

**KWALITEITSBEVORDERING PARAMEDISCHE ZORG:
EVALUATIE
CRITERIA VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF**

**Marieke Plas
Hannelore Hofhuis
Els van den Ende**

Utrecht, oktober 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 de Ziekenfondsraad)
Pof.J.H.Bavincklaan 2, Postbus 396 - 1180 BD Amstelveen
Telefoon: 020 - 3475555 - Fax: 020-6473494**

Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg (BKPZ): Evaluatie criteria vanuit patiëntenperspectief
/ M. Plas, H. Hofhuis, E. van den Ende
Utrecht: Nivel
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-494-9
Trefw.: kwaliteit, programma-evaluatie, patiëntenperspectief, 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 het thema 'Criteria vanuit patiëntenperspectief' dat in het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) werd uitgevoerd.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft in een eerste project voor paramedici kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld voor diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. In een later stadium zijn dergelijke criteria ontwikkeld voor ergotherapeuten, mondhygiënist, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Om de voortgang van de projecten te bewaken was een werkgroep ingesteld, bestaande uit de projectleider van de NPCF, vertegenwoordigers van de betrokken paramedische beroepsverenigingen en een adviseur van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn 56 kwaliteitsprojecten opgezet. Later werden nog enkele projecten gestart. De projecten zijn globaal gericht op acht verschillende thema's:

- Classificaties en coderingen;
- Verslaglegging Patiëntenzorg;
- Actualisering beroepsprofielen;
- Criteria vanuit patiëntenperspectief;
- Richtlijnen, standaarden en protocollen;
- Implementatie van kwaliteitstoetsing;
- Visitatie;
- Accreditatie van bij- en nascholing.

Vier organisaties zijn - in nauwe samenwerking met de paramedische beroepsgroepen - belast met de uitvoering van deze projecten. Deze zijn:

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

Het BKPZ-programma wordt gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad).

Het Nivel heeft de opdracht de voortgang, de resultaten en de 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 bestaat uit de volgende fasen:

- Nulmeting;
- Tussentijdse evaluatie;
- Evaluatie van de projecten, onderverdeeld in acht thema's;
- Eindevaluatie.

Begin 2001 zal het eindrapport van de evaluatie verschijnen.

Wij zijn alle betrokken paramedici, projectleiders van de NPCF en adviseur van het CBO zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden.

Utrecht, oktober 2000

INHOUDSOPGAVE

pag.

1	INLEIDING	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	8
1.3	Evaluatie van het thema 'Criteria vanuit patiëntenperspectief'	9
1.4	Opbouw van het rapport	11
2	OPZET VAN DE ONTWIKKELING VAN CRITERIA VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF	13
2.1	Plan van aanpak en streefdoelen	13
2.1.1	Plan van aanpak	13
2.1.2	Streefdoelen	14
2.2	Aangepaste opzet	15
3	EVALUATIE VAN DE ONTWIKKELING VAN DE CRITERIA	19
3.1	Plan van aanpak	19
3.1.1	Kwaliteitsvisie	19
3.1.2	Kwaliteitscriteria	19
3.1.3	Samenwerkingsmogelijkheden voor implementatie	23
3.1.4	Conferentie	23
3.2	Resultaten	23
3.3	Rol van de werkgroep	24
3.3.1	Paramedici in de werkgroep	24
3.3.2	Projectleider NPCF	24
3.3.3	Adviseur CBO	25
3.4	Tijdsplanning en financiering	26
3.5	Verloop van het tweede project voor paramedici	26
3.6	Conclusie	27
4	DRAAGVLAK EN IMPLEMENTATIE	29
4.1	Draagvlak	29
4.2	implementatie	30
4.2.1	Conferentie	30
4.2.2	Mogelijkheden voor samenwerking	30
4.2.3	Mogelijkheden voor implementatie	31
4.2.4	Patiëntenenquête	31
4.3	Conclusie	32
5	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	33
5.1	Samenvatting	33
5.2	Conclusies	35
	LITERATUUR	37
	BIJLAGEN	39
	Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma	41
	Bijlage 2: Vragenlijst paramedici in de werkgroep	45
	Bijlage 3: Vragenlijst projectleiders en adviseur	57
	Bijlage 4: Concept-criteria vanuit patiëntenperspectief voor fysiotherapie	59



1 INLEIDING

In het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) worden door de tien paramedische beroepsgroepen kwaliteitsprojecten uitgevoerd. Het Nivel evalueert de projecten die binnen het BKPZ-programma zijn gestart. Als eerste stap in het evaluatie-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 einddoelen voor alle projecten geformuleerd. De resultaten van de nulmeting, het overzicht van de einddoelen en de opzet van het evaluatieonderzoek zijn beschreven in het eerste onderzoeksrapport (Sluijs e.a., 1998).

Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn 56 kwaliteitsprojecten opgezet die onder acht thema's vallen. Later zijn nog enkele projecten gestart. Van de 56 projecten die bij aanvang van het BKPZ-programma zijn opgezet konden 216 concrete streefdoelen worden geformuleerd. Deze streefdoelen vormen de maatlat waaraan het welslagen van het programma na afloop kan worden afgemeten. Projecten die later binnen het BKPZ-programma zijn gestart, worden minder uitgebreid geëvalueerd. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin per thema staat aangegeven welke beroepsgroep een project uitvoert binnen dat thema. Ook wordt een korte beschrijving gegeven van de inhoud van de thema's.

Een van de thema's binnen het BKPZ-programma betreft 'criteria vanuit patiëntenperspectief'. Dit rapport bevat de evaluatie van dit thema. Binnen het thema 'criteria vanuit patiëntenperspectief' is onderzocht welke eisen patiënten stellen aan de kwaliteit van de paramedische zorg. De criteria vanuit patiëntenperspectief zijn ontwikkeld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). In eerste instantie zijn er criteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld voor vier paramedische beroepsgroepen, te weten: diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. In een later stadium is gestart met de ontwikkeling van dergelijke criteria voor ergotherapeuten, mondhygiënisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Hoewel er dus acht beroepsgroepen deelnemen aan projecten waarin criteria vanuit patiëntenperspectief worden ontwikkeld en het om acht projecten binnen het BKPZ-programma gaat, zijn deze onderverdeeld in twee projecten van de NPCF. In dit rapport wordt daarom over twee projecten gesproken. Het eerste project betreft de ontwikkeling van criteria vanuit patiëntenperspectief voor diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. De criteria voor ergotherapeuten, mondhygiënisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten worden ontwikkeld in het tweede project. Dit rapport bevat vooral de evaluatie van het eerste project.

In dit eerste hoofdstuk wordt allereerst aandacht besteed aan verschillende ontwikkelingen binnen de paramedische zorg die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de Nivel-evaluatie van deze projecten.

1.1 Aanleiding

In het verleden werd de kwaliteit van de zorg vooral door professionele beroepsbeoefenaren bepaald. Hier is met name sinds de Leidschendam-conferenties (vanaf 1989) verandering in gekomen. Tijdens de Leidschendam-conferenties (van 1989, 1990 en 1995) is afgesproken dat overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten, elk vanuit de eigen verantwoordelijkheid,

tot een gezamenlijk kwaliteitsbeleid komen. Op de Leidschendamconferentie van 1995 zijn onder andere de volgende afspraken gemaakt:

- Patiënten / consumenten maken zorgaanbieders duidelijk welke eisen ze stellen aan de kwaliteit van de zorg, respectievelijk het kwaliteitssysteem, welke beoordelingsmethoden ze willen hanteren en hoe ze de resultaten van de beoordeling gebruiken;
- Patiënten / consumentenorganisaties zullen de door hen ontwikkelde criteria inbrengen bij aanbieders.
- Per sector worden op landelijk, regionaal en/of instellingsniveau afspraken gemaakt over de beoordeling door patiënten /consumenten (van Londen e.a., 1995).

Bovendien is tijdens de Leidschendamconferenties afgesproken dat de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zelf de verantwoordelijkheid hebben voor het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en in de wet BIG is vastgelegd dat patiënten betrokken dienen te worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders (Min.WVC, 1994). De aanvankelijk meer aanbodgerichte gezondheidszorg verschuift hiermee steeds meer naar een vraaggerichte gezondheidszorg. Via een regelmatige meningspeiling onder patiënten kan een betere afstemming van vraag en aanbod in de gezondheidszorg worden bereikt, wat weer een positieve invloed kan hebben op het gebruik van zorgvoorzieningen (Thomas, 1984), therapietrouw (Wartman e.a., 1983) en de gezondheidssituatie van personen. Met de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief kan tegemoet worden gekomen aan de hierboven genoemde eisen.

De kwaliteitscriteria kunnen op verschillende niveaus worden ingepast in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen. Ten eerste kunnen de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief worden gebruikt in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep op landelijk niveau. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruik van de criteria in de opleiding en de beroepscode. Ten tweede kunnen de criteria worden gebruikt bij een externe kwaliteitstoets door patiënten- / consumentenorganisaties. Hiermee kan gemeten worden in hoeverre de verleende zorg voldoet aan de criteria vanuit patiëntenperspectief. Bovendien kan hiermee een regionaal overzicht worden verkregen van de kwaliteit van zorg door de diverse beroepsbeoefenaren. Ten derde kan op basis van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief een publieksbrochure worden geschreven, waarin de belangrijkste criteria op vereenvoudigde wijze zijn opgenomen. Met behulp van een dergelijke brochure worden zorggebruikers zich bewust van welke kwaliteit zij van hulpverleners mogen verwachten (Stüssgen, 2000).

1.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Al eerder is door de NPCF een lijst met algemene kwaliteitscriteria voor de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief opgesteld. Deze criteria zijn gefundeerd op allerlei verschillende zorgpraktijken. Ze vormen een abstractie van ongeveer 30 lijsten van criteria die betrekking hebben op de kwaliteit van verschillende sectoren, instellingen en beroepsgroepen in de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief. Ze zijn geformuleerd op een zodanig abstract niveau dat zij betrekking hebben op de gezondheidszorg in het algemeen. Deze criteria zijn onderverdeeld in acht kwaliteitsaspecten, te weten:

- vakbekwaamheid;
- informatie;
- bejegening;
- steun;
- zelfstandigheid;
- organisatie;
- accommodatie;
- evaluatie.

Deze kwaliteitsaspecten vormen tezamen dertig rubrieken, waaronder in totaal 134 kwaliteitscriteria vallen. Een voorbeeld van een rubriek onder het kwaliteitsaspect 'bejegening' is:

"bejegening van de patiënt als een hulpvrager: de hulpverlener treedt de patiënt met een beroepsmatige attitude tegemoet, uitgaande van een zo volledig mogelijk begrip voor diens specifieke problemen, behoeften en eigenaardigheden."

Een kwaliteitscriterium onder deze rubriek luidt als volgt:

"De hulpverlener dringt zijn/haar hulp, opvattingen en adviezen niet op aan de patiënt."

Het eerste project binnen het thema 'criteria vanuit patiëntenperspectief' heeft geresulteerd in drie lijsten met kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief: een voor diëtisten, een voor fysiotherapeuten en een voor oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) niet achter het product staat.

De afzonderlijke lijsten bestaan uit 80 tot 90 criteria, welke zijn onderverdeeld in dezelfde acht kwaliteitsaspecten als de lijst met algemene kwaliteitscriteria voor de gezondheidszorg. Bijlage 4 bevat de concept-criteria vanuit patiëntenperspectief voor fysiotherapeuten. Deze criteria zijn ten tijde van deze evaluatie nog niet vastgesteld door het KNGF. De meeste criteria bestaan uit een hoofdcriterium met daarbij specificaties van dat criterium. Onderstaand voorbeeld zal dit verduidelijken. Onder het aspect 'informatie' wordt het volgende criterium vermeld:

"De fysiotherapeut informeert de patiënt over het behandelplan.

Aandachtspunten:

- a. fysiotherapeutische diagnose;*
- b. behandelingsmogelijkheden;*
- c. bereikbaar geachte behandelgoal(en);*
- d. gebruikte middelen;*
- e. duur van de behandeling;*
- f. werkwijze van de behandeling;*
- g. afbouwfase (bij beëindiging van de behandeling);*
- h. doorverwijzing;*
- i. samenhang tussen de behandeling en (eventueel) de overige vormen van zorg of behandeling waar de patiënt gebruik van maakt. "*

1.3 Evaluatie van het thema 'Criteria vanuit patiëntenperspectief'

Deze evaluatie richt zich met name op de ontwikkeling van de criteria vanuit patiëntenperspectief voor de vier beroepsgroepen die deel hebben genomen aan het eerste project. In het kader van de Nivel-evaluatie heeft bij deze beroepsgroepen ook een nulmeting met betrekking tot criteria vanuit patiëntenperspectief plaatsgevonden. In dit rapport wordt de stand van zaken van het tweede project kort geschetst.

Om de voortgang van het project te bewaken is een werkgroep ingesteld waarin naast de projectleider van de NPCF, een vertegenwoordiger van het CBO en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen zitting hadden. De vertegenwoordiger van het CBO had hierbij een adviserende rol. In de eindfase van het project heeft tevens de projectleider die verantwoordelijk was voor het tweede project deelgenomen aan de werkgroepbijeenkomsten.

Bij de start van het BKPZ-programma is door het Nivel in een nulmeting nagegaan wat het plan van aanpak was en wat de streefdoelen zijn van de bij dit thema betrokken beroepsgroepen. In deze evaluatie is onderzocht in hoeverre het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald. Tevens is onderzocht in hoeverre rekening is gehouden met implementatie in de praktijk. De bij deze evaluatie behorende vraagstelling is driedelig:

1. *Is het project volgens plan uitgevoerd?*
2. *Zijn de streefdoelen gehaald?*
3. *Welke stappen moeten nog ondernomen worden voor implementatie in de praktijk?*

Ter beantwoording van bovengenoemde vragen is gebruik gemaakt van verschillende methoden. Allereerst hebben interviews plaatsgevonden met betrokkenen. Daarnaast is gebruik gemaakt van documentanalyse van de binnen dit thema ontwikkelde producten. Aanvankelijk was het de bedoeling was om met behulp van vragenlijsten naar steekproeven van betrokken paramedische beroepsgroepen te onderzoeken wat het draagvlak van de criteria in de praktijk is. In samenspraak met de beroepsverenigingen is echter besloten hier van af te zien. De reden hiervoor is dat de NVOM niet achter de ontwikkelde criteria staat en de beroepsverenigingen van de andere betrokken beroepsgroepen besloten hebben de criteria bij een grote groep patiënten te valideren. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op deze wijzigingen in het project.

Interviews

Om na te gaan of het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald hebben interviews plaatsgevonden met de projectleider, de adviseur van het CBO en de paramedici in de werkgroep. Omdat de oefentherapeut-Cesar in de werkgroep niet meer werkzaam is voor de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) en er geen vervanger was, heeft er geen interview plaatsgevonden met een afgevaardigde van de VBC. Tevens heeft een interview plaatsgevonden met de projectleider die in latere instantie bij het project betrokken was en die verantwoordelijk is voor het tweede project. Voor de interviews met de paramedici is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 2); deze vragenlijst diende voorafgaand aan het interview te worden ingevuld. Tijdens het interview werd een toelichting gevraagd op de gegeven antwoorden en werden de open vragen doorgenomen. Ten behoeve van het interview met de projectleider en met de adviseur is een interview-checklist opgesteld (zie bijlage 3). Bij het interview met de tweede projectleider is deze checklist in een iets aangepast versie gebruikt. In de vragenlijsten en de checklist kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

Projectplanning: zijn de projecten uitgevoerd volgens de vooraf opgestelde projectplannen?

Realisering van de doelen: Welke doelen zijn gerealiseerd en welke worden naar verwachting nog gerealiseerd? Zijn de doelen tussentijds bijgesteld en zo ja, wat was daarvan de reden?

Verloop van de projecten: Hoe is de uitvoering van de projecten verlopen volgens de visie van de paramedici, de projectleider van de NPCF en de adviseur van het CBO. Welke mee- en tegenvallers hebben zich hierbij voorgedaan?

Implementatie en draagvlak: Hebben er al activiteiten plaatsgevonden gericht op implementatie? Wat is er gedaan om een draagvlak voor de eindproducten te creëren?

Het verslag van de interviews is ter autorisatie voorgelegd aan de geïnterviewde personen.

Documentanalyse

Voor alle betrokken beroepsgroepen wordt door de projectleider van de NPCF een rapport geschreven waarin de totstandkoming van de criteria en de definitieve criteria zijn opgenomen. Ten tijde van deze evaluatie is echter alleen het rapport van de oefentherapeuten-Mensendieck in conceptvorm gereed. Aan de concepten van de andere drie beroepsgroepen wordt de laatste hand gelegd. Op basis van het concept-rapport van de oefentherapeuten-Mensendieck wordt nagegaan op welke wijze de criteria tot stand zijn gekomen.

1.4 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk twee wordt de opzet van de ontwikkeling van de criteria vanuit patiëntenperspectief beschreven. Hierbij wordt ingegaan op het plan van aanpak, de streefdoelen en het onderzoeksvoorstel op basis waarvan de projecten zijn gestart. Hoofdstuk drie bevat de evaluatie van de totstandkoming van de criteria. Daarbij wordt aandacht besteed aan de meningen van de werkgroepleden. Bovendien wordt hierbij onderzocht of het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op het draagvlak en de implementatie van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Hoofdstuk vijf bevat de samenvatting en conclusies. Daarbij wordt in dit hoofdstuk aangegeven welke stappen nog moeten worden genomen voor implementatie in de praktijk.

2.2 Aangepaste opzet

Zoals uit de vorige paragraaf blijkt was voorafgaand aan de daadwerkelijke start van het project geen overeenstemming over de opzet tussen de betrokken beroepsgroepen en de NPCF. Daarom heeft de NPCF het onderzoeksvoorstel gewijzigd. Hoewel de globale stappen van het plan van aanpak zijn behouden, is de methode bij de ontwikkeling van de visie en de criteria vanuit patiëntenperspectief gewijzigd. Het project is uiteindelijk bijna een jaar later gestart dan de bedoeling was. De subsidieverstrekker, het CVZ, heeft het CBO verzocht om als adviseur op te treden bij de projecten. Tevens is besloten een werkgroep in te stellen die de voortgang van het project diende te bewaken. De werkgroep bestond uit afgevaardigden van de betrokken beroepsgroepen, een adviseur van het CBO en de projectleider van de NPCF. Deze werkgroep had een besluitvormende rol.

Hieronder volgt een beschrijving gegeven van het uiteindelijke onderzoeksvoorstel dat ten grondslag lag aan de uitvoering van het project (Stüssgen, 1998).

In het onderzoeksvoorstel werden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

1. *Welke kwaliteitsvisie op de beroepsuitoefening van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten kan vanuit het patiëntenperspectief geformuleerd worden?*
2. *Welke kwaliteitscriteria ten aanzien van de beroepsuitoefening van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten kunnen vanuit het patiëntenperspectief geformuleerd worden?*
3. *Wat zijn eventuele mogelijkheden voor inbreng van de kwaliteitscriteria van patiënten / consumenten in de kwaliteitsactiviteiten van de genoemde beroepsgroepen?*

De NPCF was verantwoordelijk voor de beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen. De derde onderzoeksvraag viel onder verantwoordelijkheid van het CBO. Voor de beantwoording van deze vraag is een beleidsdiscussie opgezet, waaraan de beroepsverenigingen en de NPCF deelnamen.

Ter beantwoording van de eerste twee vragen zouden sleutelinformanten uit patiëntenverenigingen worden geraadpleegd. Deze sleutelinformanten dienden een bijdrage te leveren aan de formulering van een kwaliteitsvisie en kwaliteitscriteria. Volgens de NPCF dienden de sleutelinformanten een zo goed mogelijke representatieve groep te vormen van patiënten van de betreffende beroepsgroep. Bovendien dienden zij ervaringsdeskundig te zijn.

Ervaringsdeskundig betekent:

“dat iemand in staat is om de kennis, inzichten en vaardigheden die hij/zij heeft opgedaan met betrekking tot het leven met een bepaalde ziekte of aandoening en de zorg daarvoor, dienstbaar te maken voor anderen en daarmee een overstap kan maken van het individuele naar het collectieve niveau. Een ervaringsdeskundige is in staat om zijn/haar eigen individuele perspectief te overstijgen tot het niveau van het cliëntenperspectief, dat wil zeggen niet alleen beseft wat specifiek voor hem/haarzelf van belang kan zijn voor een goede kwaliteit van zorg - maar ook in het algemeen voor andere cliënten.”

Volgens het onderzoeksvoorstel wilde men per beroepsgroep zo'n 12 tot 15 patiëntenorganisaties benaderen met de vraag of zij willen en kunnen bemiddelen in de werving van een geschikte sleutelinformant. Hierbij diende voor elke beroepsgroep een zodanige selectie van chronische aandoeningen te worden gemaakt dat die tezamen een zo groot mogelijk deel van de patiënten van de betreffende beroepsgroep uitmaakt.

De geselecteerde sleutelinformanten zouden een bijdrage leveren aan het opstellen van een kwaliteitsvisie en kwaliteitscriteria door deel te nemen aan een groepsinterview, het beantwoorden van een schriftelijke vragenlijst en, ten slotte, door deel te nemen aan een consensusbijeenkomst. Per beroepsgroep diende een dergelijk traject te worden afgelegd. Voor oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck zou een gezamenlijk traject worden gevolgd. Voor deze beroepsgroepen werd een gecombineerd traject wenselijk geacht, omdat hun beroepspraktijken vanuit patiëntenperspectief veel met elkaar gemeen hebben. In een gezamenlijk groepsinterview en consensusbijeenkomst zouden eventuele verschillen in kaart kunnen worden gebracht. Een dergelijk gecombineerd traject zou er als volgt uit zien:

“Voor het groepsinterview levert de helft van de geselecteerde patiëntenorganisaties één Cesar-ervaringsdeskundige en de andere helft één Mensendieck-ervaringsdeskundige. Voor de schriftelijke ronde leveren alle patiëntenorganisaties één Cesar-ervaringsdeskundige en één Mensendieck-ervaringsdeskundige. (Het aantal deelnemers is hier dus twee maal zo groot als bij het groepsinterview.) Voor de consensusbijeenkomst levert dan weer de helft van de patiëntenorganisaties één Cesar-ervaringsdeskundige en de andere helft één Mensendieck-ervaringsdeskundige, maar dan zo dat de patiëntenorganisaties die eerst een Cesar-ervaringsdeskundige hebben geleverd, nu een Mensendieck-ervaringsdeskundige leveren, en omgekeerd.”

Groepsinterviews

Aan de sleutelinformanten zou gevraagd worden zich voor te bereiden:

“De sleutelinformanten krijgen voorafgaand aan het groepsinterview op schrift wat er precies van hen verwacht wordt. De lijst met kwaliteitsaspecten en de rubrieken krijgen zij (in de vorm van een brochure) daarbij ook vooraf toegestuurd, zodat ze zich vooraf enigszins kunnen voorbereiden en oriënteren. Het verdient hierbij de voorkeur dat de sleutelinformanten bij hun voorbereiding andere ervaringsdeskundigen betrekken en met hen overleggen.”

In het groepsinterview wilde men zowel de visie als de criteria aan bod laten komen.

“In het eerste (open) deel van het groepsinterview (duur: ongeveer een half uur) kunnen de sleutelinformanten brainstormen over de vraag wat hun visie op de beroepsuitoefening is. De begrippen die de basis vormen voor het patiëntenperspectief - zelfbeschikking, ondeelbaarheid van de persoon, individuele diversiteit en rechtvaardige verdeling - zullen hierbij als oriëntatiekader aan de sleutelinformanten worden aangeboden.

In het tweede (semi-gestructureerde) deel van het groepsinterview (duur: ongeveer twee uur) worden de sleutelinformanten in de gelegenheid gesteld kwaliteitscriteria aan te dragen. Hierbij wordt hen de structuur die ten grondslag ligt aan de kwaliteitscriteria voor de gezondheidszorg (in het algemeen) vanuit patiëntenperspectief als oriëntatiekader aangeboden, waarbij voldoende ruimte voor een eigen inbreng en invulling mogelijk blijft.”

Schriftelijke vragenlijst

In een schriftelijke vragenlijst aan de sleutelinformanten zou gevraagd worden of zij zich kunnen vinden in de criteria die op basis van het focusgroepsinterview geformuleerd zijn. Zij konden daarbij de lijst aanvullen of toespitsen. Ook zou hen gevraagd worden welke criteria zij het belangrijkste vinden.

Hierbij werd door de NPCF aangegeven dat de kans groot is dat niet alle genoemde criteria aansluiten bij de algemene criteria. Dit kan volgens de NPCF betekenen dat de sleutelinformanten deze algemene criteria niet belangrijk of relevant vinden of dat ze er niet aan gedacht hebben of er niet aan toegekomen zijn of deze te noemen. Daarom zou een selectie of samenvat-

ting van deze criteria aan hen worden voorgelegd met de vraag of ze deze relevant vinden en zo ja, hoe belangrijk. Ook zou weer gevraagd te overleggen met enkele andere ervaringsdeskundigen. Op basis van de gegevens die uit deze ronde naar voren komen, zou een concept-lijst van criteria worden opgesteld.

Consensusbijeenkomst

De op basis van de schriftelijke ronde herziene criteria zouden worden toegezonden aan de sleutelinformanten. Tijdens een consensusbijeenkomst zou bepaald worden of een meerderheid kan instemmen met de afzonderlijke criteria.

3 EVALUATIE VAN DE ONTWIKKELING VAN DE CRITERIA

In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief geëvalueerd. Onderzocht is in hoeverre, naar de mening van de werkgroepleden, het project naar tevredenheid is verlopen. Hierbij is nagegaan of het plan van aanpak en het onderzoeksvoorstel zijn gevolgd en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. Ook wordt de rol van de werkgroep beschreven. Bij deze evaluatie is gebruik gemaakt van het concept-rapport voor oefentherapeuten-Mensendieck. Hoewel de NVOM niet achter het eindproduct staat, is het rapport voor oefentherapeuten-Mensendieck het enige dat in conceptvorm gereed is ten tijde van de evaluatie. Ook is gebruik gemaakt van de geautoriseerde interviewverslagen. Omdat de VBC niet heeft kunnen deelnemen aan een interview, blijft de mening van deze beroepsvereniging achterwege.

3.1 Plan van aanpak

Zoals ook al in hoofdstuk twee is vermeld is het plan van aanpak bij aanvang van het project aangepast. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre de vier stappen in het plan van aanpak en het onderzoeksvoorstel zijn gevolgd en welke eventuele bijstellingen gedurende de uitvoering van het project hebben plaatsgevonden.

3.1.1 Kwaliteitsvisie

De eerste stap binnen het plan van aanpak was het ontwikkelen van een kwaliteitsvisie. Hoewel geprobeerd is een kwaliteitsvisie op papier te zetten, is dit niet gelukt.

Projectleider NPCF: "Er is getracht een kwaliteitsvisie op papier te zetten, maar dit is niet gelukt. Het was de bedoeling dat op basis van de groepsdiscussie een kwaliteitsvisie ontwikkeld zou worden. Daarvoor was het echter nodig dat de patiënten hun ervaringen op een hoger niveau zouden tillen en daarmee hun visie zouden bepalen. De meeste patiënten in de groepsdiscussies bleken hiertoe echter niet in staat."

In het concept-verslag voor oefentherapeuten-Mensendieck wordt vermeld dat het in principe wel mogelijk lijkt om enkele hoofdlijnen in de lijst van criteria te traceren en op basis daarvan enkele abstracte kernbegrippen te formuleren. Deze aanpak viel echter buiten het bestek van het project, ook omdat de tijdsplanning al was overschreden.

Volgens het werkgroeplid van de NVD was het niet verwonderlijk dat er geen visie is ontwikkeld.

NVD: "Het is vreselijk moeilijk om een visie neer te zetten en dat kun je ook niet verwachten van patiënten. Het is ook niet storend. Er is wel aangewerkt, maar het is niet gelukt."

3.1.2 Kwaliteitscriteria

De tweede stap in het stappenplan betrof de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Voor de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief waren verschillende stappen gepland.

Sleutelinformanten

Het was de bedoeling om per beroepsgroep uit 12 tot 15 patiëntenorganisaties 10 tot 12 sleutelinformanten te selecteren. Omdat er een gezamenlijke groepsdiscussie plaats zou vinden voor oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck waren er voor elk van deze beroepsgroepen in eerste instantie vijf tot zes sleutelinformanten nodig. Voor deze beroepsgroe-

pen zouden aan de schriftelijke ronde wel 10 tot 12 sleutelinformanten deelnemen. Het bleek echter bijzonder moeilijk om sleutelinformanten te vinden. Dit gold met name voor patiënten die ervaring hadden met oefentherapie-Mensendieck. Voor oefentherapie-Mensendieck konden slechts vier sleutelinformanten gevonden worden (waarvan twee ook ervaring hadden met oefentherapie-Cesar) in plaats van de vooraf geplande vijf tot zes.

Ook bleek het niet haalbaar om de patiëntenorganisaties die in de eerste ronde een Cesar-ervaringsdeskundige leverden, in de derde ronde een Mensendieck-ervaringsdeskundige te laten leveren, en omgekeerd. Volgens de NPCF was dit achteraf gezien niet erg nadelig, omdat bleek dat vanuit patiëntenperspectief dezelfde kwaliteitscriteria voor oefentherapie-Mensendieck en -Cesar naar voren kwamen.

Nadat het focusgroepsinterview had plaatsgevonden werd de NVOM op de hoogte gesteld van het tegenvallende aantal sleutelinformanten. De NVOM vond dat de basis waarop de criteria ontwikkeld werden erg smal worden.

NVOM: "De NVOM en de VBC vonden dat er te weinig patiënten waren en dat de gevonden patiënten geen representatieve patiëntengroep voor de beroepsgroep vormden. Er was echter niet met de NPCF over te praten. Volgens de projectleider liep de geldigheid van de criteria geen gevaar; een verscheidenheid in ervaringsdeskundigheid was volgens hem vooral om de verschillen tussen oefentherapie-Mensendieck en -Cesar helder te krijgen, maar hij verwachtte al dat deze niet groot zijn."

Vanwege het tegenvallend aantal sleutelinformanten bij oefentherapie-Cesar en -Mensendieck heeft na het groepsinterview nog een extra wervingsronde plaatsgevonden, waardoor het beoogde aantal patiënten voor de tweede ronde (schriftelijke vragenlijsten) en de derde ronde (consensusbijeenkomst) wel is gehaald.

Focusgroepsinterviews

De focusgroepsinterviews bestonden uit ervaringsverhalen van de sleutelinformanten en de groepsdialoog hierover. Hoewel in het onderzoeksvoorstel van de NPCF stond dat de sleutelinformanten criteria zouden aanleveren, leverden de groepsdiscussies geen kant-en-klare kwaliteitscriteria op. Deze moesten uit de verslagen van de focusgroepsinterviews gedestilleerd worden door de projectleider van de NPCF. Dit destillatieproces is zo transparant mogelijk weergegeven door voor elk criterium weer te geven uit welk(e) interviewfragmenten het is afgeleid. Hiervoor werden de focusgroepsdiscussies letterlijk op papier gezet.

KNGF: "Na het lezen van de interviews bleek dat het merendeel van de respondenten er niet toe in staat was om ervaringen op een hoger niveau te tillen. Dit is ook van invloed geweest op de inhoud van de criteria. De criteria zijn daardoor op het niveau van een individuele beleving geschreven. Bepaalde slechte ervaringen hebben een belangrijke rol gespeeld die ze bij een grote groep respondenten waarschijnlijk niet zouden hebben gekregen. De onderzoeker deed hierbij wel een poging om dit op een hoger niveau te tillen, maar dit lukte heel moeilijk. Een criterium is bijvoorbeeld gebaseerd op de ervaring dat iemand geen kopje koffie bij de fysiotherapeut heeft gekregen."

Uit de afzonderlijke groepsinterviews bleek dat veel criteria niet beroepsspecifiek waren, maar eventueel ook voor de andere deelnemende beroepsgroepen zouden kunnen gelden. Om de smalle basis waarop de criteria werden ontwikkeld te verbreden, heeft de NPCF de criteria die voor de verschillende paramedische beroepsgroepen naar voren kwamen met elkaar vergeleken. Hierbij is nagegaan welke criteria bij de ene beroepsgroep genoemd ook voor de andere beroepsgroepen zouden kunnen gelden. De NVOM onderschreef deze vergelijking echter niet.

NVOM: “Geheel buiten het projectvoorstel om werd vervolgens een ander idee uitgewerkt: criteria die bij een bepaalde paramedische discipline naar voren waren gekomen, werden ook gebruikt voor andere paramedische disciplines. Dit gold niet voor alle criteria, maar voor de door de projectleider geschikt geachte criteria. De projectleider bepaalde welke criteria van andere beroepsgroepen ook zouden kunnen gelden voor de oefentherapeuten-Mensen-dieck. Daar was de NVOM het niet mee eens.”

Schriftelijke vragenlijst

Volgens plan is in een schriftelijke vragenlijst aan de sleutelinformanten gevraagd of zij zich konden vinden in de criteria die op basis van het focusgroepsinterview geformuleerd waren. Zij konden daarbij de lijst aanvullen of toespitsen. Ook werd gevraagd hoe belangrijk zij elk criterium vonden: niet zo belangrijk, belangrijk of zeer belangrijk. Tevens werd gevraagd of de bij andere beroepsgroepen geselecteerde criteria ook voor de beroepsgroep waarmee zijzelf ervaring hebben gelden. Hierbij werd gevraagd deze criteria extra kritisch te beoordelen.

Consensusbijeenkomst

Overeenkomstig het onderzoeksvoorstel zijn de op basis van de schriftelijke ronde herziene criteria toegezonden aan de sleutelinformanten. Tijdens een consensusbijeenkomst werd bepaald of een meerderheid kon instemmen met de afzonderlijke criteria.

Terugkoppeling naar de beroepsverenigingen

In het plan van aanpak en het onderzoeksvoorstel wordt niet ingegaan op de betrokkenheid van de paramedische beroepsgroepen bij de inhoud van de kwaliteitscriteria. De paramedici zijn echter wel in het ontwikkelingsproces betrokken. De uit de voorgaande stappen ontstane lijst van criteria is voorgelegd aan de betreffende beroepsverenigingen, zodat zij commentaar konden geven. Indien dit commentaar betrekking had op de formulering, is dit commentaar verwerkt, mits dit door de onderzoeker van de NPCF zinvol werd geacht. Wanneer er inhoudelijk commentaar was, is dit vervolgens weer voorgelegd aan de sleutelinformanten.

Inhoudelijk commentaar voorgelegd aan sleutelinformanten

In een schriftelijke ronde zijn de voorstellen tot inhoudelijke wijziging van de criteria voorgelegd aan de sleutelinformanten. Wanneer een meerderheid van de sleutelinformanten het eens was met het commentaar vanuit de beroepsvereniging werd dit in de criteria verwerkt.

Op basis van deze vijf stappen zijn de uiteindelijke criteria vastgesteld (zie bijlage 4 voor de criteria vanuit patiëntenperspectief voor fysiotherapeuten). Mede op basis van commentaar van de werkgroepleden zijn in laatste instantie door de projectleider delen van criteria samengevoegd. Ook zijn de criteria, waar mogelijk eenvoudiger geformuleerd, zonder de inhoudelijke betekenis te wijzigen.

Vergelijking met algemene criteria

Volgens het onderzoeksvoorstel zouden de criteria voor de paramedische beroepsgroepen in de schriftelijke ronde na de focusgroepsdiscussies worden vergeleken met de algemene criteria vanuit patiëntenperspectief voor de gezondheidszorg. Dit heeft uiteindelijk in een extra schriftelijke ronde plaatsgevonden. De paramedische criteria zijn hiervoor op dezelfde wijze geordend als de algemene criteria. Daarbij is onderzocht welke criteria overeenkwamen en welke niet. Op deze manier zijn er 24 hiaten gevonden in de criteria voor paramedici. De algemene criteria waarbij geen aansluiting is gevonden zijn schriftelijk aan de sleutelinformanten voorgelegd met de vraag of zij deze criteria ook geldig vinden voor de beroepsgroep waarmee zij ervaring hadden. Daarbij is tevens gevraagd hoe belangrijk ze elk van die criteria vinden. Op deze manier is een lijst ontstaan met algemene criteria die ook relevant werden bevonden. Omdat deze criteria niet spontaan genoemd zijndoor de sleutelinformanten en omdat er al een hele lijst met criteria

was, is in de werkgroep besloten deze criteria als bijlage op te nemen. Er wordt vanuit gegaan dat in de groepsdiscussies de belangrijkste zaken zijn genoemd.

Kwantitatieve valideringslag

Naar aanleiding van de vraagtekens die de beroepsgroepen hadden gezet bij de externe geldigheid van de criteria, is besloten de criteria kwantitatief te valideren. Voor deze kwantitatieve valideringslag is een aanvullend projectvoorstel geschreven.

Projectleider NPCF: "Voor deze kwantitatieve validering vindt allereerst een vertaalslag plaats, waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen hoofdcriteria en nevencriteria. De hoofdcriteria zijn de criteria zonder a, b of c, etc. erachter. De overige criteria worden nevencriteria en gelden als toelichting op hoofdcriteria. De hoofdcriteria worden omgezet in vragen die op een eenvoudige manier zijn geformuleerd. Hierbij dienen patiënten op een 5-puntschaal aan te geven hoe belangrijk zij het betreffende criterium vinden. Als de teruggekomen vragenlijsten geanalyseerd zijn, zal ergens de lat gelegd moeten worden welke criteria wel en welke niet gelden. Met behulp van deze valideringslag kan er tevens onderscheid gemaakt worden in wat verschillende groepen, zoals ouderen en jongeren en leden en niet-leden van een patiëntenvereniging, belangrijk vinden."

KNGF: "Hoewel het aantal van 15 respondenten voor de fysiotherapeuten gehaald is, is er voor gekozen een valideringslag te maken. Het is zowel vanuit de NPCF als het KNGF een onderschatting geweest om criteria op basis van ervaringen van 15 respondenten als het patiëntenperspectief te laten gelden."

Second Opinion NVOM

Omdat de werkwijze op verschillende momenten werd aangepast en omdat de werkgroepleden verschillende taken kregen toebedeeld waarvan ze van te voren niet op de hoogte waren, verloor de NVOM op een gegeven moment het vertrouwen in de NPCF.

NVOM: "Ter voorbereiding van de tweede ronde konden de werkgroepleden commentaar leveren op de vragenlijst. Hier was echter nauwelijks tijd voor en daardoor moest het vluchtig gebeuren. Bovendien was het niet de taak van de werkgroepleden om het werk van de projectleider na te kijken; het was de taak van de NPCF om een goede vragenlijst te ontwikkelen. Hiermee verloor de NVOM het vertrouwen in de NPCF."

Op het moment dat de NPCF aangaf dat er een kwantitatieve Valideringslag nodig was om valide en betrouwbare criteria te krijgen (in december 1999) heeft de NVOM het project stopgezet. Volgens de NVOM konden de criteria, die op een smalle basis waren ontwikkeld, niet gevalideerd worden door een kwantitatieve valideringslag. De NVOM heeft toen, met toestemming van het CBO, een second opinion laten uitvoeren.

NVOM: "De second opinion die de NVOM heeft laten uitvoeren, bevestigt de NVOM in haar kritiek. De bruikbaarheid en de validiteit van het product zijn onvoldoende en de samenwerking is verstoord."

Er is nu een projectvoorstel ingediend bij het CVZ, waarin wordt voorgesteld om een ander onderzoeksbureau de criteria vanuit patiëntenperspectief voor de NVOM opnieuw te laten ontwikkelen.

3.1.3 Samenwerkingsmogelijkheden voor implementatie

De derde stap in het stappenplan betreft het onderzoeken van samenwerkingsmogelijkheden tussen de NPCF en de vier betrokken beroepsgroepen, gericht op implementatie van de ontwikkelde criteria. Het CBO heeft geïnventariseerd welke ideeën de betrokken partijen hebben over de implementatie van de criteria. Daartoe hebben interviews plaatsgevonden met de beroepsverenigingen en de NPCF. Op basis van deze interviews is een discussienota geschreven. Deze nota biedt een overzicht van de verschillende manieren waarop de criteria vanuit patiëntenperspectief kunnen worden toegepast.

In hoofdstuk vier wordt aandacht besteed aan de verschillende mogelijkheden voor implementatie.

3.1.4 Conferentie

Als laatste stap heeft in maart 1999 een conferentie voor alle paramedische beroepsgroepen plaatsgevonden. Deze conferentie was georganiseerd door het CBO. Op de orthoptisten na waren alle paramedische beroepsgroepen aanwezig. De discussienota waarin de verschillende mogelijkheden voor implementatie zijn weergegeven vormde het uitgangspunt voor deze conferentie. Het CBO heeft een verslag geschreven van de conferentie, dat als laatste hoofdstuk wordt opgenomen in de discussienota. In hoofdstuk vier wordt nader ingegaan op de onderwerpen die tijdens de conferentie besproken zijn.

Tijdens de conferentie is afgesproken dat de verenigingen afzonderlijk afspraken maken met de NPCF.

3.2 Resultaten

De paramedici in de werkgroep zijn op het moment dat de criteria nog niet gevalideerd zijn bij een grote groep patiënten niet tevreden over de resultaten. De criteria die er dan liggen zijn volgens hen niet hanteerbaar. Volgens de projectmedewerker van het KNGF zijn de resultaten te mager in relatie tot de streefdoelen. Volgens de NVOM bevat de lijst van criteria voor oefentherapeuten-Mensendieck zeer weinig criteria die door eigen patiënten genoemd zijn.

NVOM: "Onder de kop 'vakbekwaamheid' is 36% van de criteria door andere patiënten geuit."

Ook trekken de paramedici de validiteit en betrouwbaarheid van de criteria die er ten tijde van deze evaluatie liggen in twijfel. Volgens de projectleider is er met gevolgde methode nagenoeg inhoudelijke verzadiging bereikt. De NPCF komt echter tegemoet aan de wensen van de paramedici in de werkgroep door het uitvoeren van een kwantitatieve valideringslag.

Projectleider NPCF: "Op basis van vraagtekens die werden gesteld door de beroepsgroepen over de externe geldigheid van de criteria is besloten om de criteria kwantitatief te valideren. Als men serieus met de criteria aan de slag wil, wil men dat deze gevalideerd zijn bij een grote groep patiënten."

Door de projectmedewerkers van de NVD en het KNGF wordt verwacht dat de resultaten na de kwantitatieve valideringslag gebruikt kunnen worden in de praktijk. De NPCF heeft aangegeven dat er, als de kwantitatieve valideringslag is afgerond, per beroepsgroep een brochure wordt geschreven waarin de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief worden beschreven. Deze brochures worden zowel voor beroepsbeoefenaren als voor patiënten geschreven.

3.3 Rol van de werkgroep

Om de voortgang te bewaken is een werkgroep van betrokkenen ingesteld. Dit was een werkgroep met een besluitvormende rol. Dit wil zeggen dat de leden van de werkgroep richting konden geven aan het project. De werkgroep bestond uit afgevaardigden van de betrokken beroepsgroepen, een adviseur van het CBO en de projectleider van de NPCF. Per beroepsgroep was er een afgevaardigde in de werkgroep. Ten aanzien van deze afgevaardigden waren vooraf geen eisen gesteld. Door de NPCF werd aangenomen dat de beroepsverenigingen mensen zouden aanleveren die zich bezig houden met kwaliteitsbeleid.

Bij de uiteindelijke start van het project was het voor de paramedici in de werkgroep nog niet geheel duidelijk wat de taak van de werkgroepleden was. Ook was het voor hen niet duidelijk wat de precieze werkwijze was.

NVD: "Het projectplan was vrij vaag omschreven en er moesten zaken verduidelijkt worden. Zo werd pas na de eerste bijeenkomst duidelijk was wat de taak van de paramedici in de werkgroep was.(...) Er is vooraf te weinig nagedacht over wat de betrokken paramedische beroepsgroepen willen. Het was beter geweest als er al bij de ontwikkeling van het projectvoorstel mensen vanuit het werkveld betrokken waren. In het begin van het project had er meer gebrainstormd moeten worden over het projectvoorstel, bijvoorbeeld over wat de knelpunten, verwachtingen of aanvullingen kunnen zijn."

Er waren aanvankelijk drie bijeenkomsten gepland. Hierbij werd echter de kanttekening geplaatst dat als het noodzakelijk is er vaker bijeengekomen zou worden. Uiteindelijk hebben er zes bijeenkomsten plaatsgevonden

3.3.1 Paramedici in de werkgroep

Volgens de projectleider waren de paramedici in de werkgroep goed toegerust voor hun taak. De paramedici in de werkgroep waren beroepsinhoudelijk goed op de hoogte. Volgens de adviseur van het CBO hebben ze inhoudelijk een grote bijdrage geleverd door de criteria toe te spitsen op de beroepsgroep. Op methodologisch gebied waren niet alle paramedici even deskundig (interview CBO; NPCF; KNGF).

Voor de werkgroepbijeenkomsten werd er tussen de paramedici telefonisch overlegd over de standpunten die ze gezamenlijk innamen. De samenwerking tussen de paramedici in de werkgroep verliep goed. In de werkgroepbijeenkomsten werd veel gediscussieerd over de gehanteerde methode. Met name de projectmedewerker van de NVOM had twijfels bij de methode waarop de criteria ontwikkeld zouden worden. Dit heeft tot spanningen geleid in de werkgroep. Op den duur werd de sfeer daardoor wat stroever (interview NPCF).

3.3.2 Projectleider NPCF

De projectleider van de NPCF was tevens uitvoerder van het project. De werkgroepleden van de NVD en het KNGF zijn het er over eens dat de projectleider onderzoekstechnisch goed toegerust was voor zijn taak. Volgens de paramedici in de werkgroep was hij echter minder goed toegerust om de werkgroep voor te kunnen zitten. Daarbij verliep de communicatie tussen het werkgroeplid van de NVOM en de projectleider niet optimaal. Bovendien had de projectleider volgens een aantal werkgroepleden onvoldoende inzicht in het vak van de beroepsgroepen. Hij had zich volgens hen meer in de beroepsgroepen moeten verdiepen. Ook werd er volgens de paramedici niet goed naar hen geluisterd.

KNGF: "Ook de vragen en opmerkingen van de paramedici werden slecht opgepikt en begrepen en bijzonder slecht verwerkt in het uiteindelijke resultaat. Dit heeft vertragend gewerkt en is sterk bepalend geweest voor het eindresultaat"

Hoewel het de taak was van de NPCF om de notulen van de vergaderingen te verzorgen, werden er niet elke keer notulen gemaakt. Bij de laatste bijeenkomsten was ook de tweede projectleider (die criteria vanuit patiëntenperspectief zou ontwikkelen voor de later ingestroomde paramedische beroepsgroepen) aanwezig. Dit is volgens de paramedici in de werkgroep de samenwerking ten goede gekomen. Sinds dat moment werden ook weer notulen gemaakt, doordat deze projectleider die taak op zich nam.

Hoewel er consensus was over de te bereiken doelen, werd het voor de paramedici in de werkgroep in de loop van het project steeds duidelijker dat de projectleider van de NPCF verdergaande doelen voor ogen had, met name wat betreft de implementatie.

KNGF: "De NPCF had het over implementatie-instrumenten, terwijl daar absoluut geen consensus over was. Dit heeft verstorend gewerkt tijdens het project. Hier hadden van te voren duidelijk afspraken over gemaakt moeten worden. De paramedici hadden het gevoel dat er geen eigen inbreng was."

NVOM: "De NPCF was niet onafhankelijk en had duidelijk een eigen doelstelling als belangenvereniging van patiënten. (...) Eigenlijk is het niet goed geweest dat de NPCF zowel onderzoeker als projectleider was."

Ook het werkgroeplid van de NVD is van mening dat het project beter geleid zou kunnen worden door een onafhankelijke partij.

NVD: "Het CBO zou in dit geval het project misschien beter kunnen leiden, en de NPCF zou dan alleen uitvoerder van het project zijn."

3.3.3 Adviseur CBO

Het CBO had, op verzoek van het CVZ, een adviserende rol in de werkgroep. Van te voren zijn er echter geen afspraken gemaakt over wat deze rol inhield.

Adviseur CBO: "Misschien was het project wel anders verlopen als duidelijk was omschreven wat die rol inhield."

Omdat het CBO aan het eind van het ontwikkelen van de criteria voor deze eerste paramedische beroepsgroepen een werkconferentie zou houden voor alle paramedische beroepsgroepen, is die rol zodanig ingevuld om zicht te krijgen op de inhoud van de criteria. De rol veranderde echter steeds meer in een bemiddelende rol tussen de beroepsverenigingen en de NPCF.

Adviseur CBO: "De beroepsverenigingen en de NPCF waren onvoldoende op de hoogte van elkaars visie en uitgangspunten. Het leek alsof er geen gezamenlijk doel meer was om tot kwaliteitscriteria te komen; alsof de NPCF tegenover de beroepsverenigingen stond."

Projectleider NPCF : "De afgevaardigde van het CBO had een intermediaire rol. Wanneer de discussies wat stroever verliepen, zorgde zij voor smeermolie."

De NVOM had het idee dat het CBO meer de NPCF ondersteunde dan de paramedici in de werkgroep. De NVOM had verwacht dat de adviseur van het CBO een bepaalde kennis of expertise meebracht waarmee ze tijdens discussies kon aangeven wat steekhoudende argumenten zijn en wat niet. Dit bleek voor de NVOM niet uit te komen. De vertegenwoordigers van de NVD en het KNGF waren echter van mening dat de adviseur van het CBO haar taak goed heeft vervuld.

KNGF: "Zij heeft de juiste ondersteuning geboden en de juiste nuances aangebracht."

In een volgend project zou de rol van de werkgroepleden duidelijk omschreven moeten worden. Dit was bij dit project niet het geval.

Adviseur CBO: "Als er met meerder partners wordt samengewerkt, moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden. Dat is in dit project te weinig gebeurd. De uitvoerende organisatie moet de deskundigheden die vereist zijn om in het project te participeren formuleren."

3.4 Tijdsplanning en financiering

Doordat er bij de voormeting van het BKPZ-programma geen overeenstemming was bereikt over het plan van aanpak en de streefdoelen, heeft het project voor aanvang al vertraging opgelopen. Het project is uiteindelijk bijna een jaar later gestart dan de bedoeling was. Doordat de werving van de sleutelinformanten tegenviel, is het project in de beginfase al uitgelopen. Door deze tegenvaller zijn de criteria van de verschillende paramedische beroepsgroepen vergeleken en heeft er een extra schriftelijke ronde plaatsgevonden, die voor nog meer uitloop heeft gezorgd. Deze uitloop is bekostigd uit de maand extra ruimte die gereserveerd was. Ten slotte heeft de kwantitatieve valideringsslag voor extra uitloop gezorgd. Deze valideringsslag is bekostigd uit het budget dat voor implementatie van de criteria bestemd was. Bij de uiteindelijke start van het project in september 1998 was gepland dat het project in oktober 1999 afgerond zou zijn. Door de uitloop is in maart 2000 het concept-rapport voor oefentherapeuten-Mensendieck verschenen. De afronding van de kwantitatieve valideringsslag wordt 1 oktober 2000 verwacht. De rapportage ligt dan gereed. Het is echter nog niet zeker of de brochures dan ook af zijn (interview NPCF).

3.5 Verloop van het tweede project voor paramedici

In het tweede project worden kwaliteitscriteria ontwikkeld voor ergotherapeuten, mondhygiënisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was om de criteria vanuit patiëntenperspectief op min of meer dezelfde manier te ontwikkelen als in het eerste project, is mede op basis van ervaringen met het eerste project besloten de aanpak aan te passen. De nieuwe onderzoeksopzet bestond uit drie fasen. Allereerst hebben per beroepsgroep 25 tot 30 korte telefonische interviews met patiënten plaatsgevonden. Hoewel er minder eisen aan de deelnemende patiënten werden gesteld dan in het eerste project, bleek het ook in het tweede project een tegenvaller om snel respondenten te vinden. Op basis van de telefonische interviews is een lijst met concept-criteria opgesteld. Deze criteria zijn in de tweede fase verwerkt in een schriftelijke vragenlijst. Per beroepsgroep zijn 500 vragenlijsten onder patiënten verspreid. De samenstelling van deze patiëntengroepen is aselekt. In de derde fase zijn de concept-criteria voorgelegd in een consensus-bijeenkomst met vertegenwoordigers van relevante patiëntenorganisaties per paramedische beroepsgroep, waardoor de definitieve lijst met criteria is ontstaan.

De criteria die voor de verschillende beroepen naar voren zijn gekomen zijn niet altijd met elkaar vergeleken, zoals dat bij het eerste project voor paramedici het geval was. In principe werd er vanuit gegaan dat de aspecten die in de telefonische interviews naar voren kwamen voldoende waren. Volgens de tweede projectleider werd een aantal aspecten echter niet spontaan genoemd, omdat de patiënten daar niet direct aan gedacht hadden. Er is daarom wel gekeken naar de algemene criteria en de criteria die in het eerste paramedische project naar voren kwamen. Bepaalde aspecten die ook voor de betrokken beroepsgroepen zouden kunnen gelden, zijn meegenomen in de vragenlijsten voor patiënten.

Evenals in het eerste project is in dit tweede project een werkgroep samengesteld uit de projectleider van de NPCF, een vertegenwoordiger van elke betrokken beroepsgroep en een vertegenwoordiger van het CBO. In dit tweede project was er volgens de betreffende projectleider een goede samenwerking in de werkgroep en was de sfeer goed. Doordat de projectleider ook een aantal bijeenkomsten heeft bijgewoond van het eerste project voor paramedici, heeft hij gezien dat de sfeer daar niet optimaal was.

Projectleider NPCF(2): "In dit tweede project is er daarom voor gekozen om genoeg ruimte voor discussie te houden en om de voortgang te bespreken. Daarbij werd ook telkens geïnformeerd of men tevreden was met de voortgang van het project. Er is telkens duidelijk naar consensus gezocht."

3.6 Conclusie

In principe zijn de stappen, zoals vermeld in het stappenplan, doorlopen. Voor enkele beroepsgroepen (oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck) bleek het niet eenvoudig om sleutelinformanten te vinden, waardoor de geldigheid en de betrouwbaarheid van de te ontwikkelen kwaliteitscriteria in het geding kwamen. Tevens bleek volgens de NPCF dat het abstractievermogen van de meeste sleutelinformanten onvoldoende was. Daardoor is het de NPCF niet gelukt om een kwaliteitsvisie vanuit patiëntenperspectief op papier te zetten. Met betrekking tot het ontwikkelen van de criteria vanuit patiëntenperspectief heeft de NPCF op verschillende manieren gepoogd de smalle basis te verbreden. Zo heeft er een extra wervingsronde voor sleutelinformanten plaatsgevonden en zijn de criteria voor de verschillende paramedische beroepsgroepen met elkaar vergeleken. De paramedici in de werkgroep bleven echter van mening dat de validiteit van de criteria op deze manier onvoldoende gewaarborgd werd. De projectleider van de NPCF kwam uiteindelijk tegemoet aan de paramedici door voor te stellen om de criteria te valideren middels een kwantitatieve valideringsslag. De NVOM is echter van mening dat criteria die op een smalle basis ontwikkeld zijn, niet gevalideerd kunnen worden bij een grote groep patiënten. De NVOM heeft het project stopgezet en een second opinion laten uitvoeren. Het KNGF en de NVD hebben er vertrouwen in dat de criteria na de valideringsslag beter hanteerbaar zijn.

Geconcludeerd kan worden dat ten tijde van de evaluatie het merendeel van de streefdoelen niet is gehaald. Het enige streefdoel dat voor alle betrokken beroepsgroepen gerealiseerd is, betreft de conferentie die door het CBO georganiseerd is. De NVD en het KNGF hebben er echter vertrouwen in dat de streefdoelen in een later stadium alsnog gerealiseerd zullen worden.

De samenwerking in de werkgroep is niet optimaal verlopen. De paramedici in de werkgroep hadden de indruk dat de NPCF verdergaande doelen had dan was afgesproken met de ontwikkeling van de criteria vanuit patiëntenperspectief. Ook waren de paramedici in de werkgroep van mening dat de projectleider zich niet voldoende verdiepte in de uitoefening van de betreffende paramedische beroepen.

Het lijkt er op dat het tweede project soepeler verlopen is dan het eerste project. Mede op basis van ervaringen uit het eerste project is de onderzoeksopzet voor de ontwikkeling van criteria vanuit patiëntenperspectief aangepast. De criteria zijn op een bredere basis ontwikkeld dan in het eerste project. Dit heeft echter als consequentie dat er minder diepgaand op de ervaringen van patiënten wordt ingegaan. Wel zijn de criteria gebaseerd op ervaringen van patiënten met allerlei verschillende achtergronden. Hiermee is de representativiteit van de patiëntengroep groter dan in het eerste project. Ook naar aanleiding van de moeizame samenwerking in het vorige project is in dit project veel aandacht besteed aan het bereiken van consensus binnen de werkgroep. Dit is de samenwerking ten goede gekomen.

4 DRAAGVLAK EN IMPLEMENTATIE

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de activiteiten die betrokken beroepsgroepen hebben uitgevoerd om een draagvlak te creëren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden voor implementatie van de ontwikkelde criteria vanuit patiëntenperspectief. Hierbij is gebruik gemaakt van de discussienota en de discussie tijdens de conferentie die door het CBO georganiseerd is. Ook is gebruik gemaakt van de geautoriseerde interviewverslagen.

4.1 Draagvlak

Voor implementatie in de praktijk is het van belang dat beroepsbeoefenaren achter de criteria staan. Zij zijn het immers die zich aan de criteria vanuit patiëntenperspectief moeten (kunnen) houden. Gedurende het project zijn door de betrokken paramedici echter geen activiteiten uitgevoerd om een draagvlak bij de achterban te creëren.

KNGF: 'Tijdens het project zijn er helaas geen activiteiten uitgevoerd om een draagvlak te creëren. Dit is een manco vanuit de beroepsvereniging die nu wordt opgevangen door een artikel over criteria vanuit patiëntenperspectief te schrijven voor de FysioPraxis.'

De tussenproducten zijn wel besproken in de besturen van de deelnemende beroepsverenigingen (interview NPCF; KNGF). Het werkgroeplid van de NVOM deed telkens verslag van de bijeenkomsten in de kwaliteitscommissie van de NVOM. Op deze manier werd steeds ruggespraak gehouden over het verloop van het project (interview NVOM).

Tijdens interviews met het CBO hebben de paramedische beroepsverenigingen aangegeven hoe zij de ontwikkelde criteria vanuit patiëntenperspectief onder de aandacht zouden willen brengen bij de achterban. Hierbij zijn verschillende ideeën geuit:

- toezenden van de criteria aan alle leden van de beroepsvereniging;
- publicatie in vaktijdschrift, nieuwsbrief en/of website;
- presentatie op congressen en algemene ledenvergaderingen;
- criteria via kwaliteitsnetwerken onder de aandacht brengen;
- de criteria onder de aandacht brengen van de opleidingen, zodat ze verwerkt kunnen worden in het lessenpakket;
- een kernlijst van de criteria in een folder/flyer/poster voor patiënten opnemen, die via de wachtkamers onder de aandacht wordt gebracht (Bik e.a., 2000).

In het eerste project wordt per beroepsgroep een brochure geschreven, als de kwantitatieve valideringslag is afgerond. Deze brochures worden geschreven voor zowel beroepsbeoefenaren als patiënten. Er is nog niet afgesproken hoeveel brochures er per beroepsgroep worden gedrukt. Daardoor is het ook nog niet zeker hoe de brochures gebruikt gaan worden. Er worden voor het KNGF waarschijnlijk te weinig brochures gedrukt om naar alle leden te sturen (interview adviseur CBO).

Projectleider NPCF(2): "Door het geringe budget is het de vraag of een brochure de meest geëigende manier is om de criteria onder de aandacht te brengen bij de beroepsbeoefenaren. Bij kleine beroepsgroepen kan een brochure een goed middel zijn (zoals bij de podotherapeuten waarvan er ongeveer 350 in Nederland zijn), maar bij grotere beroepsgroepen (zoals de ergotherapeuten of de radiologisch laboranten) zijn er te veel beroepsbeoefenaren om allemaal een brochure toe te sturen. Beroepsbeoefenaren van grotere beroepsgroepen

kunnen wellicht beter gefaseerd op de hoogte worden gebracht. In hun verenigingsblad kunnen per thema de belangrijkste resultaten gepresenteerd worden. Op deze manier gaat het langzaam leven bij de beroepsbeoefenaren."

4.2 Implementatie

Een van de stappen binnen het stappenplan was het onderzoeken van samenwerkingsmogelijkheden tussen de NPCF en de betrokken beroepsgroepen. De laatste stap in dit stappenplan was het organiseren van een conferentie, gericht op de mogelijkheden voor implementatie. In deze paragraaf wordt hier nader op ingegaan. Daarbij wordt aandacht besteed aan de ideeën van de beroepsverenigingen en die van de NPCF.

4.2.1 Conferentie

In maart 2000 heeft een conferentie plaatsgevonden, waarvoor alle paramedische beroepsgroepen waren uitgenodigd. Op de orthoptisten na waren alle paramedische disciplines bij deze conferentie vertegenwoordigd. Ook van de NPCF was een aantal vertegenwoordigers aanwezig. In deze conferentie is gediscussieerd over de mogelijkheden voor implementatie en samenwerking tussen beroepsverenigingen en de NPCF. In deze discussie kwam naar voren dat zowel de NPCF als de paramedische beroepsverenigingen de kwaliteit van de zorg voor de patiënten willen verbeteren. De beroepsverenigingen zouden de criteria willen gebruiken bij het ontwerpen van de zorg en een interne toetsing. De NPCF zou graag extern willen toetsen. Tijdens de conferentie is met name gesproken over het gebruik van een patiëntenenquête zoals de NPCF die voor ogen heeft. In 4.2.3 is dit idee verder uitgewerkt.

Adviseur CBO: "De werkconferentie met vertegenwoordigers van (9) paramedische beroepsverenigingen en de NPCF heeft zich vooral toegespitst op ideeën die de NPCF heeft over hoe zij met de criteria aan de slag willen. Daardoor leek er een enorme discrepantie te bestaan tussen wat de NPCF wil en wat de verenigingen willen, terwijl er over het overgrote deel overeenstemming bestond."

Afgesproken is dat de NPCF en de paramedische beroepsverenigingen onderling afspraken maken over de mogelijkheden voor samenwerking met betrekking tot de implementatie.

4.2.2 Mogelijkheden voor samenwerking

De beroepsverenigingen hebben aangegeven het belangrijk te vinden om met patiëntenverenigingen samen te werken. Verschillende beroepsverenigingen hebben ook regelmatig contact met patiëntenverenigingen. Om dit ad hoc karakter van de samenwerking tussen de beroepsverenigingen en de patiëntenverenigingen een meer structureel karakter te geven, heeft de NPCF een suggestie gedaan om een Patiënten Advies Raad (PAR) voor de paramedische beroepsgroepen aan te stellen. Zo'n PAR bestaat uit patiënten die ervaring hebben met verschillende vormen van paramedische zorg. Een PAR kan gevraagd en ongevraagd adviseren over het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen. De kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief zouden hierbij de basis van het advies kunnen vormen. Of een PAR wordt opgericht is volgens de NPCF ook afhankelijk van hetgeen de paramedische beroepsgroepen willen.

De meeste paramedische beroepsverenigingen zijn van mening dat ze nog niet aan het opzetten van een PAR toe zijn (Bik e.a., 2000). Wel zijn de meeste verenigingen bereid om met de NPCF samen te werken op het gebied van de implementatie van de criteria vanuit patiëntenperspectief.

4.2.3 Mogelijkheden voor implementatie

De discussienota die het CBO op basis van de inventarisatie over de mogelijkheden voor implementatie heeft geschreven biedt een overzicht van de wijze waarop de criteria kunnen worden toegepast. Hieronder worden de verschillende mogelijkheden kort aangestipt. Voor een uitgebreider overzicht wordt verwezen naar de discussienota van het CBO (Bik e.a., 2000). Voor de invoering van de criteria zijn onder andere de volgende ideeën door de beroepsverenigingen genoemd:

- certificatie en kwaliteitsborgingsnorm;
- modelregeling, klachtrecht, interne tuchtregeling;
- beroepscode / beroepsprofiel;
- visitatie;
- intercollegiale toetsing;
- patiëntenenquête.

Voor de VBC wordt door de NPCF tegelijk met de kwantitatieve valideringslag een modelregeling ontwikkeld. Dit is een variatie op de WGBO, toegespitst op de beroepsgroep van oefentherapeuten-Cesar (interview projectleider NPCF).

Het KNGF heeft bij de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorg (HKZ) een verzoek ingediend voor het ontwikkelen van een certificatieschema. Een van de normen van het certificatieschema is een peiling van de mening van patiënten over de kwaliteit van zorg. Op basis van dit certificatieschema zal het KNGF een keurmerk opstellen. In dit keurmerk worden met name criteria op het niveau van accommodatie etc. meegenomen. Daarnaast wordt voor het KNGF een methodiek ontwikkeld om de criteria te introduceren en te bespreken binnen groepen van het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF). Dit wordt uitgevoerd door het CBO; de NPCF heeft hierbij een rol in de stuurgroep (interview KNGF, projectleider NPCF).

Voor de NVD wordt op basis van de criteria een cliënt-feedback-instrument ontwikkeld. Deze ontwikkeling vindt plaats in het tweede project. Bij zo'n cliënt-feedback-instrument kan gedacht worden aan een patiëntenenquête. Met deze enquête kan gekozen worden voor een interne (binnen de beroepsgroep) of externe toetsing (door bijvoorbeeld de NPCF) (Bik e.a., 2000). De NVD heeft hierover nog geen concreet plan (interview NVD). Ook heeft de NVD een verzoek ingediend bij de stichting HKZ voor het ontwikkelen van een certificatieschema (Bik e.a., 2000).

Omdat de NVOM project heeft stopgezet en een aanvraag heeft ingediend om de criteria vanuit patiëntenperspectief opnieuw door een andere organisatie te laten ontwikkelen, zijn er door deze beroepsvereniging nog geen ideeën geuit over de implementatie.

Voor de NVvP (de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten) wordt evenals voor de NVD in het tweede project een cliënt-feedback-instrument ontwikkeld. Voor de ergotherapeuten, mondhygiënist en radiologisch laboranten wordt een bijdrage geleverd aan de herziening van de beroepscode, door daar het patiëntenperspectief in te passen. Dit maakt eveneens deel uit van het tweede project.

4.2.4 Patiëntenenquête

De NPCF zou graag op basis van de criteria een patiëntenenquête ontwikkelen, waarin de patiënt kan aangeven in welke mate hij/zij een positief dan wel negatief oordeel heeft over een bepaald aspect van de beroepsuitoefening. Met behulp van een patiëntenenquête kunnen de tekortkomingen in beeld komen, zodat daar vervolgens heel gericht het kwaliteitsbeleid op gericht kan worden. De NPCF is van mening dat zo'n patiëntenenquête onder leiding van de NPCF tot stand zou moeten komen. De NPCF wil de regie blijven voeren en erover waken dat het patiëntenperspectief goed getoetst wordt.

Projectleider NPCF: "Als zo'n instrument er komt wordt het met licentievoorwaarden geïmplementeerd; dit wil zeggen dat wijzigingen in het instrument alleen met toestemming van de NPCF doorgevoerd kunnen worden. Daarvoor is echter wel de bereidheid van de beroepsgroepen nodig."

De uitkomsten van de enquête zijn zowel te gebruiken voor de kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening op het niveau van de individuele beroepspraktijk als voor de kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening op regionaal en landelijk niveau.

De beroepsverenigingen denken verdeeld over een dergelijke patiëntenenquête. Een aantal verenigingen heeft zich in principe bereid verklaard om de kwaliteitscriteria samen met de NPCF te toetsen. Sommige verenigingen zijn van mening dat zo'n instrument wel heel zinvol kan zijn, maar houden de regie liever in eigen handen of in de handen van de individuele beroepsbeoefenaar. Andere verenigingen vinden dat de leden nog niet aan een dergelijk instrument toe zijn. In een later stadium zou dit eventueel wel mogelijk zijn. Voor de NVD en de NVvP wordt binnen het tweede project door de NPCF een patiëntenenquête ontwikkeld. Het is echter nog niet duidelijk hoe deze enquête gebruikt gaat worden. De precieze invulling en het gebruik van de enquête is onderwerp van overleg tussen de betrokkenen.

4.3 Conclusie

De paramedische beroepsverenigingen en de NPCF hebben bereidheid getoond om samen te werken aan de implementatie van de criteria vanuit patiëntenperspectief. Hoewel er nog geen concrete afspraken zijn gemaakt, is er een duidelijke intentie om met elkaar in gesprek te blijven en de mogelijkheden samen verder uit te zoeken. De beroepsgroepen hebben een grote bereidheid getoond om met het patiëntenperspectief aan de slag te gaan.

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

De ontwikkeling van criteria vanuit patiëntenperspectief is een van de thema's binnen het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). Dit rapport bevat de evaluatie van de projecten die binnen dit thema zijn uitgevoerd. In dit laatste hoofdstuk wordt allereerst een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van deze evaluatie. Vervolgens worden op basis van de resultaten conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor implementatie.

5.1 Samenvatting

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft in een eerste project voor paramedici criteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld voor diëtisten, fysiotherapeuten, oefen-therapeuten-Cesar en oefen-therapeuten-Mensendieck. In een later stadium zijn door de NPCF criteria ontwikkeld voor ergotherapeuten, mondhygiënisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Dit rapport gaat met name in op de ontwikkeling van criteria vanuit patiëntenperspectief die voor de beroepsgroepen in het eerste project ontwikkeld zijn. In het kader van de Nivel-evaluatie heeft bij aanvang van het BKPZ-programma een nulmeting plaatsgevonden bij de beroepsgroepen en de betrokken instanties. Naar aanleiding van deze nulmeting is vastgelegd wat het plan van aanpak is en welke streefdoelen geformuleerd zijn. In deze evaluatie is nagegaan of het project volgens plan is verlopen en of de streefdoelen zijn gehaald. Daartoe is gebruik gemaakt van interviews met betrokkenen en documentanalyse van het beschikbare concept-rapport voor oefen-therapeuten-Mensendieck.

In de nulmeting door het Nivel kwam naar voren dat er geen overeenstemming was tussen de betrokken beroepsgroepen en de NPCF over het plan van aanpak en de streefdoelen. Naar aanleiding hiervan heeft de NPCF het projectplan aangepast. Ook is een werkgroep in het leven geroepen die de voortgang van het project zou bewaken. Het project is uiteindelijk bijna een jaar later gestart dan de bedoeling was.

De criteria zijn per beroepsgroep ontwikkeld. De criteria voor oefen-therapie-Cesar en oefen-therapie-Mensendieck zijn in gezamenlijk traject ontwikkeld. Tijdens het project bleek dat het moeilijk was om ervaringsdeskundige sleutelinformanten te vinden die een bijdrage zouden kunnen leveren aan de formulering van een kwaliteitsvisie en de kwaliteitscriteria. Met name voor oefen-therapie-Mensendieck was het moeilijk om sleutelinformanten te vinden. Aan het groepsinterview, waarin de sleutelinformanten een visie zouden geven en criteria zouden aandragen, hebben minder sleutelinformanten met ervaring met oefen-therapie-Mensendieck deelgenomen dan vooraf gepland was. Uit de groepsinterviews bleek volgens de projectleider van de NPCF echter dat patiënten weinig onderscheid maken tussen oefen-therapie-Cesar en -Mensendieck. De criteria die uit het groepsinterview geformuleerd konden worden, zijn dan ook gelijk voor beide vormen van oefen-therapie.

Na het groepsinterview heeft een extra wervingsronde voor sleutelinformanten plaatsgevonden. Daarmee is het geplande aantal sleutelinformanten bij de schriftelijke ronde wel gehaald. Ook bij de daarop volgende consensusbijeenkomst was het aantal geplande sleutelinformanten aanwezig.

In het groepsinterview zouden de sleutelinformanten allereerst de gelegenheid krijgen om te brainstormen over hun visie op de beroepsuitoefening. Vervolgens zouden ze de gelegenheid

krijgen om kwaliteitscriteria aan te leveren. Op deze manier hebben de groepsinterviews echter niet plaatsgevonden. Ten eerste is er geen kwaliteitsvisie uit de groepsinterviews naar voren gekomen. Ten tweede hebben de sleutelinformanten geen kwaliteitscriteria aangedragen, maar bestond het groepsinterview met name uit het uitwisselen van ervaringen. De projectleider van de NPCF heeft de criteria gedestilleerd uit het letterlijk uitgeschreven verslag van de groepsinterviews.

Volgens de projectleider van de NPCF viel de ervaringsdeskundigheid van de sleutelinformanten tegen. De patiënten waren volgens hem niet in staat om hun ervaringen op een hoger niveau te tillen. Mogelijk had de projectleider te hoge verwachtingen van de sleutelinformanten en heeft hij zich onvoldoende gerealiseerd dat de meeste patiënten hun ervaringen niet zonder meer kunnen vertalen in algemene kwaliteitscriteria.

In afwijking van de onderzoeksopzet is er voor gekozen de criteria die voor de verschillende betrokken beroepsgroepen naar voren kwamen, met elkaar te vergelijken. Criteria die voor de ene paramedische beroepsgroep geformuleerd waren, zouden mogelijk ook voor andere paramedische beroepsgroepen kunnen gelden. De NVOM was het hier niet mee eens. Kennelijk was er in de werkgroep geen consensus om de ontwikkeling van de criteria op deze manier aan te passen.

Volgens plan zijn de criteria in een schriftelijke ronde voorgelegd aan de sleutelinformanten en is hen gevraagd in hoeverre ze zich daarin konden vinden. Ook werd hen gevraagd hoe belangrijk ze elk criterium vonden. De criteria die uit de groepsdiscussies voor andere paramedische beroepsgroepen gedestilleerd waren, werden eveneens opgenomen in de vragenlijst. Met betrekking tot deze criteria werd gevraagd deze extra kritisch te beoordelen op hun geldigheid voor de betreffende beroepsgroep.

Conform de onderzoeksopzet is in een consensusbijeenkomst nagegaan of een meerderheid van de sleutelinformanten kon instemmen met de op basis van de resultaten uit de schriftelijke vragenlijst ontstane criteria. De hieruit ontstane lijst van criteria is vervolgens, ter commentaar, voorgelegd aan de betreffende beroepsvereniging. Wanneer er vanuit de beroepsvereniging commentaar was op de formulering van de criteria, zijn deze aangepast. Indien er inhoudelijk commentaar was, is dat vervolgens in een schriftelijke ronde voorgelegd aan de sleutelinformanten. Hierbij werd gevraagd of de sleutelinformanten in konden stemmen met de door de beroepsvereniging aangegeven wijzigingen. Indien er een meerderheid van de sleutelinformanten kon instemmen met de wijzigingen, zijn deze doorgevoerd, in andere gevallen zijn de criteria behouden zoals ze waren. Op basis hiervan zijn de definitieve criteria vanuit patiëntenperspectief vastgelegd.

De paramedici in de werkgroep twijfelden aan de validiteit en betrouwbaarheid van de op deze manier ontstane criteria vanuit patiëntenperspectief. Daarom is er samen met de NPCF voor gekozen om de criteria kwantitatief te valideren. Hiertoe wordt door middel van een schriftelijke vragenlijst aan een grote groep patiënten gevraagd hoe belangrijk ze de criteria vinden. Volgens de NVOM is de basis waarop de criteria tot stand zijn gekomen te smal om tot geldige criteria vanuit patiëntenperspectief te komen. Ook is zij van mening dat deze smalle basis niet verbreed kan door een kwantitatieve valideringsstag. De NVOM is daarom uit het project gestapt.

De samenwerking in de werkgroep is niet optimaal verlopen. Hiervoor waren verschillende redenen. Ten eerste waren de paramedici in de werkgroep van mening dat de projectleider van de NPCF zijn taak als voorzitter van de werkgroep niet goed vervulde. Ten tweede was er een meningsverschil over de validiteit en betrouwbaarheid van de ontwikkelde criteria. Hoewel de projectleider van de NPCF de werkgroepleden ervan probeerde te overtuigen dat de criteria op een valide en betrouwbare manier ontwikkeld werden, hielden de paramedici in de werkgroep

hier hun twijfels over. Met name de NVOM was het niet eens met de projectleider van de NPCF. Ten derde hadden de paramedici in de werkgroep de indruk dat de projectleider verdergaande doelen had met de criteria vanuit patiëntenperspectief. De projectleider ging er volgens hen vanuit dat de criteria geïmplementeerd zouden worden middels een patiëntenenquête, terwijl daar geen afspraken over waren gemaakt.

Mede op basis van ervaringen met het bovengenoemd beschreven project, is een tweede project waarin onder leiding van de NPCF criteria vanuit patiëntenperspectief voor paramedici worden ontwikkeld, anders opgezet. De criteria zijn zodanig ontwikkeld dat er meer sleutelinformanten bij betrokken zijn. Hierbij worden minder eisen aan de sleutelinformanten gesteld. Ook vindt binnen dit project een kwantitatieve valideringslag plaats. In de werkgroep die de voortgang van het project bewaakt is telkens naar consensus gezocht. Hierdoor verliep de samenwerking in deze werkgroep goed, naar de mening van de betreffende projectleider van de NPCF.

Het CBO heeft een conferentie over implementatie van criteria vanuit patiëntenperspectief verzorgd voor alle paramedische beroepsgroepen. Voorafgaand aan deze conferentie is nagegaan welke ideeën de beroepsgroepen en de NPCF hebben over de mogelijkheden voor implementatie van de criteria vanuit patiëntenperspectief. Gebleken is dat er verschillende ideeën zijn voor implementatie. Hoewel de NPCF van mening is dat een patiëntenenquête de meest geëigende methode is om de criteria vanuit patiëntenperspectief te implementeren, zijn de meningen van de paramedische beroepsverenigingen daarover verdeeld. Afsproken is dat de beroepsgroepen afzonderlijk afspraken gaan maken met de NPCF over samenwerkingsmogelijkheden voor implementatie.

5.2 Conclusies

Al bij de nulmeting van de Nivel-evaluatie was er geen consensus over de te volgen werkwijze en de te bereiken doelen. Dit heeft ertoe geleid dat het project al enigszins moeizaam van start is gegaan. Het is de vraag of er consensus is bereikt over het onderzoeksvoorstel op basis waarvan het project uiteindelijk van start is gegaan. Gebleken is dat er gedurende het project niet altijd overeenstemming was over het doel van het project, de te volgen werkwijze en de te bereiken producten. Daarnaast was er geen duidelijkheid over de rol van de verschillende werkgroepleden. Ondanks dat de werkgroep een besluitvormende rol had, zijn er wijzigingen doorgevoerd zonder dat ieder werkgroeplid ermee kon instemmen. Juist bij een werkgroep met een dusdanige rol is het van groot belang dat er algehele consensus is. In het tweede project waarin criteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld werden is hier lering uit getrokken en is telkens duidelijk naar consensus gezocht.

Na aanvang van het project bleven de paramedici in de werkgroep twijfelen over de gevolgde methode waarop de criteria ontwikkeld werden. Hierbij vroegen zij zich steeds af of de gevolgde methode valide en betrouwbare criteria op zou leveren. Er is echter nooit duidelijk over gesproken wat de eisen voor valide en betrouwbaar onderzoek zijn. Kwalitatief onderzoek vereist een andere omschrijving van validiteit en betrouwbaarheid dan kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is er immers op gericht een *zo volledig mogelijk beeld* te krijgen van de te onderzoeken materie. Met behulp van deze vorm van onderzoek worden er nuanceringen aangebracht, die in een kwantitatief onderzoek nooit naar voren zouden komen. In kwantitatief onderzoek echter wordt nagegaan *in welke mate* iets voorkomt. Het onderzoek waarin door de NPCF criteria vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld werden had als doel te inventariseren welke meningen patiënten hebben over de verleende zorg. Uit het onderzoeksvoorstel bleek dat het onderzoek een kwalitatief karakter zou hebben. Ervaringsdeskundige sleutelinformanten zouden hierbij criteria vanuit patiëntenperspectief aanleveren op basis van hun eigen ervaringen en ervaringen van andere patiënten waarmee ze van te voren overleg zouden voeren. Mogelijk

had de hele discussie rondom validiteit en betrouwbaarheid niet plaatsgevonden als het onderzoeksvoorstel voorafgaand aan de start van het project met behulp van wetenschappelijke normen was getoetst.

Tijdens de conferentie is gebleken dat de paramedische beroepsgroepen een grote bereidheid tonen met het patiëntenperspectief aan de slag te gaan. Ze hebben de intentie om de criteria vanuit patiëntenperspectief te gaan implementeren en daarover afspraken te maken met de NPCF. Hoewel het nog niet duidelijk is hoe de criteria geïmplementeerd worden, is het positief te noemen dat er binnenkort criteria vanuit patiëntenperspectief bestaan voor acht paramedische beroepsgroepen. Dit is een eerste stap in een traject waarin patiënten een steeds grotere invloed krijgen op de kwaliteit van zorg.

LITERATUUR

LONDEN J. VAN, CASPARIE A.F. DIE A.C. DE. Leidschendamafspraken 1995-2000: naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1995.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Voorstel van Wet op de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet Zorginstellingen). Ministerie van WVC, Rijswijk, 1994.

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.

STÜSSGEN R.A.J., BAKKER-KLEIN J. Kwaliteit van de beroepsuitoefening door fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten vanuit het patiëntenperspectief; probleemstelling, opzet en methode van onderzoek. Utrecht, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1998.

STÜSSGEN R.A.J. Kwaliteit van de beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck vanuit het patiëntenperspectief. Utrecht, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2000.

THOMAS J.W. Relating satisfaction with access to utilization of services. Medical Care Review 1984;22:553-568

WARTMAN S.A., MORLOCK L.L., MALITZ F.E., PALM E.A. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. Medical Care 1983;22:886-891

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	-	-	-
Verslaggeving patiëntenzorg	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-
Actualisering beroepsprofielen	-	-	-	-	X	-	X	X	-	X ¹
Criteria vanuit patiëntenperspectief	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 classificatie-systeem 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.

Verslaggeving 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. Daartoe 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 concreetiseerd. 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 paramedici in de werkgroep

MP



VRAGENLIJST VOOR WERKGROEPEN IN HET BKPZ-PROGRAMMA

- criteria vanuit patiëntenperspectief -

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Nederland.
Tel.: 030-2729630 (Marieke Plas), 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 met Marieke Plas; 030 - 2729630.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

**Deze vragen gaan over de samenstelling van de werkgroep
Met projectleider wordt bedoeld degene die het project begeleidt vanuit de NP/CF en, indien van
toepassing, het CBO**

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 'criteria vanuit patiëntenperspectief'

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

In het rapport zijn de volgende stappen aangegeven die worden doorlopen bij het ontwikkelen van criteria vanuit patiëntenperspectief:

- A: Kwaliteitsvisie: per beroepsgroep een kwaliteitsvisie ontwikkelen vanuit patiëntenperspectief. De beroepsgroep wordt uitgenodigd om commentaar te leveren op deze kwaliteitsvisie.
- B: Kwaliteitscriteria: per beroepsgroep worden door patiënten kwaliteitscriteria opgesteld. Tevens ontwikkeling van een brochure voor elke beroepsgroep.
- C: Samenwerkingsmogelijkheden voor de implementatie: onderzoek naar samenwerkingsmogelijkheden tussen de NP/CF en de vier betrokken beroepsgroepen, gericht op implementatie van de criteria.
- D: Conferentie: organiseren van een conferentie voor alle tien de paramedische beroepsgroepen, waarin plannen voor het vervolgproject worden besproken.

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 van de NP/CF toegerust voor zijn of haar taak?

- ja
- enigszins
- nee

25. Was de projectleider van het CBO toegerust voor zijn of haar taak?

- ja
- enigszins
- nee

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

- ja
- enigszins
- nee

27. Hoe verliep de samenwerking in de werkgroep? (interview)

28. Hoe verliep de samenwerking met de projectleider van de NP/CF? (interview)

29. Hoe verliep de samenwerking met de projectleider van het CBO? (interview)

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

- ja
- nee

31. 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 'kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief'.

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

32. Ten behoeve van de ontwikkeling van criteria vanuit patiëntenperspectief 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.	Een visie op de paramedische zorg vanuit patiëntenperspectief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Beroepsspecifieke kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Brochure 'De kwaliteit van de paramedische zorg vanuit patiëntenperspectief'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Afspraken tussen NP/CF en de beroepsvereniging over de wijze waarop 'de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief' gebruikt zullen gaan worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Een conferentie voor alle paramedische beroepsgroepen over de 'kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief' en over het vervolgtraject.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In het interview wordt nader op deze streefdoelen ingegaan.

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

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

- ja
 nee

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

- ja
 nee

36. 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

37. 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

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

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

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

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Geïnterviewde paramedici:

Mevrouw R. Lasonder, fysiotherapeut

Mevrouw W. Remijnse, diëtist

Mevrouw H. van der Heijden, oefentherapeut-Mensendieck

Mevrouw C. Staab, oefentherapeut-Mensendieck

BIJLAGE 3: Vragenlijst interviews projectleiders NPCF en adviseur CBO

Kwaliteitscriteria vanuit Patiëntenperspectief: het verloop van de projecten m.b.t. criteria vanuit patiëntenperspectief

De volgende vragen komen in het interview aan de orde.

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 61-62 van het bijgaande rapport.
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 criteria vanuit patiëntenperspectief staan beknopt beschreven op pagina 26 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 verslaglegging patiëntenzorg.
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?

Geïnterviewde projectleiders en adviseur:
De heer R. Stüssgen, projectleider NPCF
De heer G.J. Straten, projectleider (2) NPCF
Mevrouw A. Evers, adviseur CBO

BIJLAGE 4: Concept-criteria vanuit patiëntenperspectief voor fysiotherapie

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE



Postbus 1539
3500 BM Utrecht

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Telefoon
030 297 03 03

Fax
030 297 06 06

E-mail
npcf@npcf.nl

Website
www.npcf.nl

Postbus
370907

K.v.k.
40482340

KWALITEITSCRITERIA
VOOR
FYSIOTHERAPIE
VANUIT
PATIËNTENPERSPECTIEF

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE
SEPTEMBER 2000

KWALITEITSCRITERIA VOOR FYSIOTHERAPIE VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

De criteria zullen volgens het volgende profiel gepresenteerd worden:

criterium	gb
Aandachtspunten	

gb = gemiddelde belangscore

De criteria zijn gevalideerd aan de hand van een kwantitatieve onderzoek. In dit kwantitatieve onderzoek zijn de 81 criteria geoperationaliseerd in stellingen. Deze stellingen zijn aan patiënten voorgelegd in een enquête. Voor elke stelling werd aan patiënten gevraagd of zij wilden aangeven hoe belangrijk zij elke stelling afzonderlijk vinden. Zij konden deze belangscore aangeven op een vijfpuntsschaal:

- 1 = niet van belang
- 2 = in enige mate van belang
- 3 = belangrijk
- 4 = heel belangrijk
- 5 = van het allergrootste belang

De aandachtspunten zijn voortgekomen uit het kwalitatieve onderzoek en niet gevalideerd in het kwantitatieve onderzoek; zij kunnen fungeren als mogelijke invullingen van de criteria. Wel is in het kwalitatieve onderzoek aan de sleutelinformanten gevraagd een waardering aan de aandachtspunten te geven op een driepuntsschaal: 1 = niet zo belangrijk, 2 = belangrijk, 3 = zeer belangrijk. De score 0 = onbelangrijk werd toegekend als de sleutelinformanten voorafgaand aan deze vraag te kennen hadden gegeven het criterium helemaal niet geldig te vinden voor fysiotherapie.

Aan de hand van deze belangscores kan een kritische grens bepaald worden: welke aandachtspunten worden te weinig belangrijk gevonden om als aandachtspunt in de definitieve lijst opgenomen te worden. Deze kritieke grens is gelegd op 1,5. Drie aandachtspunten zijn geschrapt op basis van de lage belangscore.

De in totaal 81 criteria worden in de volgorde van de kwaliteitsaspecten beschreven. Elk kwaliteitsaspect is verder onderverdeeld in deelaspecten:

1. Vakbekwaamheid (12 criteria)

Inhoudelijke deskundigheid
Communicatieve deskundigheid
Grenzen van deskundigheid

2. Informatie (13 criteria)

Informatie over de behandeling
Informatie over zelfzorg
Informatie over zorgaanbod
Verzamelen van informatie
Omgaan met informatie

3. Bejegening (15 criteria)

Respect voor patiënt als (mede)mens
Respect voor patiënt als hulpvrager
Empathie
Gelijkwaardige samenwerking

4. Steun (8 criteria)

Emotionele steun
Eigenmachtig maken (empowerment)

5. Zelfstandigheid (11 criteria)

Participatie in besluitvorming
Stimuleren tot zelfzorg
Afhankelijkheidsreductie

6. Organisatie (3 criteria)

Regionale afstemming
Afstemming met andere hulpverleners
Afstemming binnen de eigen praktijk

7. Accommodatie (11 criteria)

Algemeen
Verblijf en privacy
Oefenmaterialen en apparatuur
Informatievoorziening

8. Evaluatie (8 criteria)

Beroepsmatig functioneren
Effect van behandeling

1 Vakbekwaamheid

Inhoudelijke deskundigheid

1.1	De fysiotherapeut houdt zich aan de professionele richtlijnen die voor fysiotherapeuten zijn vastgesteld.	3,67
1.2	De fysiotherapeut heeft kennis van en is vaardig in het gebruik van apparatuur die hij bij de behandeling gebruikt.	4,17
Aandachtspunt: a. De fysiotherapeut stemt het effect van de bij de behandeling ingezette apparatuur zorgvuldig af op de wijze waarop de patiënt dit ervaart en hierop reageert.		
1.3	De fysiotherapeut heeft kennis van specifieke - voor het dagelijks leven relevante - kenmerken van een ziekte of aandoening.	3,42
1.4	De fysiotherapeut neemt kennis van specifieke informatie die categoriale patiëntenorganisaties over bepaalde chronische ziekten of aandoeningen (speciaal voor fysiotherapeuten) hebben geschreven.	3,35
1.5	De fysiotherapeut is bereid te leren van ervaringen die patiënten opdoen bij het omgaan met lichamelijke beperkingen en de behandeling daarvan.	3,45
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut is bereid te leren van de ervaringsdeskundigheid die bepaalde patiëntengroepen (onderscheiden naar ziekte, aandoening of medische ingreep) opdoen bij hun behandeling. b. De fysiotherapeut is bereid te luisteren naar en te leren van ervaringen die een patiënt opdoet in het omgaan met (veranderingen in) lichamelijke beperkingen		
1.6	De fysiotherapeut neemt (regelmatig) deel aan na- en bijscholingsactiviteiten.	3,45
Aandachtspunten voor scholing: a. Het verkrijgen van specifieke en (voorzover beschikbaar) wetenschappelijk gefundeerde kennis en vaardigheid met betrekking tot bepaalde ziekten en aandoeningen en de behandeling daarvan. b. Het bijhouden van nieuwe ontwikkelingen in zijn vakgebied; hij past op basis daarvan zijn behandelmethodiek zo nodig aan en houdt bovendien zijn vakliteratuur bij. c. Het trainen van communicatieve vaardigheden. d. Het geven van groepstherapie aan een bepaalde categorie patiënten ¹ .		

Communicatieve deskundigheid

1.7	De fysiotherapeut is vaardig in het communiceren met de patiënt in alle aspecten van de behandeling en de contacten met de patiënt.	3,55
-----	---	------

1. Deze scholing ten behoeve van groepstherapie kan de verzekeraar als voorwaarde stellen voor vergoeding van groepstherapie. Deze voorwaarde heeft de verzekeraar bijvoorbeeld gesteld aan de vergoeding van groepstherapie voor Parkinsonpatiënten.

Aandachtspunten: a. Zowel individueel als in groepsverband. b. De fysiotherapeut stemt de communicatie op de betrokken patiënt of patiëntengroep af.	
--	--

1.8	De fysiotherapeut legt steeds het doel van de oefening uit.	3,70
-----	---	------

1.9	De fysiotherapeut geeft bij het uitvoeren van de oefeningen duidelijke instructies en adviezen.	3,91
-----	---	------

Grenzen van deskundigheid

1.10	De fysiotherapeut houdt zich bij de uitoefening van zijn beroep nauwgezet aan de grenzen van zijn bekwaamheid.	4,05
------	--	------

Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut neemt een patiënt met een chronische ziekte of aandoening alleen in behandeling indien hij beschikt over specifieke deskundigheid met betrekking tot de behandeling van die chronische ziekte of aandoening. b. De fysiotherapeut is aantoonbaar bevoegd deze specifieke deskundigheid uit te oefenen. c. Op basis hiervan is de fysiotherapeut in staat een op de ziekte afgestemd behandelplan te maken.	
---	--

1.11	De fysiotherapeut wijst de patiënt tijdig (via de huisarts) op andere, ten aanzien van het betreffende probleem (meer) deskundige hulpverlening.	3,93 3,70
------	--	--------------

Aandachtspunten: a. Indien de fysiotherapeut geen resultaten behaalt met de behandeling, wijst hij de patiënt terug naar de verwijzend arts. b. Indien zijn eigen behandeling (te) weinig positief effect heeft, wijst de fysiotherapeut de patiënt ongevraagd op de positieve effecten die hij eventueel met andere bewegingsdisciplines zou kunnen behalen en adviseert de patiënt hierover. c. Indien de fysiotherapeut niet beschikt over specifieke deskundigheid met betrekking tot de behandeling van een bepaalde chronische ziekte of aandoening, wijst hij de patiënt in onderling overleg op een fysiotherapeut die die specifieke deskundigheid wel bezit. d. Bij het bieden van steun bij psycho-sociale problemen van de patiënt houdt de fysiotherapeut de grenzen van zijn deskundigheid in het oog; hij wijst de patiënt op andere deskundigheid (bijvoorbeeld een psycholoog of maatschappelijk werker). e. De fysiotherapeut is alert op mogelijke signalen die relevant zijn voor deskundigheid buiten de grenzen van zijn eigen bevoegdheid en bekwaamheid. f. Indien na ziekenhuisopname een vervolg op de daar ontvangen fysiotherapie wenselijk of noodzakelijk is, wijst de fysiotherapeut in het ziekenhuis de patiënt in onderling overleg op een geschikte extramuraal werkende fysiotherapeut.	
---	--

1.12	De fysiotherapeut maakt bij de behandeling van een patiënt alleen gebruik van apparatuur, indien hij kan verwachten dat dit voor de betreffende patiënt positief kan uitwerken.	3,64
------	---	------

2 Informatie

Informatie over de behandeling

2.1	De fysiotherapeut informeert de patiënt over het behandelplan.	3,52
<p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. fysiotherapeutische diagnose; b. behandelingsmogelijkheden; c. bereikbaar geachte behandelgoal(en); d. gebruikte middelen; e. duur van de behandeling; f. werkwijze van de behandeling; g. afbouwfase (bij beëindiging van de behandeling); h. doorverwijzing; i. samenhang tussen de behandeling en (eventueel) de overige vormen van zorg of behandeling waar de patiënt gebruik van maakt. 		
2.2	De fysiotherapeut informeert de patiënt desgevraagd over andere behandelingsmogelijkheden buiten de fysiotherapie.	3,25
2.3	De fysiotherapeut informeert de patiënt over het ziekteverloop (indien dit voor de behandeling van belang is).	3,34

Informatie over zelfzorg

2.4	De fysiotherapeut informeert de patiënt over de mogelijkheden om zelfstandig te kunnen omgaan met de problemen waarmee hij als gevolg van zijn lichamelijke beperking in het dagelijks leven te kampen heeft.	3,48
<p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aangrenzende (alternatieve) vormen van zorg- of dienstverlening (bijvoorbeeld ergotherapie, thuiszorg(winkels), yoga); b. de verkrijgbaarheid van hulpmiddelen (wat en waar); c. de mogelijke betekenis van een patiëntenorganisatie voor de patiënt (i.e.: voorlichting en informatieverstrekking; lotgenotencontact; belangenbehartiging); d. globaal inzicht geven in relevante aspecten van de ARBO-wet c.q. de wettelijke verplichtingen inzake aanpassingen van de werksomgeving aan lichamelijke beperking(en) (voor nadere informatie weet hij de patiënt te wijzen op andere informatiebronnen). <p>De fysiotherapeut geeft op een zodanige wijze voorlichting dat de patiënt de overgedragen kennis en inzichten zelf toe kan passen in de praktijk van zijn leven (praktische adviezen) en zelf problemen leert op te lossen.</p>		

Informatie over zorgaanbod

2.5	De fysiotherapeut geeft uitleg over de gang van zaken binnen de praktijk.	2,50
2.6	De fysiotherapeut die zich specifieke deskundigheid heeft eigen gemaakt (met betrekking tot specifieke (categorieën van) ziekten en aandoeningen) maakt dit kenbaar aan zijn (potentiële) patiënten en doorverwijzers.	3,17

2.7	De fysiotherapeut informeert de patiënt desgevraagd (globaal) over de mate waarin de behandeling wordt vergoed door de verzekeraar.	3,24
-----	---	------

Verzamelen van informatie

2.8	De fysiotherapeut vraagt de patiënt om informatie over diens: * gezondheidsklachten (beperkingen, ziekte/aandoening); * wensen en doelen; * persoonlijke omstandigheden (sociale omgeving, individuele situatie).	4,23 3,64
-----	--	--------------

2.9	De fysiotherapeut stelt zich zo nodig bij de behandelend arts (huisarts of specialist) op de hoogte van het specifieke ziektebeeld van een bepaalde patiënt en de veranderingen die daarin (kunnen) optreden.	3,14
-----	---	------

Omgaan met informatie

2.10	De fysiotherapeut zorgt ervoor dat de informatie voor patiënten voor een ieder begrijpelijk is.	3,70
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. De fysiotherapeut maakt lichamelijke klachten, behandeldoelen en -wensen overzichtelijk voor de patiënt.</p> <p>b. De fysiotherapeut maakt zoveel mogelijk gebruik van illustratief voorlichtingsmateriaal (skeletmodellen, folders, tekeningen, etc.).</p> <p>c. De fysiotherapeut is bereid om vragen van de patiënt te beantwoorden.</p> <p>a. De fysiotherapeut trekt voldoende tijd uit voor de vragen van de patiënt.</p>		

2.11	De fysiotherapeut draagt er zorg voor dat de informatie met betrekking tot patiënten vertrouwelijk wordt behandeld.	4,14
------	---	------

2.12	De fysiotherapeut houdt de patiënt desgewenst zoveel mogelijk op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de behandelingsmogelijkheden van diens ziekte of aandoening.	3,49
------	--	------

2.13	De fysiotherapeut stelt de uitvoeringswijze van de oefeningen die de patiënt thuis dient te verrichten, desgewenst en indien mogelijk schriftelijk aan de patiënt (en zo nodig aan diens naasten) beschikbaar.	3,06
------	--	------

3 Bejegening

Respect voor patiënt als (mede)mens

3.1	De fysiotherapeut toont respect voor de patiënt en diens omgeving.	3,60
3.2	De fysiotherapeut neemt de patiënt serieus.	4,00
Aandachtspunt: a. De fysiotherapeut neemt de pijn die de patiënt ervaart serieus en behandelt deze met respect.		
3.3	De fysiotherapeut treedt de patiënt tegemoet overeenkomstig gangbare normen voor de tussenmenselijke omgang.	3,81
Aandachtspunten: a. Aan het begin van de eerste behandelafpraak biedt de fysiotherapeut gelegenheid voor een korte kennismaking en stelt de patiënt op zijn gemak. b. De fysiotherapeut drinkt geen koffie of thee en dergelijke in aanwezigheid van de patiënt zonder hem zelf ook iets aan te bieden. c. Indien de fysiotherapeut zich laat vervangen door een andere fysiotherapeut, stelt hij de patiënt hiervan (indien mogelijk vooraf) op de hoogte (mondeling dan wel schriftelijk). d. De fysiotherapeut blijft toezicht houden op de patiënt als deze zelfstandig oefeningen uitvoert.		

Respect voor patiënt als hulpvrager

3.4	De fysiotherapeut behoudt een professionele houding tot de patiënt. ²	3,76
3.5	De fysiotherapeut besteedt de voor de patiënt gereserveerde tijd optimaal aan de behandeling of daarvoor relevante zaken.	3,45
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut voert geen voor de patiënt irrelevant telefoongesprek tijdens de behandeltime, tenzij dit echt noodzakelijk is; b. De fysiotherapeut voert geen voor de patiënt irrelevant gesprek met collega's tijdens de behandeltime, tenzij dit echt noodzakelijk is; c. De fysiotherapeut besteedt - bij praktijk aan huis - geen tijd aan derden en privé-aangelegenheden tijdens de behandeltime.		
3.6	De fysiotherapeut komt de gemaakte afspraken na.	3,78
3.7	De fysiotherapeut dringt zijn opvattingen en adviezen niet op aan de patiënt.	3,39
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut respecteert de belangstelling van de patiënt voor alternatieve bewegingstherapieën, maar mag de patiënt wel adviseren niet beide behandelingen te combineren maar voor een van beide te kiezen. b. Indien de fysiotherapeut de patiënt informeert en adviseert over alternatieve bewegingstherapieën, geeft hij daar niet ongevraagd een persoonlijk oordeel over.		

2. Dit criterium geldt des te meer indien het een langdurige behandeling betreft.

Empathie

3.8	De fysiotherapeut behandelt de patiënt met aandacht.	3,80
3.9	De fysiotherapeut houdt rekening met de bijzondere en individuele problematiek en leefomstandigheden van de patiënt.	3,64
3.10	De fysiotherapeut toont betrokkenheid en invoelend vermogen in de omgang met de patiënt.	3,61
	<p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De fysiotherapeut gaat op een kindvriendelijke manier met kinderen om. b. De fysiotherapeut gaat niet onnodig hardhandig te werk bij lichamelijk contact met de patiënt. c. De fysiotherapeut verricht geen onverwachte handelingen in het lichamelijk contact met de patiënt. d. De fysiotherapeut stelt zich tactvol op indien een patiënt bij een bepaalde oefening (lichamelijk) een ondergeschikte of kwetsbare positie ten opzichte van de fysiotherapeut inneemt. e. De fysiotherapeut begrijpt dat een ontkleedde patiënt zich minder makkelijk mondig en gelijkwaardig opstelt en stemt zijn gedrag hierop af; dit houdt met name in dat de fysiotherapeut de patiënt vraagt of hij het bezwaarlijk vindt om zich uit te kleden. f. De fysiotherapeut biedt de patiënt de keus om in plaats van ondergoed badkleding te dragen tijdens de oefeningen, indien een verantwoorde behandeling dit toestaat. g. De fysiotherapeut laat de patiënt alleen in (gedeeltelijk) ontkleedde toestand verkeren, voor zover en voor zolang dat voor een verantwoorde behandeling noodzakelijk is. 	
3.11	De fysiotherapeut leeft zich voldoende in in wat het voor de patiënt betekent om te leven met een lichamelijke beperking en om een daarop afgestemd bewegingsadvies te volgen. ³	3,44
	<p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De fysiotherapeut voelt in hoe belastend het voor de patiënt kan zijn om bepaalde aspecten van de behandeling vol te houden. b. De fysiotherapeut heeft begrip voor de therapiemoedigheid die als gevolg hiervan kan optreden. c. De fysiotherapeut ondersteunt de patiënt mentaal bij het volhouden van de behandeling en de therapiemoedigheid. 	

Gelijkwaardige samenwerking

3.12	De fysiotherapeut stelt zich op basis van zijn deskundigheid niet boven de patiënt.	3,34
3.13	De fysiotherapeut spant zich in om met de patiënt een vertrouwensband te ontwikkelen.	4,15
	<p>Aandachtspunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. De fysiotherapeut zorgt voor een sfeer van open communicatie. 	

3. Dit inlevingsvermogen mag er niet toe leiden dat de fysiotherapeut de patiënt lichamelijk en psychisch gaat ontzien, maar wel dat hij de patiënt emotioneel kan ondersteunen en als een klankbord kan fungeren. Tijdens de opleiding van fysiotherapeuten zou aan de vaardigheid om zich in te leven aandacht geschonken moeten worden, o.a. door studenten zelf bepaalde bewegingsadviezen te laten volgen.

3.14	De fysiotherapeut spant zich in om met de patiënt een samenwerkingsrelatie te ontwikkelen, waarin hij samen met de patiënt zoekt naar de oplossing van problemen.	3,91
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. De fysiotherapeut betreft de patiënt actief bij de behandeling en is in staat vraaggerichte zorg te bieden door een gericht en doeltreffend hulpaanbod.</p> <p>b. De fysiotherapeut vraagt en luistert aan het begin van elke behandelsessie met belangstelling naar de ervaringen die de patiënt sinds de vorige behandelsessie met betrekking tot zijn klacht en het verrichten van oefeningen (met name eventuele ervaren pijn en de voor de patiënt toelaatbare pijngrens) heeft opgedaan en stemt daar de behandeling op af, in het verlengde van de vorige behandelsessie.</p> <p>c. De fysiotherapeut leert de patiënt hoe hij de oefeningen het beste kan afstemmen op het lichamelijk gevoel c.q. pijn die de patiënt ervaart bij het verrichten van de oefeningen.</p> <p>d. De fysiotherapeut staat open voor creatieve oplossingen van de patiënt gericht op het goed uitvoeren van de oefeningen.</p> <p>e. Indien een patiënt met een chronische ziekte of aandoening op basis van ervaring aangeeft een bepaalde handeling niet te kunnen uitvoeren, dan neemt de fysiotherapeut hem serieus.</p> <p>f. De fysiotherapeut staat open voor oprecht bedoelde kritiek van de patiënt over de behandeling</p> <p>g. De fysiotherapeut stelt de tijden van behandeling vast in overleg met de patiënt.</p>		
3.15	De fysiotherapeut bespreekt de resultaten van de behandeling met de patiënt.	3,79
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. De fysiotherapeut is bereid (uiteindelijke) doelstellingen van de behandeling bij te stellen op basis van de therapiemoedeheid en stelt de patiënt in de gelegenheid het behandeltraject te onderbreken en maakt afspraken met de patiënt over eventuele voortzetting van de behandeling.</p> <p>b. De fysiotherapeut eist niet onnodig van de patiënt om ook thuis een oefenprogramma uit te voeren.</p>		

4 Steun

Emotionele steun

4.1	De fysiotherapeut zorgt ervoor dat de patiënt zich ontspannen en veilig kan voelen.	3,94
4.2	De fysiotherapeut vermijdt onnodig belastende of confronterende situaties voor de patiënt.	3,45
4.3	De fysiotherapeut heeft oog voor de psycho-sociale aspecten c.q. problemen (onzekerheid, onrust of angstgevoelens) die samenhangen met de lichamelijke beperking of behandeling daarvan en steunt (desgewenst) de patiënt mentaal en emotioneel hierin.	3,39
4.4	De fysiotherapeut geeft de patiënt vertrouwen in zijn eigen initiatieven.	3,03

Eigenmachtig maken (empowerment)

4.5	De fysiotherapeut behandelt de patiënt op zodanige wijze dat deze beter en zelfstandig kan (blijven) omgaan met de problemen waar de patiënt als gevolg van zijn lichamelijke beperking in het dagelijks leven mee te kampen heeft:	3,61
-----	---	------

4.6	De fysiotherapeut wijst de patiënt op specifieke groepsactiviteiten die zijn te beschouwen als aanvullende behandeling en motiveert en activeert de patiënt om daaraan deel te nemen.	2,89
4.7	De fysiotherapeut wijst de patiënt desgevraagd op mogelijke toekomstige maatschappelijke en lichamelijke problemen en bereidt hem hierop voor.	3,43
Aandachtspunt: a. De fysiotherapeut betreft de naasten van de patiënt desgewenst hierbij.		
4.8	De fysiotherapeut denkt desgewenst mee over oplossingen voor maatschappelijke reïntegratie.	3,45
Aandachtspunt: a. De fysiotherapeut wijst de patiënt zo nodig op relevante deskundigen.		

5 Zelfstandigheid

Participatie in besluitvorming

5.1	De fysiotherapeut doet een beroep op de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.	3,32
5.2	De fysiotherapeut stelt de patiënt volop in de gelegenheid zijn eigen wensen en opvattingen te uiten.	3,26
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut is zich ervan bewust dat de emotionele betrokkenheid van de patiënt hem psychisch kwetsbaar maakt en hem kan belemmeren een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie aan te gaan. b. De fysiotherapeut brengt deze situatie meer in balans door de patiënt als een volwaardig partner actief aan de besluitvorming en uitvoering van zijn behandeling te betrekken.		
5.3	De fysiotherapeut stelt in overleg met de patiënt het behandelplan op en betreft de patiënt ook bij andere belangrijke besluiten ten aanzien van de behandeling.	2,88
Aandachtspunten: a. In het behandelplan zijn zowel de professionele behandeldoelen, -mogelijkheden en -methoden als de verwachtingen, behoeften en wensen van de patiënt verwerkt. b. De fysiotherapeut beproeft een nieuwe fysiotherapeutische behandelwijze in overleg met de patiënt.		
5.4	De voorkeur van de patiënt voor een bepaalde fysiotherapeut wordt zoveel mogelijk gerespecteerd.	3,62
Aandachtspunten: a. De voorkeur van de patiënt voor een specifieke fysiotherapeutische deskundigheid wordt zoveel mogelijk gerespecteerd.		

5.5	De fysiotherapeut stelt de patiënt desgewenst in de gelegenheid om naar eigen keuze een derde persoon aan een gesprek te laten deelnemen.	2,86
5.6	De fysiotherapeut stelt ongevraagd het (globale) behandelplan en de behandeldoelen schriftelijk aan de patiënt beschikbaar, waardoor de patiënt beter in staat is de behandeling te evalueren.	2,68
5.7	De fysiotherapeut bespreekt de rapportage aan de behandelend arts met de patiënt; de fysiotherapeut stelt desgewenst (een kopie van) deze schriftelijke rapportage aan de patiënt beschikbaar.	3,27, 2,92
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. Naast de rapportage geldt dit ook voor andere vormen van communicatie</p> <p>b. Naast de arts geldt dit ook voor andere hulpverleners.</p> <p>c. Naar aanleiding van de bespreking van de rapportage verwerkt de fysiotherapeut eventueel commentaar van de patiënt.</p>		

Stimuleren tot zelfzorg

5.8	De fysiotherapeut motiveert de patiënt om zich aan de oefeningen en bewegingsadviezen te houden door hem te wijzen op de gevolgen wanneer hij zich er niet aan houdt.	3,63
5.9	Indien bepaalde klachten of aandoeningen voorkomen kunnen worden door middel van een bepaald bewegingsadvies, dan wijst de fysiotherapeut de patiënt tijdig hierop (preventievetaak).	4,07
5.10	De fysiotherapeut leert de patiënt zoveel mogelijk zelf problemen met betrekking tot (de gevolgen van) de aandoening op te lossen.	3,48

Afhankelijkheidsreductie

5.11	De verleende fysiotherapeutische zorg heeft een positief effect op de gezondheid van de patiënt (waardoor de patiënt zelfstandiger kan functioneren).	4,10
------	---	------

6 Organisatie

Regionale afstemming

6.1	De fysiotherapeuten werkzaam binnen een bepaald gebied stemmen de keuze van verschillende specifieke fysiotherapeutische deskundigheden zoveel mogelijk op elkaar af, zodat deze optimaal verspreid en bereikbaar zijn. ⁴	3,57
Aandachtspunt: a. De fysiotherapeut beschikt over een netwerk van collega's met specifieke deskundigheid ten aanzien van een bepaalde ziekte of aandoening die hij kan raadplegen en waarnaar hij kan verwijzen.		

Afstemming met andere hulpverleners

6.2	De fysiotherapeut draagt er zorg voor dat zijn behandeling en de behandeling door de arts optimaal op elkaar zijn afgestemd.	3,56
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut draagt samen met de arts zorg voor een optimale uitwisseling van relevante informatie. ⁵ b. De fysiotherapeut stelt het behandelplan op op basis van de diagnose van de behandelend arts. c. Indien met de fysiotherapeutische behandeling binnen redelijke termijn geen verbeteringen worden behaald overlegt de fysiotherapeut met de behandelend arts. d. De fysiotherapeut is op de hoogte van de bij een arts (of andere hulpverlener) gestelde behandelingen en -doelen. e. Indien een multi-disciplinair patiëntenoverleg wordt georganiseerd, neemt hij hieraan deel, zodat hij betrokken is bij de gehele behandeling van een patiënt. f. Belangrijke beslissingen worden in onderling overleg (tussen patiënt en arts) genomen.		

Afstemming binnen de eigen praktijk

6.3	De fysiotherapeuten binnen een praktijk houden eventuele onderlinge onenigheid of strijd verborgen voor de patiënt. ⁶	3,08
-----	--	------

4. Deze onderlinge afstemming zou bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden in het FTO, fysiotherapeutisch overleg.

5. Een onderlinge afstemming van behandelingen bevordert de kwaliteit van zorg in zijn geheel en leidt tot betere resultaten voor de patiënt.

6. Indien dat wel gebeurt, kan het vertrouwen van de patiënt in zijn behandelaar(s) worden ondermijnd.

7 Accommodatie

Algemeen

7.1	De praktijk is qua plaats/situering goed bereikbaar; er is voldoende parkeergelegenheid op korte afstand van de ingang van de praktijk.	3,56 3,28
7.2	De fysiotherapeutische praktijk is goed toegankelijk, ook voor mensen met een handicap.	3,97
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. De praktijk is niet uitsluitend toegankelijk via een trap.</p> <p>b. De buitendeur is zelfstandig door patiënt te openen.</p> <p>c. Er is genoeg ruimte in de praktijk/oefenruimte om te manoeuvreren met een rolstoel.</p>		

Verblijf en privacy

7.3	De ruimtes en de daarin aanwezige voorzieningen en (hulp)middelen zijn schoon en hygiënisch.	4,15
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. De handdoeken zijn schoon en hygiënisch.</p> <p>b. De lucht is vrij van rook en onaangename geuren.</p>		
7.4	De inrichting en faciliteiten van de praktijk zijn gebruiksvriendelijk - ook voor mensen met een handicap.	4,02
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. Er zijn stoelen met armleningen aanwezig in de wachtruimte.</p> <p>b. De praktijk beschikt over een invalidetoilet c.q. een toilet dat toegankelijk is voor minder validen.</p> <p>c. Er is een behandelbank met een uitsparing voor neus/mond.</p>		
7.5	De inrichting en aankleding van de praktijk zijn zodanig dat de patiënt er zich op zijn gemak kan voelen.	3,68
<p>Aandachtspunt:</p> <p>a. Er zijn voldoende en gemakkelijke stoelen aanwezig in de wachtruimte.</p>		
7.6	In de praktijkruimtes heerst een aangenaam binnenklimaat.	3,82
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. aangename temperatuur; ook in ontkleedde toestand;</p> <p>b. geen tocht;</p> <p>c. aangename ondergrond voor het verrichten van oefeningen (niet koud en niet hard).</p>		
7.7	Ter bescherming van de privacy van de patiënt zorgt de fysiotherapeut ervoor dat de patiënt niet ongewenst wordt geconfronteerd met de (tijdelijke) aanwezigheid van derden c.q. andere patiënten.	4,03

7.8	Ter bescherming van de privacy van de patiënt is in de praktijk een ruimte aanwezig waar de patiënt zich in afzondering kan ontkleden of omkleden.	3,34
-----	--	------

Oefenmaterialen en apparatuur

7.9	De voor de fysiotherapie beschikbare oefenmaterialen en apparatuur beantwoorden aan hun doel.	3.82
<p>Aandachtspunt:</p> <p>a. De fysiotherapeut zorgt voor een regelmatige controle van de te gebruiken oefenmaterialen en apparatuur op beschikbaarheid en bruikbaarheid.</p>		

7.10	De fysiotherapeut stelt de patiënt in de gelegenheid gebruik te maken van oefenapparatuur (in de eigen praktijk of elders) indien de uitwerking hiervan positief is.	3.62
------	--	------

Informatievoorziening

7.11	In de praktijk c.q. wachtruimte is een folderrek met voor patiënten relevante informatie aanwezig.	3.13
<p>Aandachtspunten:</p> <p>a. informatie over patiëntenorganisaties;</p> <p>b. informatie over de mogelijkheid om een klacht in te dienen;</p> <p>c. informatie over bv. ergotherapeut-aan-huis-programma, aangepaste zwem-uren etc.</p>		

8 Evaluatie

Beroepsmatig functioneren

8.1	De fysiotherapeut heeft zijn algemene uitgangspunten, doelstellingen en werkwijzen kort en duidelijk op schrift gesteld; de fysiotherapeut stelt deze ongevraagd aan de patiënt beschikbaar bij de eerste behandelspraak.	2,89
8.2	De fysiotherapeut neemt de klacht van de patiënt serieus.	3,99
<p>Aandachtspunt:</p> <p>a. De fysiotherapeut stelt de patiënt in staat om via een duidelijke en aan hem bekend gemaakte procedure een klacht in te dienen bij een overkoepelend orgaan.</p>		
8.3	De fysiotherapeut verleent desgevraagd medewerking aan een beoordeling van zijn beroepsmatig functioneren c.q. de effecten van zijn behandeling.	2,72

Aandachtspunten: a. Beoordeling door collega's (intercollegiale toetsing). b. Beoordeling door de behandelend arts c.q. specialist; c. Beoordeling door de medisch adviseur van de verzekeraar.	
--	--

8.4	Bij de evaluatie van het beroepsmatig functioneren van de fysiotherapeut worden ook patiënten (patiëntenraadpleging of klachtenregistratie) betrokken.	3,11
Aandachtspunt: a. Patiëntenraadpleging door patiëntenorganisaties op basis van door hen zelf ontwikkelde criteria.		
8.5	Op basis van door evaluatie geconstateerde tekortkomingen voert de fysiotherapeut verbeteringen door of werkt hieraan mee.	3,76

Effect van behandeling

8.6	De fysiotherapeut gaat regelmatig bij de patiënt na welke effecten de behandeling (uiteindelijk) heeft en hoe de patiënt deze effecten ervaart.	3,89
Aandachtspunten: a. De fysiotherapeut stelt op basis hiervan het behandelplan en behandeldoelen zo nodig bij voor de toekomst. b. De fysiotherapeut betreft hier eventueel de naasten van de patiënt bij.		
8.7	De fysiotherapeut biedt de patiënt de mogelijkheid om na afloop van een behandeltraject nog een keer terug te komen om de zelfstandige uitvoering van de oefeningen thuis en de effecten daarvan te evalueren (nazorg). ⁷	3,52
8.8	De fysiotherapeut evalueert het resultaat van de behandeling met de verwijzend arts.	3,40

7. De fysiotherapeut kan dan bijvoorbeeld beoordelen of de oefeningen nog op de juiste wijze worden uitgevoerd en of ze nog nut hebben.