteerden 8.7 maanden na de visitatie verbeteringen aangebracht ten aanzien van 1.5 aspecten van de praktijkvoering, met 2.6 aspecten zijn zij nog bezig. De voorgenomen verbeteringen worden vrij snel na de visitatie uitgevoerd. Tegen 4.1 verbeteringen die al gerealiseerd zijn of nog gerealiseerd worden zijn er 1.7 verbeteringen gepland die nog uit zullen worden gevoerd op korte of lange termijn. Dit betekent dat bij bijna de helft van de aspecten van de praktijkvoering verbeteringen worden aangebracht. 85% van de gevisiteerden hebben al verbeteringen gerealiseerd of zijn daar mee bezig; slechts twee gevisiteerden hebben geen plannen voor verbeteringen.

Ten aanzien van 4.7 aspecten heeft men geen plannen voor verbetering. Dit lijkt in tegenspraak met de bevinding dat de meerderheid van de aanbevelingen opgevolgd zal worden. Ten aanzien van één aspect van de praktijkvoering kunnen echter meerdere aanbevelingen voor verbetering worden gegeven; daardoor is het mogelijk dat ondanks dat bijna de helft van de aspecten van de praktijkvoering niet verbeterd wordt toch een meerderheid van de aanbevelingen wordt opgevolgd.

Op vrijwel alle aspecten van de praktijkvoering worden door gevisiteerden verbeteringen aangebracht. Aspecten die veel genoemd worden zijn de patiëntenadministratie, kwaliteitsbeleid en samenwerken met verwijzers.

Tijdens de proefinterviews die ter voorbereiding op deze evaluatie zijn gehouden is dieper ingegaan op de aard van de aanbevelingen en de inspanningen die nodig zijn om de aanbevelingen te realiseren. Een aanbeveling om aparte telefoonnummers voor praktijk en privé zaken is eenvoudig te realiseren. Een aanbeveling om de krappe praktijkruimte aan huis te verruilen voor een grotere ruimte elders is dat niet en kan ook niet op korte termijn gerealiseerd worden. Ook uit de toelichting op aanbevelingen die niet gerealiseerd worden blijkt dat de inspanningen die nodig zijn uiteen kunnen lopen van het aanschaffen van een kamerscherm tot de begeleiding van stagiaires of het formuleren van een kwaliteitsbeleid voor de afdeling van de gevisiteerde.

Met de bovengenoemde bevindingen is een antwoord gegeven op vraagstelling drie van deze evaluatie: "wat zijn de gepercipieerde effecten van visitatie?". Het inzicht van gevisiteerden in hun sterke kanten en zwakke kanten is op een aantal aspecten verbeterd. Bovendien zijn er daadwerkelijk verbeteringen aangebracht op een derde van de aspecten van de praktijkvoering die tijdens de visitatie aan de orde zijn gekomen.

4.2.5 Mening gevisiteerden over visitatie

Een belangrijke factor die bij kan dragen aan de effectiviteit van visitatie is de waardering van gevisiteerden. Gevisiteerden gaven de visitatie gemiddeld het rapportcijfer 7.6. De cijfers voor de diverse onderdelen varieerden van een 6.9 voor het verslag bij diëtisten en de aanbevelingen bij podotherapeuten, tot een 8.2 van oefentherapeuten-Cesar voor het bezoek van het team en het verslag.

Een kwart van de gevisiteerden is van mening dat er ook nadelen aan visitatie verbonden zijn; dit betreft met name de benodigde tijdsinvestering. 97% wil echter de visitatie, ondanks eventuele nadelen herhalen, af en toe of op regelmatige basis. 95% zou ook anderen aanraden zich te laten visiteren. Hiermee is vraagstelling 4 van deze evaluatie, "hoe waarderen paramedici visitatie" beantwoord. Gevisiteerden zijn positief over de eigen visitatie en raden ook anderen aan om er aan deel te nemen. Hierbij moet aangetekend worden dat degenen die nu deelgenomen hebben aan visitatie als voorlopers binnen de beroepsgroep beschouwd kunnen worden. Bovendien zijn aan visitatie tot nog toe geen kosten voor de gevisiteerde verbonden. Indien in de toekomst ook niet-voorlopers deel gaan nemen aan visitatie en de kosten zelf gedragen moeten worden kan dit van invloed zijn op de mening over visitatie.

4.3 Tot slot

Het doel van visitatie is het geven van feedback op het eigen handelen, waardoor inzicht ontstaat in de eigen praktijkvoering en in de mogelijkheden tot verbetering daarvan. Vastgesteld kon worden dat de kwaliteit van de aanbevelingen goed was. Hoewel er weinig aanbevelingen helemaal nieuw of verrassend waren, zal een groot deel van de aanbevelingen wel opgevolgd worden.

Het inzicht van gevisiteerden is zowel op een aantal sterke als zwakke aspecten vergroot. Bovendien zijn er daadwerkelijk verbeteringen aangebracht, en zijn er nog plannen voor verbeteringen op de korte en lange termijn. Gecombineerd met de gunstige mening van gevisiteerden over visitatie kan visitatie een effectief instrument voor kwaliteitsverbetering voor paramedici genoemd worden.

Er is tot nu toe nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van visitatie. In publicaties die verschenen zijn over visitatie wordt hoofdzakelijk ingegaan op de ontwikkeling van de methode en ervaringen van visiteurs en gevisiteerden (Weijzen, 1996). Effecten van visitatie worden wel gerapporteerd door van den Hombergh (1998); vrijwel alle aspecten van de praktijkvoering van huisartsen waren na een jaar verbeterd. In dit onderzoek zijn de betrokken huisartsen twee maal gevisiteerd, met een tussenpoos van een jaar. Op die manier kon op objectieve wijze vastgesteld worden of er sprake was van verbeteringen. In de huidige evaluatie van visitatie bij paramedici zijn alleen de rapportages van verbeteringen van de gevisiteerden zelf beschikbaar. Feitelijk kan dus niet van effecten van visitatie gesproken worden maar van gepercipieerde effecten. De bevindingen van deze evaluatie zijn echter positief en kunnen een stimulans zijn om door te gaan met de verdere ontwikkeling en implementatie van visitatie.

Een aantal beroepsgroepen heeft al aangegeven in het programma Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg verder te willen gaan met visitatie. Daarbij zullen de nu gebruikte methoden verder worden ontwikkeld; aandachtspunten daarbij zijn onder andere de tijdsinvestering van visiteurs en de (hoge) kosten van visitatie. Ook zijn er plannen voor de ontwikkeling van multidisciplinaire visitaties en de integratie van kwaliteitsactiviteiten binnen een kwaliteitsstelsel. Visitatie kan daarmee, naast intercollegiale toetsing, een belangrijke rol krijgen binnen de kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen.

LITERATUUR

- BERWICK DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England J. of Medicine*, 320, 1989, 1, 53-56.
- DEKKER, J. Ziekte, Functionele gezondheid en paramedische zorg. Amsterdam, EMGO-Instituut, Utrecht: Nivel, 1997. Oratie, EMGO-Instituut, Nivel.
- FRISSEN M. Afspraken over kwaliteitsbeleid. *Medisch Contact*, 1990; 45: 871-875.
- GUNDLACH HCW. Externe beoordeling/toetsing, certificatie en accreditatie. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg 1995*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- HOFHUIS H., SLUIJS E., VAN DEN ENDE E. Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Een tussentijdse evaluatie van het verloop van BKPZ-projecten. Utrecht, Nivel, 1999.
- HOFHUIS H, SLUIJS E. PLAS M, VAN DEN ENDE E. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Evaluatie classificatie- en coderingsprojecten. Utrecht, Nivel, 2000.
- HOFHUIS H, VAN DEN ENDE E. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Evaluatie actualisering beroepsprofielen. Utrecht, Nivel, 2000.
- HOMBERGH P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice. Dissertatie. Nijmegen, WOK, 1998.
- LOMBARTS M.J.M.H. Visitatie spil in kwaliteitsbeleid medisch specialisten. *Kwaliteit in Beeld*, 1995; 1: 21-24.
- Ministerie van VWS, Wet BIG. Stb. 510, 06-11-1997.
- PLAS M, BIERMANS M, HOFHUIS H, VAN DEN ENDE E. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Evaluatie accreditatie van bij- en nascholing. Utrecht, Nivel, 2000.
- PLAS M, VAN DEN ENDE E. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Evaluatie verslaglegging patiëntenzorg. Utrecht, Nivel, 2000.
- RAZW, Rapportage arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Bijlagen, 1999
- RIJKEN M. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht, Nivel, 1997.
- SLUIJS E. VISSER E., STEULTJENS M., DEKKER J. Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk: eindevaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedische zorg. Utrecht, Nivel, 1997.
- SLUIJS E., ROEBROECK M., VAN DEN ENDE E., DEKKER J. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht, Nivel, 1998.
- TIMMERMANS, J.E., SLUIJS, E.M, DEKKER, J., HARTOG, W.H.M. DEN. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht, CBO, Utrecht: Nivel, 1994.
- TIMMERMANS J.E. Visitatie voor paramedici. Utrecht, CBO, 1995.
- WEIJZEN E.M., KETELAARS A.P.M., WAGNER C., DONKER M.C.H. Bibliografie kwaliteit van zorg. Externe kwaliteitsbeoordeling en certificatie in de zorgsector (1990-1996). Utrecht, NcGv, Nivel, 1996.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Thema's in het BKPZ-programma

In het BKPZ-programma worden meer dan 60 projecten uitgevoerd. Deze zijn globaal gericht op 8 verschillende thema's. De beroepsgroepen hebben keuzes gemaakt ten aanzien van kwaliteitsinstrumenten of activiteiten die zij binnen dit programma wilden ontwikkelen. In schema 1 staat een overzicht van de kwaliteitsprojecten die zijn gestart bij de aanvang van het BKPZ-programma, ingedeeld naar thema. Daarna zullen de thema's die worden genoemd in schema 1 kort worden toegelicht.

Schema 1: Kwaliteitsprojecten per thema en per beroepsgroep

Thema	Beroepsgroep									
	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R
Classificatiesystemen	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-
Verslaglegging patiëntenzorg	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-
Actualisering beroepsprofielen	-	-	-	-	X	-	X	X	-	X ¹
Criteria vanuit patiëntenperspectief	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X
Richtlijnen, standaarden, protocollen	X ²	X	X	X	X	X	X	X	X	-
Implementatie van kwaliteitstoetsing	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X
Visitatiesystemen	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X
Accreditatiesystemen bij/nascholing	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Overige projecten	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X

D = Diëtisten

M = Mondhygiënist

P = Podotherapeuten

E = Ergotherapeuten

C = Oefentherapeuten-Cesar

R = Radiologisch laboranten

F = Fysiotherapeuten

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

L = Logopedisten

O = Orthoptisten

¹ Voor de radiologisch laboranten worden twee beroepsprofielen geactualiseerd: het beroepsprofiel radiologisch laborant en het beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant.

² Voor de diëtisten worden twee verschillende projecten uitgevoerd: het eerste betreft een raamwerk voor protocollen; het tweede een databank van protocollen.

Classificatiesystemen

Een classificatiesysteem is een stelsel van eenduidige begrippen en definities waarmee de zorg die door een beroepsgroep wordt verleend op uniforme wijze kan worden vastgelegd. Bijvoorbeeld de verwijsindicaties, de paramedische diagnoses, verrichtingen enzovoorts. Bij classificatie gaat het om eenheid van terminologie en taal, hetgeen een voorwaarde is voor tal van andere activiteiten (bijvoorbeeld uniforme registratie of intercollegiale toetsing). Dergelijke classificatiesystemen worden binnen het programma ontwikkeld voor diëtisten en mondhygiënist. Voor oefentherapeuten-Mensendieck - die reeds over een classificatiesysteem beschikken - wordt een aanvullende codering ontwikkeld. Het betreft een aanvullende codering voor het vastleggen van de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, in aanvulling op de verwijsdiagnose.

Verslaglegging patiëntenzorg

Om te bewerkstelligen dat beroepsbeoefenaren de door hen verleende zorg op uniforme wijze registreren wordt voor vijf beroepen een registratie-systeem patiëntenzorg ontwikkeld. De registratiesystemen omvatten een registratie-formulier waarop de paramedicus alle noodzakelijke informatie op geordende wijze kan vastleggen (ook wel patiëntenkaart, status of dossier genoemd). De registratiesystemen bevatten ook een overzicht van de classificaties en coderingen die dienen te worden gebruikt.

Actualisering van beroepsprofielen

Beroepsprofielen beschrijven de deskundigheden en de werkzaamheden van een beroepsgroep. Deze werkzaamheden zijn aan veranderingen onderhevig, bijvoorbeeld tengevolge van nieuwe ontwikkelingen in de zorg zoals de opkomst van transmurale zorg of thuiszorgtechnologie. Ook nieuwe wet- of regelgeving, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en bijvoorbeeld de voorgenomen poortwachtersfunctie van mondhygiënisten zijn van invloed op de werkzaamheden. Vanwege dergelijke ontwikkelingen dienen beroepsprofielen van tijd tot tijd te worden geactualiseerd, mede omdat zij de basis vormen voor de eindtermen van de opleidingen. Binnen het BKPZ-programma worden vijf beroepsprofielen geactualiseerd.

Criteria vanuit patiëntenperspectief

Zowel in de Leidschendam-afspraken als in de Kwaliteitswet en de Wet BIG is vastgelegd dat patiënten betrokken dienen te worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. In het BKPZ-programma is een eerste stap gezet om hier invulling aan te geven. Daartoe wordt onderzocht welke eisen patiënten aan de kwaliteit van de paramedische zorg stellen. In eerste instantie zullen dergelijke 'kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief' voor vier beroepen worden ontwikkeld. Op basis van de ervaringen uit deze projecten zal dit mogelijk ook voor andere beroepen worden gedaan.

Richtlijnen, standaarden en protocollen

Richtlijnen, standaarden en protocollen zijn specificaties van de producten die een beroepsgroep levert. Zij geven weer welke gezondheidsproblemen op welke wijze worden behandeld. In het ideale geval is de (voorgeschreven) behandeling gebaseerd op effectonderzoek (evidence based) om optimale behandelresultaten te bewerkstelligen. Voorzover mogelijk zal ook de ontwikkeling van paramedische richtlijnen op effectonderzoek worden gebaseerd. Waar dat niet mogelijk is - de effectiviteit van veel paramedische zorg is nog nauwelijks onderzocht - zal een andere methode worden gevolgd, bijvoorbeeld een combinatie van literatuuronderzoek, raadpleging van deskundigen en praktijkregistraties. Ook zullen externe partijen (verwijzers, patiënten en zorgverzekeraars) bij de richtlijnontwikkeling worden betrokken.

Implementatie van intercollegiale kwaliteitstoetsing

Op intercollegiale toetsing of kwaliteitstoetsing¹ ligt een zwaar accent in het BKPZ-programma. De belangrijkste doelen daarvan zijn het realiseren van continue kwaliteitsverbetering en meer uniformiteit in de beroepsuitoefening.

Zeven beroepsgroepen beschikken over een eigen methode voor kwaliteitstoetsing; bij hen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. In de projecten ligt dan ook het accent op het opleiden van veel nieuwe toetsingsbegeleiders, mentoren en kwaliteitscoördinatoren, allen met de taak om toetsingsgroepen te begeleiden of kwaliteitsprojecten op te zetten. Op die wijze ontstaat als het ware een nieuw 'kwaliteitskader' in een beroepsgroep dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten. Met dit kwaliteitskader ontstaat op den duur ook een goede infrastructuur voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of standaarden.

De opbouw van deze infrastructuur verloopt bij drie beroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en Mensendieck) in een versneld tempo omdat daarvoor buiten het BKPZ-program-

¹ Hoewel verschillende termen worden gebruikt (intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, lokale kwaliteits-systemen) gaat het in alle gevallen om het aanbrengen van kwaliteitsverbeteringen door een groep collega's op een systematische wijze (volgens de kwaliteitscirkel van Deming). Het betreft verbeteringen in de brede zin van het woord, dus niet alleen het oplossen van knelpunten in de zorg of het opstellen van protocollen, maar ook bijvoorbeeld de implementatie van nieuwe regels of landelijke richtlijnen.

ma om, aparte subsidies ter beschikking zijn gesteld². Zie voor nadere bijzonderheden het eerste onderzoeksrapport (Sluijs e.a., 1998).

In zeven projecten ligt dus het accent op de verdere implementatie van kwaliteitstoetsing en de opleiding van het kader dat daarvoor nodig is. Alleen het achtste project - voor de logopedisten - betreft de ontwikkeling van kwaliteitstoetsing omdat voor de logopedisten nog geen toetsingsmethode was ontwikkeld.

Visitatiesystemen

Visitatie houdt in dat een visitatieteam de kwaliteit van een praktijk of afdeling beoordeelt, dat oordeel vastlegt in een visitatieverslag dat doorgaans ook aanbevelingen voor verbetering bevat. Bij een volgende visitatie wordt nagegaan wat met deze aanbevelingen is gedaan.

Binnen het vorige kwaliteitsprogramma is een begin gemaakt met de ontwikkeling van een visitatiesysteem voor podotherapeuten. Op basis van de ervaringen zal dit worden bijgesteld en verder worden geïmplementeerd. Binnen het BKPZ-programma zal ook voor zeven andere beroepsgroepen een visitatiesysteem worden ontwikkeld en op beperkte schaal in de praktijk worden getest.

Accreditatiesystemen voor bij- en nascholing

Een accreditatiesysteem heeft als doel de kwaliteit van bij- en nascholing te waarborgen. Daar toe worden de aangeboden cursussen beoordeeld aan de hand van kwaliteitscriteria. Deze beoordeling mondt uit in het al dan niet erkennen of accrediteren van de cursus. Paramedici wordt aangeraden (of verplicht) uitsluitend geaccrediteerde cursussen te volgen.

Binnen het vorige programma is een raamwerk voor dergelijke kwaliteitscriteria opgesteld. Binnen het BKPZ-programma zullen deze criteria per beroepsgroep nader worden ingevuld en geconcretiseerd. Ook wordt een opzet gemaakt voor het goed laten functioneren van het accreditatiesysteem. In dit project participeren alle tien de beroepsgroepen. Voor de fysiotherapie wordt daarnaast een systeem voor verplichte na- en bijscholing ontwikkeld inclusief een aantal verplichte onderwijs modules.

Overige projecten

In de loop van het BKPZ-programma zijn nog diverse andere projecten gestart. Het project 'routing patiënt' wordt uitgevoerd door radiologisch laboranten; dit project is bedoeld om de zorg voor patiënten van het begin tot het eind te stroomlijnen. Voor negen paramedische beroepsgroepen wordt in een ander project een kwaliteitsregister opgezet; deze beroepsgroepen beschikken niet volgens de wet over een dergelijk register (de fysiotherapeuten hebben wel een wettelijk geregeld register, het BIG-register). Voor diëtisten, radiologisch laboranten, ergotherapeuten, mondhygiënist en podotherapeuten wordt in een project onder andere gewerkt aan de ontwikkeling van een cliënt-feedbacksysteem, en herziening van de beroepscode.

2 Het gaat hier om de zogenaamde WFO-gelden (WFO = Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie). De extra middelen worden voorlopig voor één jaar toegekend voor het opbouwen van een infrastructuur (bestaande uit lokale groepen paramedici) en de aanstelling van kwaliteitscoördinatoren en kwaliteitsfunctionarissen die ervoor moeten zorgen dat deze groepen adequaat functioneren.

BIJLAGE 2: Vragenlijst werkgroepleden en geïnterviewden



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

VRAGENLIJST VOOR WERKGROEPEN IN HET BKPZ-PROGRAMMA

Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Nederland. Tel.: 030-2729700, fax: 030-2729729

TOELICHTING:

Wilt u de antwoorden op de vragen vóór het interview invullen, behalve de vragen waarbij "interview" staat (dit zijn de vragen zonder voorgedrukte antwoordcategorieën). Tijdens het interview kunt u een nadere toelichting geven op de onderwerpen die in deze vragenlijst aan de orde komen. Ook andere zaken die betrekking hebben op uw project die niet in deze vragenlijst zijn opgenomen kunt u dan toelichten.

In deze vragenlijst wordt de term 'werkgroep' gebruikt. Hiermee wordt bedoeld de groep personen, paramedici en personen van de begeleidende instelling, die tezamen betrokken zijn geweest bij dit project.

Wilt u de ingevulde vragenlijst meenemen naar het interview?

Voor vragen kunt u bellen naar het NIVEL 030 - 2729700.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Hannelore Hofhuis

Deze vragen gaan over de samenstelling van de werkgroep

Met projectleider wordt bedoeld degene die het project begeleidt vanuit de ondersteunende instelling

1. Uit welke paramedische beroepsgroep en voor welk project is uw werkgroep samengesteld?

Beroepsgroep:

Project:

2. Uit hoeveel leden bestaat uw werkgroep?

..... leden

3. Waren er vooraf wensen ten aanzien van de samenstelling van de werkgroep? (bijvoorbeeld ten aanzien van de specifieke deskundigheid, aantal jaren werkervaring)

nee

ja

Zo ja, wat waren deze wensen?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4. Kon de werkgroep overeenkomstig deze wensen worden samengesteld?

ja

nee

5. Is de werving van paramedici voor de werkgroep volgens de tijdsplanning verlopen?

ja

nee

6. Is het werven van een projectleider voor de werkgroep volgens de tijdsplanning verlopen?

ja

nee

7. Is de werkgroep gestart volgens de tijdsplanning?

ja

nee

8. Is het project op dit moment afgerond?

ja, afgerond in (maand/jaar)

nee, afronding verwacht in (maand/jaar)

De volgende vragen gaan over de werkgroepbijeenkomsten

9. Hoeveel werkgroepbijeenkomsten hebben tot nu toe plaatsgevonden?
..... keer

10. Is dit aantal
 vaker dan gepland bij aanvang van het project
 gelijk aan het aantal geplande bijeenkomsten
 minder vaak dan gepland

11. Door wie werden de volgende taken uitgevoerd?
Voorzitterschap: projectleider paramedicus
Secretariaat: projectleider paramedicus
Notulen: projectleider paramedicus

12. Was er een vergoeding voor de paramedici van de werkgroep?
 nee
 ja, reiskostenvergoeding
 ja, urenvergoeding
 anders, namelijk

De volgende vragen gaan over het projectplan

Door het NPi en het CBO zijn bij aanvang van het BKPZ-programma respectievelijk het 'NPi-programma Bevordering kwaliteit paramedische zorg' en het 'Programma BKPZ, Activiteiten CBO' opgesteld.

13. Was er bij de aanvang van uw project:

Een activiteitenplan

- ja
 nee

Een tijdsplanning

- ja
 nee

Een taakverdeling van de werkgroepleden

- ja
 nee
-

14. Behoefde het projectplan bij aanvang van het project nog nadere invulling?

- nee
 ja
-

15. Was er onder de werkgroepleden bij aanvang van het project consensus over de te volgen werkwijze?

- ja
 enigszins
 nee
-

16. Was er onder de werkgroepleden bij aanvang van het project consensus over de te bereiken doelen?

- ja
 enigszins
 nee
-

17. Door wie zijn de activiteiten zoals beschreven in het werkplan uitgevoerd? (u kunt meerdere vakjes aankruisen)

- projectleider
 paramedici van de werkgroep
 anders, namelijk
-

Het volgende gedeelte van de vragenlijst betreft de uitvoering van het project < projecttitel >

In het rapport 'Kwaliteitsbevordering paramedische zorg' (NIVEL, 1998) staat in bijlage 2 een schematische weergave van de uitvoering van de BKPZ-projecten.

Ten behoeve van het project < projecttitel > zijn de volgende stappen aangegeven die in het project worden doorlopen:

< Bijlage 2 , stappen betreffende project en beroepsgroep >

De vragen betreffen de hierboven omschreven stappen en de activiteiten die bij uw project zijn uitgevoerd

18. Zijn de stappen in uw project doorlopen zoals hierboven omschreven?

- ja
 - nee
-

19. Heeft u zich kunnen houden aan de tijdsplanning zoals die vooraf was vastgesteld?

- ja
 - nee
-

20. Is de samenstelling van de werkgroep tussentijds veranderd?

- ja
 - nee
-

21. Was er goed materiaal ter voorbereiding van de werkgroepbijeenkomsten?

- ja
 - enigszins
 - nee
-

22. Zijn er gedurende een of meerdere stappen tegenvallers geweest in de uitvoering van het project?

- ja
 - nee
-

23. Zijn er gedurende een of meerdere stappen meevallers geweest in de uitvoering van het project?

- ja
- nee

24. Was de projectleider toegerust voor zijn of haar taak?

- ja
- enigszins
- nee

25. Waren de paramedici in de werkgroep toegerust voor hun taak?

- ja
- enigszins
- nee

26. Hoe verliep de samenwerking in de werkgroep? (**interview**)

27. Was er informatie-uitwisseling met vergelijkbare projecten van andere beroepsgroepen?

- ja
- nee

28. Is er tijdens het project overleg geweest met:

Bestuur van de vereniging

- ja
- nee

Kwaliteitscommissie van de beroepsgroep

- ja
- nee

Andere paramedici uit de beroepsgroep

- ja
 - nee
-

Het volgende gedeelte van de vragenlijst betreft de streefdoelen van het project < projecttitel >

In het rapport 'Kwaliteitsbevordering paramedische zorg' (NIVEL, 1998) staat in bijlage 1 een weergave van de streefdoelen van de BKPZ-projecten.

29. Ten behoeve van de ontwikkeling van < projecttitel > voor < beroepsgroep > zijn in het rapport de volgende streefdoelen vastgesteld. Kunt u aangeven wat de stand van zaken is ten aanzien van deze doelen?

	<u>Gerealiseerd</u>	
	ja	nee
1. Streefdoel 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Streefdoel 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. .		
. .		
x. Streefdoel x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In het interview wordt nader op de streefdoelen ingegaan.

30. Wat vindt u van de resultaten (tot nu toe)? **(interview)**

31. Zijn er gedurende het project ideeën ontwikkeld over de implementatie?

- ja
 nee
-

32. Zijn er gedurende het project activiteiten uitgevoerd om een draagvlak te creëren?

- ja
 nee
-

33. Was het toegekende budget adequaat voor de uitvoering van het project?

- ja
 nee
-

Naast ontwikkelingen binnen uw beroepsgroep zelf kunnen ook (maatregelen van) externe partijen een positieve of negatieve invloed hebben gehad op het verloop van uw project
De volgende vragen gaan over deze beïnvloeding

34. Hebben ontwikkelingen bij de volgende partijen invloed gehad op het verloop van het project?

De eigen beroepsgroep

- ja
 nee

Landelijke overheid

- ja
 nee

Zorgverzekeraars

- ja
 nee

Instellingen/werkgevers

- ja
 nee

Andere disciplines

- ja
 nee

Patiënten(organisaties)

- ja
 nee

Opleidingen

- ja
 nee

Bedrijfsleven

- ja
 nee

Tot slot willen we enkele vragen stellen over toekomstige ontwikkelingen

35. Welke adviezen zou u geven aan anderen die een dergelijk project uit gaan voeren?
(interview)

36. Welke kwaliteitsactiviteiten zouden volgens u prioriteit moeten hebben in uw beroepsgroep? (interview)

37. Hoe denkt u werkgroep over samenwerking met andere beroepsgroepen ten aanzien van kwaliteitsactiviteiten? (interview)

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Geïnterviewde werkgroepleden

Mw. D. Katz, diëtiste

Mw. B. Hoogkamer, oefentherapeut-Cesar

Mw. E.G.M.C. Maasakkers, podotherapeute

Mw. P.A.B. Munnich, podotherapeute

Dhr R. Schreur, podotherapeut

BIJLAGE 3: Interviewchecklist projectleider en geïnterviewden

1. Samenstelling van de projectgroepen.

Is de samenstelling van de projectgroepen vlot verlopen?
Konden paramedici met de gewenste deskundigheden gevonden worden?
Waren de paramedici in voldoende mate toegerust voor hun taken in de projectgroepen?
Hoe verliep de samenwerking in de projectgroepen?

2. Financiën

Was het budget toereikend voor de projecten?
Welke vergoedingen kregen de paramedici en waren deze toereikend?

3. Plan van aanpak

Aan de projecten lag een plan van aanpak ten grondslag.
Dit plan is beknopt beschreven op pagina < paginanummer > van het bijgaande rapport³.
Is dit plan van aanpak gevolgd? Hebben bijstellingen plaatsgevonden?

4. Verloop van de projecten

Welke meevallers en/of tegenvallers of ontwikkelingen hebben het verloop van de projecten beïnvloed?

5. Streefdoelen

De streefdoelen van de projecten met betrekking tot < thema > staan beknopt beschreven op pagina < paginanummer > van het bijgaande rapport.
Zijn er al projecten afgerond? Zo nee, wanneer wordt de afronding verwacht?
Welke streefdoelen zijn inmiddels gerealiseerd?
Hoe schat u de haalbaarheid in van nog niet gerealiseerde streefdoelen?

6. Draagvlak en implementeerbaarheid

Kunt u al iets zeggen over het draagvlak in de beroepsgroep?
Hoe denkt u over de implementeerbaarheid en wat zou daarvoor moeten gebeuren?

7. Programmatische aanpak

U heeft meerdere paramedische beroepen begeleid bij het project < thema >
Had dat een meerwaarde? Zo ja, voor wie en in welke opzichten?
Is er samenwerking geweest tussen de beroepsgroepen? Is er sprake geweest van uitwisseling van ervaring en kennis? Hoe en door wie is dit gebeurd?

8. Geleerd?

Wat heeft uzelf van deze projecten geleerd? Wat zou u in vergelijkbare volgende projecten anders doen?

9. Uw eigen mening

Zijn er zaken die u graag wilt vertellen en die nog niet aan de orde zijn gekomen?

³ Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. E.M. Sluijs, M. Roebroek, E. van den Ende, J. Dekker. 1998, Utrecht: NIVEL.

Geïnterviewde projectleiders

Mw. Mr. A. Evers, CBO

Drs. R.M. Wilmink, CBO (de heer Wilmink is in 1999 overleden).

BIJLAGE 4: Vragenlijst evaluatie visitatie: diëtisten



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

VRAGENLIJST VOOR DIËTISTEN

evaluatie

PROJECT VISITATIE

Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Nederland. Tel.: 030-2729700, fax: 030-2729729

TOELICHTING:

Bij de meeste vragen in deze vragenlijst kunt u een kruisje zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven op de stippelijntjes. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u de vragenlijst in de antwoordvelop terugsturen binnen twee weken na ontvangst. Een postzegel is niet nodig.

Voor vragen kunt u bellen naar het NIVEL 030 - 2729700.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Hannelore Hofhuis

1. Wilt u aankruisen wat op u van toepassing is?

a. vrouw

man

b. geboortjaar: 19 . .

2. a. Hoeveel bewoners heeft de instelling waarin u werkzaam bent?

Indien u in **meerdere settingen** werkzaam bent, dan wordt hier de setting bedoeld waarin u gevisiteerd bent.

..... bewoners

2. b. Hoeveel diëtisten zijn op uw afdeling werkzaam?

..... diëtisten

3. Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld in de setting waarin u gevisiteerd bent?

..... uren

4. In welke maand en in welk jaar is uw afdeling gevisiteerd?

..... (maand) (jaar)

5. Hoeveel maanden na de visitatie werd u het verslag toegestuurd?

..... maand(en)

6. In welke maand en in welk jaar heeft u deze NIVEL-vragenlijst ingevuld?

..... (maand) (jaar)

7. Kunt u een schatting geven van de tijd die uw afdeling besteed heeft aan de visitatie?

Invullen van de visitatievragenlijsten : uren

Vorbereiding van de visitatie : uren

Het bezoek van het visitatieteam : uren

Lezen/corrigeren van het visitatieverslag : uren

Overig: : uren

.....

.....

-
8. a. Kunt u aangeven wat voor u belangrijke overwegingen waren om de afdeling te laten visiteren? (meerdere antwoorden mogelijk)
- om bevestiging te krijgen dat mijn afdeling in orde is
 - om verbeteringen in mijn afdeling aan te brengen
 - ter verbetering van het imago van de beroepsgroep
 - om externe partijen (bijvoorbeeld patiënten, collega's, verwijzers) te kunnen tonen dat mijn afdeling in orde is
 - anders, namelijk:
 -
 -

-
8. b. Hoe stonden uw collega's (diëtisten) aanvankelijk tegenover het plan om de afdeling te laten visiteren? (meerdere antwoorden mogelijk)
- positief
 - neutraal
 - negatief
 - niet van toepassing / ik heb geen collega's
- Eventueel toelichting:
-

-
9. Wat heeft u gedaan ter voorbereiding van de visitatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- niets
 - de praktijkruimte(s) schoongemaakt en opgeruimd
 - administratie in orde gebracht
 - anders, namelijk:
 -
 -
-

De volgende vragen gaan over de vragenlijsten die door andere partijen zijn ingevuld.

10. In het kader van de visitatie van uw afdeling diëtetiek zijn ook vragenlijsten ingevuld door andere partijen. Kunt u aangeven door welke partijen vragenlijsten zijn ingevuld? Wilt u ook het aantal invullen?

- bewoners/familie: vragenlijst(en)
- verzorgdenden/voedingsassistenten vragenlijst(en)
- verpleeghuisarts(en) vragenlijst(en)
- anderen, namelijk vragenlijst(en)
.....

11. Kunt u aangeven wat de vragenlijsten van deze partijen hebben opgeleverd met betrekking tot het functioneren van uw afdeling ? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nieuwe inzichten
- bevestiging van zaken die al bekend waren
- anders, namelijk
.....
.....

12. Zijn er **aanbevelingen** in het visitatierapport die afkomstig zijn vanuit de bewoners/familie?

- onbekend (ga door naar 14)
- nee (ga door naar 14)
- ja (ga door naar 13)

13. Kunt u aangeven op welk(e) onderwerp(en) de **aanbevelingen** vanuit de bewoners/familie betrekking hebben en hoe u daarmee bent omgegaan?

	al gereaa- liseerd	mee bezig	op korte termijn* van plan	op lange termijn** van plan	geen plan
Informatievoorziening aan bewoners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omgang met bewoners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					

* Korte termijn is een half jaar.

** Lange termijn is twee jaar.

14. Zijn er **aanbevelingen** in het visitatierapport die afkomstig zijn vanuit de verzorgenden/voedingsassistenten?

- onbekend (ga door naar 16)
 nee (ga door naar 16)
 ja (ga door naar vraag 15)
-

15. Kunt u aangeven op welk(e) onderwerp(en) de **aanbevelingen** vanuit de verzorgenden/voedingsassistenten betrekking hebben en hoe u daarmee bent omgegaan?

	al gereaaliseerd	mee bezig	op korte termijn* van plan	op lange termijn** van plan	geen plan
Overleg met de verzorgenden/voedingsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerking met de verzorgenden / voedingsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie-uitwisseling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verslaglegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					

* Korte termijn is een half jaar.

** Lange termijn is twee jaar.

16. Zijn er **aanbevelingen** in het visitatierapport die afkomstig zijn vanuit de verpleeghuisarts(en)?

- onbekend (ga door naar 18)
 nee (ga door naar 18)
 ja (ga door naar vraag 17)
-

17. Kunt u aangeven op welk(e) onderwerp(en) de **aanbevelingen** vanuit de verpleeghuisarts(en) betrekking hebben en hoe u daarmee bent omgegaan?

	al gereaaliseerd	mee bezig	op korte termijn* van plan	op lange termijn** van plan	geen plan
Overleg met de verpleeghuisarts(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samenwerking met de verpleeghuisarts(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie-uitwisseling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzing van patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					

* Korte termijn is een half jaar.

** Lange termijn is twee jaar.

De volgende vragen gaan over de visitatievragenlijst die door u is ingevuld.

18. De volgende onderwerpen zijn aan de orde gekomen in de visitatievragenlijst. Wat vindt u van de uitgebreidheid waarmee deze onderwerpen in de visitatievragenlijst behandeld zijn?

	Onvoldoende aandacht	Voldoende aandacht	Teveel aandacht
Algemene gegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afdeling diëtetiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleidsplan en jaarverslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratie van bewonersgegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deskundigheidsbevordering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Zijn er onderwerpen die u gemist heeft in de visitatievragenlijst?

nee

ja, namelijk

20. Vond u de samenstelling van het visitatieteam voldoende evenwichtig om over uw afdeling te kunnen oordelen?

ja

nee

Eventueel toelichting:

De volgende twee vragen gaan over sterke en zwakke kanten van uw afdelingsbeleid waar u zich door de visitatie bewust van geworden bent.

21. a. Bent u zich door de visitatie (meer) bewust geworden van **sterke** kanten van uw afdelingsbeleid ten aanzien van een of meer van de volgende onderwerpen?

	nee	enigszins	ja
Afdeling diëtetiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleidsplan en jaarverslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratie van bewonersgegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deskundigheidsbevordering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. b. Bent u zich door de visitatie (meer) bewust geworden van **zwakke** kanten van uw afdelingsbeleid ten aanzien van een of meer van de volgende onderwerpen?

	nee	enigszins	ja
Afdeling diëtetiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleidsplan en jaarverslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratie van bewonersgegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deskundigheidsbevordering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Kunt u ten aanzien van de volgende onderwerpen aangeven of u als gevolg van de visitatie: verbeteringen heeft gerealiseerd, of u bezig bent met verbeteringen, of dat u plannen heeft tot verbetering.

	al gerealiseerd	mee bezig	op korte termijn* van plan	op lange termijn** van plan	geen plan
Afdeling diëtetiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleidsplan en jaarverslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratie van bewonersgegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deskundigheidsbevordering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Korte termijn is een half jaar.

** Lange termijn is twee jaar.

23. Aan het einde van het visitatieverslag wordt door het visitatieteam een aantal aanbevelingen gedaan. Gemiddeld bestaat deze lijst uit ongeveer tien punten. Kunt u aangeven uit hoeveel punten de lijst met aanbevelingen bestond?

.....

24. Wat is uw mening over het aantal aanbevelingen?

- ik vind het aantal aanbevelingen te weinig
 ik vind het aantal aanbevelingen goed
 ik vind het aantal aanbevelingen teveel

25. Hoeveel aanbevelingen waren voor u nieuw of verrassend?

.....

26. Hoeveel van de aanbevelingen bent u van plan op te volgen of heeft u reeds opgevolgd?

.....

27. Heeft u behoefte aan ondersteuning bij het realiseren van de aanbevelingen?

- nee
 ja

Eventueel toelichting:

28. Hoeveel aanbevelingen gaat u niet opvolgen?

.....

Kunt u aangeven over welke onderwerpen deze aanbevelingen gaan, en waarom u deze aanbevelingen niet wilt of niet kunt opvolgen?

1.
.....
.....
.....
2.
.....
.....
.....
3.
.....
.....
.....
4.
.....
.....
.....

29. Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over de volgende onderdelen van de visitatie? U kunt een rapportcijfer geven tussen 1 (zeer slecht) en 10 (uitmuntend).

	CIJFER
Vragenlijst
Bezoek van het visitatieteam
Verslag van de visitatie
Aanbevelingen
Overall waardering voor de gehele visitatie

30. Aan wie heeft u verteld dat u gevisiteerd bent? (meerdere antwoorden mogelijk)

- collega's (buiten de eigen afdeling)
- bewoners
- verwijzers
- zorgverzekeraar
- anderen, namelijk:

31. Zijn er naar uw mening nadelen aan visitatie verbonden?

- nee
- ja, namelijk:

32. Wat vindt u van de verhouding tussen de voor- en nadelen van visitatie?

- meer voordelen dan nadelen
 - evenveel voordelen als nadelen
 - meer nadelen dan voordelen
-

33. Ik zou een dergelijke visitatie:

- regelmatig willen laten doen: om de jaar
 - af en toe willen laten doen
 - niet meer willen laten doen
-

34. Neemt u deel aan andere activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkeling of kwaliteitsbeleid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nee
 - ja, ik ben zelf visiteur
 - ja, ik neem deel aan een gespreksgroep / intercollegiale toetsing
 - ja, ik ben lid van een werkgroep, namelijk de werkgroep
 - anders, namelijk:
-

35. Tenslotte willen wij u enkele uitspraken voorleggen over uw algemene waardering van visitatie, en de effecten van visitatie. Kunt u aangeven in welke mate u het eens bent met deze uitspraken? (kruis bij elke uitspraak het antwoord van uw keuze aan)

1: *Helemaal mee eens*

2: *Mee eens*

3: *Deels eens, deels oneens*

4: *Mee oneens*

5: *Helemaal mee oneens*

	1	2	3	4	5
Visitatie is de beste manier om het afdelingsbeleid te toetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zou elke diëtetiek afdeling aanraden zich te laten visiteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie is nogal belastend voor de bezochte afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie is bedreigend voor mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelname aan visitatie heb ik plezierig gevonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het beoordeeld worden door collega's vind ik een probleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vond het totale beeld voor mijn afdelingsbeleid dat uit het visitatieverslag kwam herkenbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie was leerzaam voor mijn eigen afdelingsbeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie heeft mijn interesse in het afdelingsbeleid vergroot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie heeft mijn interesse in andere kwaliteitsactiviteiten vergroot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De visitatie beantwoordt aan haar doel: namelijk het verbeteren van de kwaliteit van het afdelingsbeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitatie zet meer aan tot verandering dan normale nascholing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitatie is goed bruikbaar als uitgangspunt voor nascholing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien van toepassing:					
Deelname aan visitatie hebben mijn collega's plezierig gevonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u nog opmerkingen heeft over de visitatie, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

BIJLAGE 5: Gerealiseerde verbeteringen per beroepsgroep

In deze bijlage staan voor zes beroepsgroepen de verbeteringen die zij al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

Tabel 1: Aantal diëtisten die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
Organisatie	-	3	-	-	5	8
Intercollegiale contacten	1	1	-	2	4	8
(Kwaliteits)beleid	2	2	3	2	1	10
Deskundigheidsbevordering	-	2	2	-	5	9
Patiëntenadministratie	1	5	1	-	2	9
Samenwerking met verwijzers	-	5	-	-	2	7
Tijdsbesteding	2	2	-	1	3	8
Anamnese	-	2	-	-	5	7
Behandelplan	-	2	4	1	4	11
Uitkomstevaluatie	-	-	-	3	4	7
Bereikbaarheid	3	-	1	-	6	10

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

Tabel 2: Aantal fysiotherapeuten die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
Organisatie	1	4	-	-	4	9
Personeelsbeleid	-	3	1	1	4	9
(Kwaliteits)beleid	-	4	1	1	2	8
Zorgproduct	-	3	4	1	2	10
Deskundigheidsbevordering	-	4	1	-	3	8
Intercollegiale contacten	1	2	-	1	5	9
Patiëntenadministratie	1	5	-	1	2	9
Behandelproces	-	3	2	1	3	9
Uitkomstevaluatie	-	-	5	3	2	10
Hygiëne	1	-	1	-	7	9
Arbeidsomstandigheden	1	1	-	-	7	9
Veiligheid	1	-	-	-	8	9
Apparatuur	1	-	-	-	8	9
Accommodatie	1	1	-	2	5	9

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

Tabel 3: Aantal mondhygiënisten die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
Organisatie	2	7	3	1	1	14
Deskundigheidsbevordering	4	4	2	-	5	15
Patiëntenadministratie	4	6	2	2	1	15
Samenwerking met verwijzers	4	3	1	1	6	15
Behandelproces	3	5	-	-	6	14
Uitkomstevaluatie	2	7	-	1	4	14
Hygiëne	6	2	1	1	6	16
Patiëntenvoorlichting	4	1	-	-	10	15
Veiligheid	5	-	-	-	10	15
Apparatuur	6	-	1	2	7	16
Bereikbaarheid	3	-	-	2	9	14
Accommodatie	2	3	1	2	7	15
Toegankelijkheid	4	-	-	2	10	16

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

Tabel 4: Aantal oefentherapeuten-Cesar die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
Organisatie	-	5	2	-	2	9
Financiën	4	-	-	-	4	8
Deskundigheidsbevordering	-	5	1	1	3	10
Intercollegiale contacten	1	5	-	1	2	9
Patiëntenadministratie	1	5	1	-	2	9
Uitkomstevaluatie	-	3	1	1	4	9
Hygiëne	1	-	1	-	7	9
Patiëntenvoorlichting	-	1	1	1	5	8
PR-activiteiten	4	-	3	1	1	9
Klantgerichtheid ³	-	-	-	1	7	8
Bereikbaarheid	1	-	-	-	7	8
Accommodatie	2	1	1	-	4	8
Toegankelijkheid	2	-	-	-	6	8

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

3 dit betreft vragen over onder andere tevredenheid van cliënten en het hebben van een klachtenregeling

Tabel 5: Aantal oefentherapeuten-Mensendieck die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
(Kwaliteits)beleid	2	3	-	-	-	5
Wachttijst	2	-	-	-	1	3
Intercollegiale contacten	1	2	1	-	1	5
Patiëntenadministratie	1	2	1	-	-	4
Samenwerking met verwijzers	-	4	1	-	-	5
Tijdsbesteding	3	-	1	-	-	4
Zorgproces algemeen	1	3	-	-	-	4
Zorgproces moment	1	3	-	-	-	4
Zorgproces gebruikte geg.	1	3	-	-	-	4
Zorgproces betrekken patiënt	2	3	-	-	-	5
Uitkomstevaluatie	3	2	-	-	-	5
Bereikbaarheid	3	-	-	-	1	4
Toegankelijkheid	3	1	-	-	1	5

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

Tabel 6: Aantal podotherapeuten die verbeteringen al gerealiseerd hebben of nog zullen realiseren ten aanzien van aspecten van de praktijkvoering

	Gerealiseerd	Mee bezig	Korte termijn ¹	Lange termijn ²	Geen plan	Totaal (n)
Administratie	1	3	2	1	10	17
Samenwerking verwijzers	1	4	1	4	7	17
Patiëntenadministratie	-	5	2	1	9	17
Deskundigheidsbevordering	3	3	1	1	7	15
Intercollegiale contacten	1	2	1	3	8	15
Behandelproces	1	3	2	-	8	14
Uitkomstevaluatie	-	5	1	2	6	14
Hygiëne	3	3	1	1	9	16
Patiëntenvoorlichting	1	2	1	-	11	15
Bereikbaarheid	2	1	-	3	10	16
Accommodatie	-	6	-	4	5	15
Toegankelijkheid	1	3	-	2	9	15

1 korte termijn is een half jaar

2 lange termijn is twee jaar

Enkele recente Nivel-rapporten:

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie actualisering beroepsprofielen

Auteurs: H.Hofhuis, E.van den Ende

Utrecht: Nivel, 2000, 56 pag., fl. 18,00.

Dit rapport beschrijft de evaluatie van vijf projecten in het BKPZ-programma (Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg). In deze projecten zijn de beroepsprofielen van mondhygiënisten, oefen-therapeuten-Mensendieck, orthoptisten, radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten geactualiseerd. Drie vragen staan centraal in dit rapport: zijn de projecten volgens plan verlopen, zijn de streefdoelen behaald en welke stappen moeten nog worden gezet voor implementatie van de beroepsprofielen in de praktijk. Door middel van documentanalyse en interviews met paramedici en projectleiders wordt op deze vragen een antwoord gegeven. De projecten zijn volgens plan verlopen, alle streefdoelen zijn gerealiseerd. De oude beroepsprofielen zijn ingrijpend gewijzigd. Nieuwe inzichten in de diverse vakgebieden zijn verwerkt in nieuwe taken, ontwikkelingen op het gebied van wetgeving zoals de invoering van de wet BIG krijgen uitgebreid aandacht. Om de beroepsprofielen te implementeren in de beroepsgroepen is het belangrijk dat er voorlichtingsmateriaal wordt ontwikkeld, dat de naleving ervan wordt gestimuleerd en dat de nieuwe beroepsprofielen geïntegreerd worden in andere kwaliteitsactiviteiten.

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie accreditatie van bij- en nascholing

Auteurs: M.Pas, M.Biermans, H.Hofhuis, E.van den Ende

Utrecht: Nivel, 2000, 112 pag., fl. 32,00

Dit rapport bevat de evaluatie van het thema over accreditatie van bij- en nascholing voor paramedici dat in het programma "Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg" (BKPZ) werd uitgevoerd. Aan dit project hebben alle tien de paramedische beroepsverenigingen meegewerkt. Het Nederlands Paramedisch instituut (NPi) heeft in samenwerking met de tien paramedische beroepsverenigingen een accreditatiesysteem ontwikkeld om bij- en nascholing voor paramedici te beoordelen en te erkennen. Ten behoeve van deze evaluatie is gebruik gemaakt van interviews met de werkgroepleden, projectleiders en aanbieders van bij- en nascholing, documentanalyse. Het project is goed verlopen en de streefdoelen zijn gehaald. De meeste aanbieders vinden het ontwikkelde accreditatiesysteem duidelijk en relevant, maar tegelijkertijd erg uitgebreid en tijdrovend.

