

Tweede interimrapport

VOORTGANG VAN HET PROGRAMMA ONDERSTEUNING KWALITEITSONTWIKKELING PARAMEDISCHE ZORG

**DEEL I VOORTGANG VAN HET KWALITEITSBELEID EN BIJ-
DRAGE VAN HET ONDERSTEUNINGSPROGRAMMA**

DEEL II EVALUATIE VAN ZES TOETSINGSPROJECTEN

Emmy Sluijs
Joost Dekker

Mei 1996

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946

VOORWOORD

Voor u ligt de tweede tussentijdse evaluatie van het programma 'Ondersteuning kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'(OKPZ). In dit programma wordt door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing en het NPi (Nederlands Paramedisch instituut) ondersteuning geboden aan de tien paramedische beroepen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

Dit programma heeft een looptijd van 3 jaar, van 1 januari 1994 tot 31 december 1996. Het programma wordt jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL zodat het programma tussentijds bijgesteld kan worden indien dat wenselijk zou zijn. Het eerste interimrapport is verschenen in juni 1995; de huidige evaluatie vormt het tweede interimrapport. Het eindrapport verschijnt in 1997.

Omdat zowel het ondersteuningsprogramma alsook het evaluatie-onderzoek uit veel verschillende projecten en onderdelen bestaat is dit rapport voor de overzichtelijkheid gesplitst in twee delen, namelijk:

Deel I Voortgang van de kwaliteitsontwikkelingen en de bijdrage van het ondersteuningsprogramma.

Dit deel bevat de stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsverenigingen anno begin 1996. Door een vergelijking met begin 1995 wordt de vooruitgang zichtbaar gemaakt.

De bijdrage van het ondersteuningsprogramma wordt beschreven alsmede de factoren die de voortgang van het programma bevorderen dan wel belemmeren, zowel naar het oordeel van de paramedische beroepsverenigingen als naar het oordeel van de uitvoerders van het programma.

Deel II Evaluatie van zes toetsingsprojecten binnen het programma OKPZ.

Voor zes paramedische beroepsgroepen zijn projecten met betrekking tot intercollegiale toetsing afgerond. De ervaringen van de toetsingsgroepen en de door de deelnemers gepercipieerde effecten worden gepresenteerd.

We hopen dat het afzonderlijk beschrijven van deze twee onderwerpen de overzichtelijkheid en de leesbaarheid ten goede komt.

Utrecht, 10-5-1996

Emmy Sluijs
Joost Dekker

DEEL I VOORTGANG VAN HET KWALITEITSBELEID EN BIJDRAGE VAN HET ONDERSTEUNINGSPROGRAMMA

1	INLEIDING	7
1.1	Doel van het programma OKPZ	7
1.2	Doel van het evaluatieonderzoek	9
1.3	Vraagstelling en methode	11
2	HET KWALITEITSBELEID	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Voortgang van het kwaliteitsbeleid	13
2.3	Bijdrage van de consulentenschappen	16
2.4	Werkconferenties en studiedagen	18
2.5	Plannen met betrekking tot implementatie	20
2.6	Oordeel over de programmatische aanpak	21
2.7	Conclusies	22
3	NORMERING	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Voortgang van richtlijnen en standaarden	25
3.3	Bijdrage van het ondersteuningsprogramma	27
3.4	Conclusies	28
4	VERBETERMETHODEN: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN TOETSING	31
4.1	Inleiding	31
4.2	Voortgang van deskundigheidsbevordering	31
4.3	Bijdrage van het ondersteuningsprogramma	31
4.4	Voortgang van verbetermethoden	33
4.5	Bijdrage van het ondersteuningsprogramma	35
4.6	Conclusies	37
5	BORGING EN BEHOUD	39
5.1	Inleiding	39
5.2	Voortgang van borging/behoud	39
5.3	Conclusies	39
6	VOORWAARDENSCHEPPENDE EN OVERIGE ACTIVITEITEN	41
6.1	Inleiding	41
6.2	Voortgang voorwaardenscheppende activiteiten	41
6.3	Overige activiteiten in het ondersteuningsprogramma	43
6.4	Conclusies	44
7	SAMENVATTING VAN DE CONCLUSIES	45

INHOUD DEEL II EVALUATIE VAN ZES TOETSINGSPROJECTEN

VOORAF: voorlopige cijfers	53
8 INTERCOLLEGIALE TOETSING	55
8.1 Inleiding	55
8.2 Ergotherapeuten	56
8.3 Diëtisten	57
8.4 Mondhygiënist	57
8.5 Oefentherapeuten Cesar	58
8.6 Oefentherapeuten Mensendieck	58
8.7 Radiotherapeutisch laboranten	59
8.8 Methode en respondenten	60
9 HET SCHOLINGSPROGRAMMA	63
9.1 Inleiding	63
9.2 Waardering van het scholingsprogramma	63
9.3 Effectiviteit van het scholingsprogramma	64
9.4 Aanbevelingen voor verbetering	65
10 DE GETOETSTE ONDERWERPEN	67
10.1 Inleiding	67
10.2 Toetsingsonderwerpen	67
10.3 Conclusies	70
11 DE EFFECTEN VAN TOETSING	71
11.1 Inleiding	71
11.2 Effecten van intercollegiale toetsing	71
11.3 Conclusies	75
12 VOOR- EN NADELEN VAN TOETSING	77
12.1 Inleiding	77
12.2 Voor- en nadelen van toetsing	77
12.3 Conclusies	80
13 CONTINUERING VAN TOETSING	81
13.1 Inleiding	81
13.2 Plannen voor continuering van toetsing	81
13.3 Conclusies	83
14 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	85
BIJLAGE 1: Vragenlijst	

1 INLEIDING

1.1 Doel van het programma OKPZ

Het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' is in januari 1994 van start gegaan en heeft een looptijd van drie jaar (tot en met december 1996). Dit ondersteuningsprogramma wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). De voortgang van het programma wordt onderzoeksmatig begeleid door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). De eindevaluatie van het programma zal verschijnen in juni 1997.

Het algemene doel van het programma is de tien paramedische beroepsgroepen te ondersteunen bij het verder ontwikkelen en vormgeven van hun kwaliteitsbeleid. De paramedische beroepen zijn:

- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten Cesar
- Oefentherapeuten Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch Laboranten

Ondanks de verschillen tussen de beroepsgroepen achten de paramedici het zinvol hun kwaliteitsbeleid tot op zekere hoogte op elkaar af te stemmen. Daarom hebben deze beroepen in 1993 gezamenlijk een verzoek ingediend bij het Ministerie van VWS om hen te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het ministerie heeft dit verzoek ingewilligd met het subsidiëren van het driejarige ondersteuningsprogramma. Het ministerie was daarbij uit doelmatigheidsoverwegingen voorstander van een programmatische aanpak, waarmee wordt bedoeld dat de ondersteuning zoveel mogelijk aan de tien paramedische beroepsgroepen gezamenlijk zou worden gegeven. Dit om een optimale inzet van middelen te waarborgen en versnippering van kennis en deskundigheid te voorkómen. Het ondersteuningsprogramma bestaat dan ook uit een algemeen deel waarin ondersteuning wordt geboden aan zoveel mogelijk beroepen gezamenlijk en een specifiek deel waarin specifieke projecten voor elke beroepsgroep uitgevoerd worden om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de individuele wensen van elke beroepsgroep.

Het programma omvat onder andere persoonlijke advisering aan de beroepsgroepen door de consultants die aan elke beroepsgroep zijn toegewezen. Deze consultants adviseren de beroepsvereniging onder andere omtrent de verdere ontwikkeling en vormgeving van hun kwaliteitsbeleid. Het programma omvat een groot aantal gemeenschappelijke werkconferenties en studiedagen over onderwerpen die betrekking hebben op ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. De specifieke projecten binnen het programma zijn gericht op de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden (nor-

mering), de ontwikkeling van intercollegiale toetsing en visitatie en onderwerpen met betrekking tot deskundigheidsbevordering (bij- en nascholing, eisen voor herintreding enzovoorts). Zie voor een globaal overzicht van de tot nu toe verrichte activiteiten binnen het programma schema 1 op de volgende pagina. Dit schema is ontleend aan het tussentijds verslag van het CBO (1).

Schema 1: Overzicht activiteiten binnen het programma OKPZ (< = afgerond)

Kwaliteitsbeleid:	- Consulentenschap per beroepsgroep (CBO)
Normering:	- Richtlijnen voor de fysiotherapie (KNGF*, NPi, CBO) - Standaarden voor de logopedie (CBM**) - Standaarden voor de ergotherapie (CBO) - Richtlijn voor de orthoptie (CBO) < Raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (CBO) - Inventarisatie paramedische protocollen (NPi)
Toetsing:	- Intercollegiale toetsing in de ergotherapie (CBO) - Intercollegiale toetsing in de diëtetiek (CBO) - Kwaliteitstoetsing door radiotherapeutisch laboranten (CBO) - Intercollegiale gespreksgroepen van mondhygiënist (CBO) - Intercollegiale toetsing oefentherapie Mensendieck (CBO) - Systematische kwaliteitsbevordering oefentherapie Cesar (CBO) - Visitatie in de podotherapie (CBO)
Deskundigheidsbevordering	< Behoeft aan bij/nascholingssystemen logopedie (NPi) < Behoeft aan bij/nascholingssystemen radiologisch laboranten (NPi) < Behoeft aan bij/nascholingssystemen podotherapie (NPi) < Regelingen voor herintredende orthoptisten (CBO) - Onderwijsmodule kwaliteitszorg radiodiagnostiek (CBO)
Overig	< Ontwikkeling diagnosecode oefentherapie Cesar (NPi) < Inventarisatie knelpunten in de orthoptie (NPi) < Registratie patiëntgegevens in de orthoptie (NPi) - Werkgroep publikaties (CBO, NPi) - Werkgroep financiering kwaliteitsbeleid (CBO, NPi) - Documentatie- en informatievoorziening (NPi)
Werkconferenties/ studiedagen	< Zes gezamenlijke werkconferenties < Drie gezamenlijke studiedagen < Een symposium

*) KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**) CBM = Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen.

In het vervolg van dit rapport wordt nader ingegaan op de inhoud van de in schema 1 genoemde activiteiten. We beperken ons hier tot de grote lijn.

Normering. In het schema is te zien dat de meerderheid van de projecten nog in volle gang is. In de projecten die gericht zijn op normering van de beroepsuitoefening is doorgaans de eerste fase het ontwikkelen van een methodiek voor het maken van richtlijnen of standaarden. Vervolgens wordt binnen het programma een beperkt aantal richtlijnen voor de betreffende beroepsgroep gemaakt. Zodra deze zijn gelegitimeerd door de Algemene Ledenvergadering van de beroepsgroep begint de fase van implementatie. Het is de bedoeling dat ook na 31 december 1996 de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden of protocollen en de implementatie daarvan wordt doorgezet.

Toetsing. Ook bij toetsing is het de bedoeling dat verdere verspreiding en implementatie doorgaan na afloop van het huidige programma. Binnen het programma is allereerst per beroepsgroep een methodiek voor toetsing ontwikkeld door het CBO (intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing of visitatie). Deze toetsingsmethode is vervolgens op experimentele schaal in de beroepsgroep ingevoerd en bijgesteld. Inmiddels zijn zes toetsingsprojecten afgerond die in deel twee van deze rapportage worden geëvalueerd. Bij diverse beroepsgroepen zijn echter inmiddels (voorjaar 1996) weer nieuwe toetsingsprojecten gestart om nieuwe varianten uit te proberen of een groter deel van de beroepsgroep te bereiken.

Deskundigheidsbevordering. Bij drie beroepsverenigingen heeft het NPi geïnventariseerd wat de behoefte is aan bij- en nascholingssystemen. Het plan is om op termijn een systeem te ontwikkelen om het aanbod aan bij- en nascholing, de eisen die aan na- en bijscholing moeten worden gesteld en eventueel (verplichte) deelname te reguleren. Het doel daarvan is de kwaliteit van de na- en bijscholing te verhogen en te waarborgen. Voor orthoptisten is de herintreding gereguleerd. De kwaliteitsmodule voor de opleiding van radiodiagnostisch laboranten is zo goed als voltooid.

Overige projecten. Voor de oefentherapeuten Cesar is door het NPi een diagnosecode ontwikkeld zodat zij nauwkeuriger kunnen gaan registreren welke patiëntengroepen door de oefentherapeuten Cesar worden behandeld. Een vervolgproject zal gericht zijn op het implementeren van de diagnosecode. Bij de orthoptisten zijn de knelpunten in de beroepsuitoefening geïnventariseerd. Een aantal veel genoemde knelpunten wordt in specifieke projecten aangepakt. De overige projecten komen aan de orde in hoofdstuk 6.

Werkconferenties en studiedagen. Op de conferenties en studiedagen (totaal tien) werd steeds één onderwerp met betrekking tot kwaliteitszorg verkend (kwaliteitsbeleid, richtlijnen, toetsing enzovoorts). Deze werkconferenties en studiedagen zijn steeds voor alle paramedische beroepsgroepen gezamenlijk gehouden. Hierdoor konden de vertegenwoordigers van elk paramedisch beroep onderling ideeën uitwisselen en leren van elkaars ervaringen.

Uit het overzicht blijkt dat een scala van projecten en activiteiten binnen het programma OKPZ is ondernomen. Het accent ligt daarbij op het ontwikkelen van methodieken en de experimentele invoering daarvan. Het huidige programma OKPZ is niet gericht op implementatie. Dat is een volgende fase in de ontwikkelingen. Veel projecten zijn specifiek op maat van een bepaalde beroepsgroep toegesneden, zoals ook door de beroepsgroepen werd gewenst. De programmatische aanpak in het programma komt met name tot uiting in de gemeenschappelijke thema's van de activiteiten: kwaliteitsbeleid, normering, toetsing en deskundigheidsbevordering.

1.2 Doel van het evaluatie-onderzoek

De opzet van het evaluatie-onderzoek

De voortgang van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg wordt jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL. Deze jaarlijkse evaluaties dienen gegevens aan te leveren op basis waarvan het ondersteuningsprogramma bijgesteld

kan worden indien dat gewenst zou zijn. Het is een procesevaluatie op hoofdlijnen met een interactief karakter.

Het eerste interimrapport is verschenen in juni 1995 en gepresenteerd op de Leidendamconferentie. Het tweede interimrapport ligt voor u. Het eindrapport verschijnt in juni 1997.

Het algemene doel van het evaluatie-onderzoek is 'te onderzoeken of het programma erin slaagt een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid door de tien paramedische beroepen. Dit betekent dat het onderzoek inzicht moet geven in:

- a. De mate waarin de 10 paramedische beroepen erin slagen hun kwaliteitsbeleid (verder) tot ontwikkeling te brengen en vorm te geven en de bijdrage die het ondersteuningsprogramma hieraan levert.
- b. Inzicht moet geven in de mate waarin de kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten in de beroepsgroep implementeerbaar zijn, dan wel geïmplementeerd worden of zijn.

De voortgang van het kwaliteitsbeleid (ad.a.) wordt jaarlijks in kaart gebracht op basis van enquêtes en op basis van interviews met de besturen en kwaliteitscommissies van de tien paramedische beroepsverenigingen en met de uitvoerders van het programma (CBO en NPi).

De specifieke projecten binnen het programma, met name de toetsingprojecten, worden geëvalueerd op basis van een enquête onder de deelnemers aan de toetsingsgroepen. Dit gebeurt steeds zodra een toetsingsproject is afgerond.

De implementeerbaarheid (ad.b) wordt bij afloop van het programma onderzocht in december 1996 via een enquête onder het kader van elke beroepsvereniging.

Eerste interimrapport

De eerste tussentijdse evaluatie van het ondersteuningsprogramma heeft plaatsgevonden in juni 1995 en is beschreven in het eerste interimrapport (Driessen e.a., 1995). In grote lijnen blijkt daaruit dat het ondersteuningsprogramma in zijn algemeenheid naar wens verloopt. De belangrijkste conclusies geven we beknopt weer.

De programmatische aanpak van het ondersteuningsprogramma werd door negen van de tien beroepsverenigingen in een aantal opzichten functioneel geacht. Men acht het nuttig om kennis te bundelen en van elkaars ervaringen te leren. De meerderheid constateert ook dat de gezamenlijke aanpak de saamhorigheid tussen de beroepsgroepen vergroot en de onderlinge contacten vergemakkelijkt. De programmatische aanpak vergroot de efficiëntie omdat bijvoorbeeld scholingsmateriaal door meerdere beroepsgroepen wordt benut. Wel wordt geconcludeerd dat een (te stringente) programmatische aanpak zijn grenzen heeft door de grote onderlinge verschillen tussen de beroepsgroepen, zowel verschillen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is als verschillen in de beroepsuitoefening (bijvoorbeeld vrijgevestigd of in dienstverband). Dit betekent dat toch veel beroepsspecifieke ondersteuning 'op maat' nodig is. Enige differentiatie in de programmatische aanpak lijkt dan ook onvermijdelijk, zo was de conclusie.

Een tweede bevinding was, dat de start van het ondersteuningsprogramma bij veel beroepsverenigingen leidde tot een herbezinning op het kwaliteitsbeleid en niet zelden tot een pas op de plaats. Men ging zich met name bezinnen op de vraag hoe samenhang aangebracht kon worden in de kwaliteitsactiviteiten en men boog zich over de

vraag hoe het kwaliteitsbeleid ingepast kon worden in het strategisch beleid van de beroepsvereniging. In zijn algemeenheid kwam uit de interviews naar voren dat men het ontwikkelen van een samenhangend kwaliteitsbeleid als een complexe aangelegenheid ervoer, veel moeilijker dan het uitvoeren van afzonderlijke projecten (bijvoorbeeld toetsingsprojecten). Bijstelling van het ondersteuningsprogramma leek dan ook in die zin gewenst dat meer aandacht nodig was voor ondersteuning van het kwaliteitsbeleid om de ontwikkeling daarvan niet te laten stagneren, zo werd geconcludeerd. Ook werd aanbevolen duidelijke afspraken te maken omtrent de verantwoordelijkheden van de beroepsvereniging en die van de consultants ten aanzien van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid omdat hieromtrent bij enkele beroepsverenigingen onduidelijkheid bestond.

In het eerste interimrapport werd geconstateerd dat de meeste (specifieke) projecten rond intercollegiale toetsing, richtlijnontwikkeling enzovoorts nog in een startfase verkeerden. Over de opzet van de projecten en de voortgang tot dan toe waren de beroepsverenigingen tevreden en bijstellingen werden niet nodig geacht. Wel werd verzocht de tijdstippen van de werkconferenties en studiedagen te veranderen omdat veel paramedici hun werk niet een gehele dag in de steek konden laten. Inmiddels (begin 1996) zijn zes toetsingsprojecten afgerond (zie deel II van dit rapport).

De algemene conclusie uit het eerste interimrapport was dat de voortgang van het ondersteuningsprogramma op hoofdlijnen naar wens verliep en dat op details bijstellingen wenselijk waren. De uitvoerders van het ondersteuningsprogramma hebben deze bijstellingen voor zover mogelijk gerealiseerd. De resultaten daarvan komen in de huidige evaluatie aan de orde.

1.3 Vraagstelling en methode

De huidige evaluatie is van beperkte omvang en heeft het karakter van een interne rapportage, conform de afspraken in het onderzoeksvoorstel. Deze evaluatie is gericht op het beantwoorden van drie vragen, namelijk:

1. Wat is de voortgang van het kwaliteitsbeleid vergeleken met begin 1995?
2. Wat is de bijdrage van het ondersteuningsprogramma:
 - 2.a Welke activiteiten zijn binnen het ondersteuningsprogramma uitgevoerd?
 - 2.b Hoe oordelen de partijen over de voortgang van deze activiteiten?
 - 2.c Zijn bijstellingen gewenst?
3. Wat zijn de door de deelnemers gepercipieerde effecten van de toetsingsgroepen in zes afgeronde toetsingsprojecten?

De actuele voortgang van het kwaliteitsbeleid (vraag 1) is in kaart gebracht via een enquête onder de tien beroepsverenigingen. Hiervoor werd dezelfde enquête gebruikt die ruim een jaar geleden door de beroepsverenigingen was ingevuld en aan de hand waarvan de stand van zaken beschreven is in het eerste interimrapport. Aan de beroepsvereniging is gevraagd de veranderingen ten opzichte van vorig jaar aan te geven.

Voor het beantwoorden van de tweede vraag zijn telefonische interviews gehouden met de besturen en/of kwaliteitscommissies van de tien paramedische beroepsverenigingen. Hiertoe is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld die vooraf aan het be-

stuur was toegezonden. In de vragenlijst wordt o.a. gevraagd naar de ondersteuning door de CBO consultants, de uitvoering van de specifieke projecten binnen het programma, de werkconferenties enzovoorts (zie bijlage 1). Daarnaast zijn interviews gehouden met de uitvoerders van het programma, namelijk met vier vertegenwoordigers van het CBO en met twee vertegenwoordigers van het NPi. Ook zij hebben hun oordelen over de voortgang van het ondersteuningsprogramma gegeven. Voor een gedetailleerde beschrijving van de inhoud van alle activiteiten verwijzen we naar het Tussentijds Verslag van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (periode januari 1994 tot en met december 1995) dat het CBO in februari 1996 heeft gepubliceerd.

Voor de evaluatie van zes toetsingsprojecten zijn vragenlijsten ontwikkeld voor de begeleiders van en de deelnemers aan de toetsingsgroepen. In deze vragenlijsten wordt gevraagd naar het oordeel over het scholingsprogramma, de onderwerpen die zijn getoetst en de gepercipieerde effecten en voor- en nadelen van toetsing (zie bijlage 2). Deze vragenlijsten zijn toegezonden aan de deelnemers en begeleiders van toetsingsgroepen in de ergotherapie, diëtetiek, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en radiotherapeutisch laboranten. Dit betekent dat het in januari 1996 verschenen rapport over twee toetsingsprojecten (Stuijs en Dekker, 1996) is aangevuld met nog eens vier toetsingsprojecten.

De resultaten worden in deel I en deel II van dit rapport besproken. Bij de interpretatie van de resultaten wijzen wij er met nadruk op dat de gegevens betrekking hebben op de eigen percepties van de betrokken partijen.

2 HET KWALITEITSBELEID

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met de stand van zaken ten aanzien van het kwaliteitsbeleid bij de tien paramedische beroepsverenigingen. De vooruitgang wordt zichtbaar gemaakt door de stand van zaken te vergelijken met de situatie van een jaar geleden. De volgende paragrafen beschrijven de bijdrage van het ondersteuningsprogramma, met name de consulentschappen en de werkconferenties en studiedagen. We gaan kort in op de plannen tot implementatie. Het hoofdstuk eindigt met opmerkingen ten aanzien van de programmatische aanpak in het programma, gevolgd door de conclusies.

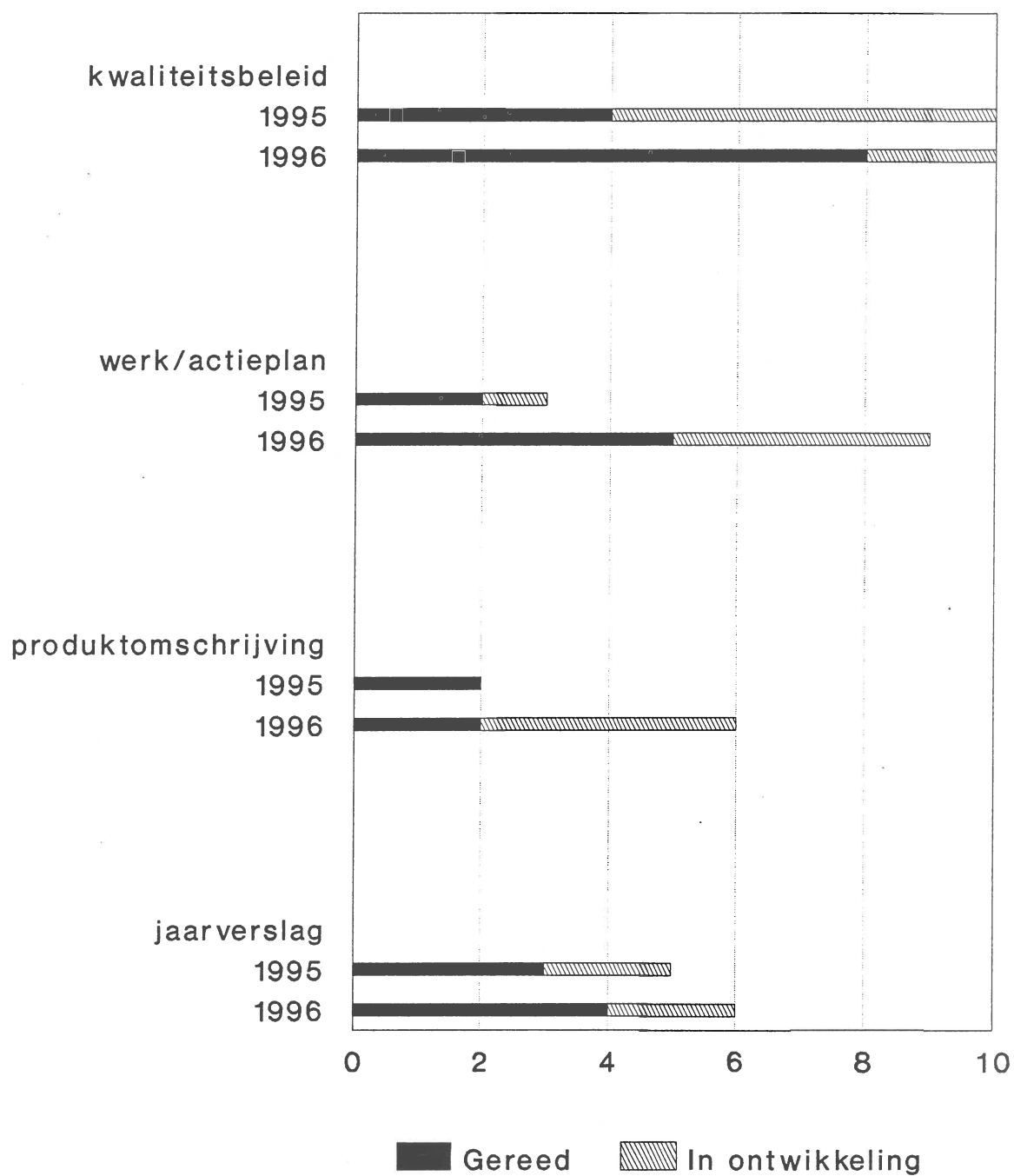
2.2 Voortgang van het kwaliteitsbeleid

Een belangrijke doelstelling van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg was te bewerkstelligen dat elke paramedische beroepsgroep bij afloop van het programma eind 1996 zou beschikken over een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid (of over een verder ontwikkeld kwaliteitsbeleid indien de beroepsvereniging al over een kwaliteitsbeleid beschikte). In het kwaliteitsbeleid wordt beschreven op welke wijze de vereniging de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren en de beroepsuitoefening wil bevorderen en bewaken. In een kwaliteitswerkplan of actieplan worden vervolgens de activiteiten beschreven die achtereenvolgens ondernomen zullen worden om dit te realiseren (bijvoorbeeld de ontwikkeling van richtlijnen of standaarden, vormen van toetsing, deskundigheidsbevordering, klachtenopvang enzovoorts).

Op de volgende pagina is de voortgang van het kwaliteitsbeleid in schema in kaart gebracht. De bovenste balk toont steeds de situatie begin 1995 en de onderste balk de situatie begin 1996. Het schema toont dat het kwaliteitsbeleid begin 1995 bij vier beroepsverenigingen gereed was en bij zes in ontwikkeling. Begin 1996 is het kwaliteitsbeleid bij acht verenigingen gereed (al dan niet in conceptvorm) en bij twee in ontwikkeling. Eenzelfde vooruitgang is te zien bij de kwaliteitswerkplannen of actieplannen die door de verenigingen ontwikkeld zijn. Drie verenigingen melden dat zij sinds 1995 begonnen zijn met de ontwikkeling van produktomschrijvingen. Vier verenigingen hebben inmiddels een model gemaakt van een kwaliteitsjaarverslag of van een jaarverslag waarin een hoofdstuk over kwaliteit is opgenomen.

We geven een beknopt overzicht van de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid bij elke beroepsvereniging.

Kwaliteitsbeleid



- Diëtisten De werkgroep Kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) is bezig met de afronding van een concept-kwaliteitsbeleidsplan. In de loop van 1996 komt een definitieve versie gereed.
- Ergotherapeuten De commissie Kwaliteitsontwikkeling en -bewaking van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft een concept kwaliteitsbeleidsplan geformuleerd. In mei 1996 wordt dit concept voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering om te toetsen of het beleid herkenbaar is voor de leden.
- Fysiotherapeuten Door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) en de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) een Integraal Kwaliteitsprogramma Fysiotherapie geformuleerd. Dit meerjarenbeleid is inmiddels voorgelegd aan en vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering.
- Logopedisten De Werkgroep Kwaliteit Logopedie heeft in overleg met de kaderleden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en met het bestuur een concept Discussienota Kwaliteitsbeleid NVLF 1996-2000 opgesteld. Deze nota is voorgelegd aan en in behandeling bij de achterban. Eind 1996 zal ook een tweede Masterplan voor de Logopedie verschijnen.
- Mondhygiënist Door de Werkgroep Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) is een kwaliteitsbeleid geformuleerd, in nauwe samenhang met het verenigingsbeleid. Dit kwaliteitsbeleid is voorgelegd aan en goedgekeurd door de Algemene Ledenvergadering.
- Oefentherapeuten Cesar Het kwaliteitsbeleid van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) opgesteld door de Werkgroep Kwaliteit van de VBC is in 1994 geaccordeerd door de leden. Het kwaliteitsbeleid is onderdeel van het totale beleidsplan.
- Oefentherapeuten Mensendieck De Commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten Mensendieck heeft een kwaliteitsbeleid en de doelstellingen daarvan in een conceptplan geformuleerd. Dit concept wordt in november 1996 voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering.
- Orthoptisten De Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NvO) heeft in 1993 een Nota Kwaliteitsbevordering uitgebracht. Deze nota wordt elke twee jaar bijgesteld.

Podotherapeuten Bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie (NVvP) is het kwaliteitsbeleid in ontwikkeling. Er is een eerste aanzet voor het beleid tot het jaar 2010; kwaliteitsbeleid wordt daarin opgenomen.

Radiologisch
Laboranten De Werkgroep Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Radiologisch Laboranten (NVRL) is bezig met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Dit plan zal - na bespreking met het bestuur - in het najaar van 1996 worden voorgelegd aan de leden.

Uit de bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat de ontwikkeling of verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bij de meerderheid van de beroepsverenigingen in een fase van afronding verkeert. We verwachten dat het kwaliteitsbeleid bij nagenoeg alle verenigingen zal zijn geaccordeerd door de Algemene Ledenvergaderingen bij afloop van het programma eind 1996. Het in het eerste interimrapport gesignaleerde gevaar dat de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid zou kunnen stagneren vanwege de complexiteit van de materie lijkt achterhaald.

Door de CBO-medewerkers wordt opgemerkt dat het bij een minderheid van de beroepsverenigingen gelukt is om het kwaliteitsbeleid te integreren in het strategisch beleid van de beroepsvereniging c.q. het kwaliteitsbeleid af te stemmen op de positie die het beroep over vijf jaar in wil nemen: "men had de handen vol aan het kwaliteitsbeleid op zich". Dit ontbreken van integratie heeft mede te maken met de communicatie-structuur in sommige verenigingen waarbij bestuur en kwaliteits- of nascholingscommissies tamelijk gescheiden opereren. De problemen die zich hierbij voordoen en de bijdrage van de CBO-consulenten komen in de volgende paragraaf aan de orde.

2.3 De bijdrage van de consulentenschappen

Binnen het ondersteuningsprogramma was aan elke beroepsvereniging een CBO-consulent toegewezen. De beroepsverenigingen kunnen een beroep doen op deze consulenten om hen bij de beleidsontwikkelingen in brede zin terzijde te staan. Door alle verenigingen is hiervan gebruik gemaakt. Bij acht verenigingen assisteert de consulent min of meer structureel de werkgroepen of commissies die zich met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bezighouden en één vereniging doet incidenteel een beroep op adviezen van de consulent. Een vereniging heeft de consulent onder andere ingeschakeld om het voorzitterschap van een conferentie over kwaliteit op zich te nemen.

In de interviews is aan de betrokken partijen gevraagd welke factoren de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bevorderen dan wel belemmeren. Daarnaast is gevraagd of men de ondersteuning door de CBO-consulenten adequaat acht en of bijstellingen wenselijk zijn.

Bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid was en is het met name een probleem hoe te anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen die zich nu (denk o.a. aan de Wet BIG) en in de toekomst mogelijk aandienen en die consequenties kunnen hebben voor de positie van het beroep (denk aan de ontwikkeling van multidisciplinaire behandelprogramma's, regionale contracten met verzekeraars, mogelijk experimenten met produktcontracten door verzekeraars enzovoorts). In de fysiotherapie was het niet makkelijk om één beleid te maken voor zo'n breed werkveld (intra- en extramuraal,

verbijzonderingen, differentiaties enzovoorts). Daarnaast hebben zich geen noemenswaardige problemen voorgedaan, en zo die er al waren zijn ze nu overwonnen, zo merken de geïnterviewden op.

De gesignaleerde problemen betreffen de uitvoering van het kwaliteitsbeleid omdat nu - nu alle plannen in het kwaliteitsbeleid op een rijtje zijn gezet - pas in volle omvang duidelijk wordt wat er de komende jaren zal moeten gebeuren om de beleidsplannen te realiseren. "Er moeten regionale structuren worden opgezet voor de implementatie van toetsing en standaarden; de implementatie van ontwikkelde classificatie- en registratiesystemen eist nieuwe voorzieningen, de regulering van na- en bijscholing eist menskracht en nieuwe structuren en er moeten nog nieuwe instrumenten ontwikkeld worden," zo merkt een van de geïnterviewden op. Kortom, voor de toekomst is tijd, menskracht, ondersteuning en zo mogelijk structurele financiering nodig om de uitvoering en implementatie van het beleid te realiseren. We komen hierop terug in de volgende hoofdstukken bij de implementatie van richtlijnen en standaarden en (intercollegiale) toetsing.

De ondersteuning door de CBO-consulenten wordt door zeven van de tien geïnterviewde beroepsverenigingen adequaat geacht: zij zijn tevreden tot zeer tevreden over de ondersteuning bij het kwaliteitsbeleid. Eén vereniging doet hierover geen uitspraak omdat elke consulent eigen kwaliteiten heeft. Eveneens één vereniging signaleert dat het aanvankelijk onduidelijk was welke projecten bij het CBO of bij het NPi thuishoorden. Drie geïnterviewden stellen vast dat de samenwerking met de consulenten aanzienlijk is verbeterd nadat vorig jaar de wederzijdse verwachtingen zijn verhelderd en duidelijke afspraken tussen de consulenten en de vereniging zijn gemaakt over verdeling van taken en verantwoordelijkheden (zoals in het eerste interimrapport was aanbevolen).

Vertegenwoordigers vanuit de fysiotherapie en de logopedie (KNGF en NVLF) merken op dat men ook vóór de start van het programma een adviesrelatie met het CBO onderhield zodat het instellen van consulentschappen voor hen weinig of geen verandering teweeg heeft gebracht. Bovendien had men al veel op het gebied van kwaliteit geregeld, zo stelt men. De NVLF acht het belangrijk dat het CBO informatie aanlevert over recente ontwikkelingen en activiteiten in het land zodat de NVLF de eigen plannen daaraan kan spiegelen. De vertegenwoordiger van de KNGF acht het nuttig dat meerdere instituten samenwerken bij de ondersteuning. Voor het KNGF is het belangrijk dat regionale en landelijke ontwikkelingen in de fysiotherapie op elkaar worden afgestemd. De CBO-consulent kan hieraan een bijdrage leveren omdat het CBO ook contacten heeft met regionale verenigingen in de fysiotherapie.

Vanuit de VBC (oefentherapeuten Cesar) wordt opgemerkt dat het consulentschap adequaat is vanuit de visie die het CBO heeft op kwaliteit. De VBC heeft altijd al zorg voor kwaliteit gehad en beschouwt kwaliteitszorg niet als iets wezenlijk nieuws.

Niemand van de geïnterviewden vindt op dit moment bijstelling of verandering van de consulentschappen gewenst: "het huidige programma laat ook nauwelijks meer verschuivingen toe", zo vult één geïnterviewde aan. De meerderheid pleit voor continuering, ook nadat het huidige programma is afgelopen. Men verwacht nog veel ondersteuning nodig te hebben bij het realiseren en continueren van alle ontwikkelingen die de afgelopen jaren in gang zijn gezet. Vanuit één vereniging wordt ervoor gepleit bij het toekomstige ondersteuningsaanbod rekening te houden met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging zich bevindt. Ook de CBO-consu-

lenten zelf pleiten voor continuering. De consultants merken op dat een aanloopperiode nodig was om ingewerkt te raken in de specifieke situatie van elke beroepsvereniging en om de verwachtingen af te stemmen en een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen. Toen deze fase achter de rug was kon volgens hen vruchtbaar en efficiënt worden gewerkt.

2.4 Werkconferenties en studiedagen

Binnen het programma OKPZ zijn tot eind 1995 zes gezamenlijke werkconferenties georganiseerd, drie studiedagen en een symposium. Het algemene doel was de verenigingen kennis te laten maken met de diverse aspecten van kwaliteitszorg, zodat men deze kon verwerken in het kwaliteitsbeleid. Een belangrijk doel van deze gezamenlijke bijeenkomsten was ook onderling ideeënuitswisseling tussen de beroepsgroepen zodat men van elkaars ervaringen kon leren. Op deze bijeenkomsten zijn in chronologische volgorde de volgende onderwerpen behandeld:

- Paramedisch programma en het referentiemodel (4 mei 1994)
- Managen van een kwaliteitsproject (3 november 1994)
- Ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid (16 november 1994)
- Ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid (17 november 1994)
- Richtlijnen en standaarden (15 december 1994)
- Communicatie van kwaliteitsbeleid (25 april 1995)
- Cliënt en kwaliteitsbeleid (21 juni 1995)
- Visitatie (4 september 1995)
- Implementatie (9 oktober 1995)
- Deskundigheidsbevordering (2 november 1995)

De conferenties en studiedagen binnen het programma OKPZ zijn georganiseerd door het CBO, in vier gevallen in samenwerking met andere partijen. Het NPi heeft meegewerkt aan de werkconferentie over richtlijnen en standaarden, de werkconferentie over deskundigheidsbevordering en de werkconferentie over communicatie van kwaliteitsbeleid; het NIVEL heeft meegewerkt aan de werkconferentie over implementatie. De inhoud van deze werkconferenties en studiedagen is beschreven in het 'Tussentijds Verslag van het Programma OKPZ (periode januari 1994 tot en met december 1995) van het CBO. Dit verslag bevat ook samenvattingen van de lezingen die op de conferenties gehouden zijn en de aanbevelingen, tips en aandachtspunten zodat geïnteresseerden dit nog eens kunnen nalezen wanneer men concreet met een onderwerp aan de slag wil.

Vrijwel alle bijeenkomsten zijn door één of meerdere vertegenwoordigers van elke beroepsgroep bezocht.

De waardering voor de inhoud van de tot nu toe gehouden werkconferenties is overwegend positief. Ten aanzien van de vorm bestaan aarzelingen en worden suggesties voor bijstelling gedaan. We gaan achtereenvolgens op deze aspecten in.

Van de tien beroepsverenigingen zijn er acht die de kwaliteit van de werkconferenties als goed beoordelen: men vindt de gekozen onderwerpen relevant en interessant en een enkeling spreekt van eye-openers. Eén geïnterviewde stelt dat door de werkconferenties veel zaken in gang gezet zijn, met name door de voorbeelden die uit andere

(medische) beroepen aangedragen werden. Wel merken twee van deze acht op dat de onderwerpen niet altijd aansluiten bij waar men op dat moment mee bezig is. Eenmaal wordt opgemerkt dat op de conferenties te weinig gedaan wordt met het vooraf toegepaste materiaal.

Eén vereniging meldt dat de conferenties weinig nieuws boden voor bestuur en commissies en eveneens één vereniging vindt dat de onderwerpen nu wel voldoende behandeld zijn.

Hoewel men tevreden is over de veranderde opzet (één middag en avond) blijft de tijdsinvestering volgens vijf verenigingen een probleem: de deelnemers moeten tijd vrij kunnen maken, de praktijk verlaten en missen daardoor een deel van hun inkomen. Daardoor zijn er binnen de vereniging maar weinig mensen (en vaak dezelfde) die de conferenties bij kunnen wonen. Het CBO signaleert dat werkconferenties bijgewoond worden door vrijwilligers die na verloop van tijd uit kwaliteitscommissies verdwijnen. Ook veel verenigingen kampen met de vraag hoe de opgedane kennis in de vereniging behouden kan blijven en verder kan worden verspreid. Het blijft nu vaak beperkt tot commissies of bestuur. Hoewel deze verdere verspreiding ook niet verwacht kon worden, aldus enkele geïnterviewden, zou men graag zien dat de kennis ook bij de leden of bij het kader terecht kwam. Vanuit de fysiotherapie betreurt men achteraf dat men niet meer kaderleden naar de conferenties heeft gestuurd.

Drie geïnterviewden weten geen oplossingen of bijstellingen te bedenken; door de andere beroepsverenigingen worden de volgende suggesties gedaan:

1. **Werkconferenties per beroepsgroep.** Voor verdere verspreiding zouden aparte (werk)conferenties per beroepsgroep gehouden kunnen worden, zo wordt vanuit vier verenigingen gesuggereerd. Bijvoorbeeld voor leden, voor het kader, voor sectieleiders of bijvoorbeeld als onderdeel van de algemene ledenvergadering omdat op die manier veel leden bereikt kunnen worden.
De werkconferenties zouden op gezette tijden herhaald kunnen worden voor andere deelnemers, bijvoorbeeld in de vorm van modules. De werkgroepen of commissies die een onderwerp gaan uitwerken (bijvoorbeeld visitatie) zouden dan eerst de module kunnen volgen.
2. **Concrete uitwerking van de onderwerpen.**
Verwant hiermee zeggen twee geïnterviewden geen behoefte te hebben aan werkconferenties over nieuwe onderwerpen ("maak het niet nog ingewikkelder") maar wel aan concrete uitwerking en toepassing van de reeds behandelde onderwerpen. Eén geïnterviewde suggereert pas een werkconferentie over een onderwerp te houden wanneer de methodiek voorhanden is zodat de conferentie gewijd kan worden aan de concrete toepassing ervan. Men merkt op dat de werkconferenties tot nu toe meer gericht waren op het kennismaken met een onderwerp en dat nu de behoefte ontstaat om zaken concreet uit te werken.
3. **Doelgroepen specificeren.** In het verlengde hiervan wordt gesuggereerd om specifiek te vermelden voor wie de werkconferenties bedoeld zijn: gaat het om een eerste kennismaking met een onderwerp voor degenen die er nog weinig vanaf weten of gaat het om de uitwerking en toepassing van een methodiek voor werkgroepen of commissies die daarmee aan de slag gaan.
4. **Overig.** Door één vereniging wordt gesuggereerd patiënten bij de conferenties te betrekken. Eveneens één vereniging pleit voor een financiële vergoeding voor deelnemers om inkomensverlies te compenseren.

Vanuit het CBO wordt gesteld dat de werkconferenties bedoeld waren als kennis-making met het onderwerp. In een volgende fase kan verdere uitwerking en verdieping aan de orde komen. In zijn algemeenheid stellen de medewerkers van het CBO dat het voor hen niet eenvoudig is om iedereen op alle niveaus tevreden te stellen. Desondanks blijven zij de onderlinge uitwisseling tussen de beroepsverenigingen op de werkconferenties van groot belang vinden.

2.5 Plannen met betrekking tot implementatie

Omdat bij de meerderheid van de beroepsgroepen het kwaliteitsbeleid bijna gereed is, is in de interviews gevraagd of men reeds plannen had aangaande de implementatie. Bij implementatie gaat het enerzijds om het stimuleren van het kwaliteitsbewustzijn van de leden en anderzijds om het invoeren van protocollen, richtlijnen en standaarden en vormen van intercollegiale toetsing, visitatie enzovoorts. Het NPi adviseert om niet in globale termen over implementatie te spreken: per aspect moet bekeken worden welke wijze van implementatie adequaat is (via na- en bijscholing wordt veel geïmplementeerd en de implementatie van protocollen kan bijvoorbeeld mede via opleiding en bijscholing verlopen, aldus het NPi). Volgens het NPi is al veel kennis over implementatiestrategieën bekend.

Binnen het huidige ondersteuningsprogramma was afgesproken dat implementatie tot de verantwoordelijkheid van de beroepsverenigingen zelf behoort. Alle verenigingen zijn echter van mening dat men hierbij ondersteuning nodig heeft.

Van de tien beroepsverenigingen zeggen er vier nog niet toe te zijn aan plannen voor implementatie. Vijf beroepsverenigingen willen vooral de regionale structuren gaan gebruiken voor de implementatie (ook CBO medewerkers propageren dit): men denkt aan het vormen van (regionale) netwerken en aan het aanstellen van regionale coördinatoren, mentoren of kwaliteitsfunctionarissen. Deze personen zouden de kwaliteitsactiviteiten in de regio moeten coördineren en stimuleren. Een zorg daarbij is of personen met voldoende capaciteiten gevonden kunnen worden en hoe deze personen moeten worden geschoold om activiteiten in de regio te kunnen begeleiden, aldus de geïnterviewden en natuurlijk hoe hun werk kan worden vergoed. Daarnaast zullen steeds nieuwe toetsingsgroepen geschoold moeten worden om intercollegiale toetsing verder te verspreiden. Men maakt zich unaniem bezorgd over de financiële consequenties die de hele implementatie met zich meebrengt.

Twee geïnterviewden wijzen erop, en dat wordt ook door de CBO-medewerkers benadrukt, dat vanuit het bestuur sturing gegeven moet worden aan de implementatie van het kwaliteitsbeleid. Implementatie is een functie van de lijn (bestuur) en niet van staf (commissies). Door de geïnterviewden worden nog de volgende ideeën voor implementatie aangedragen.

De kwaliteitsactiviteiten:

- regelmatig publiceren in vaktijdschriften;
- projecten en medewerkers in het zonnetje zetten (voorbeeldfunctie);
- train de trainers;
- opnemen in modelovereenkomsten met ziekenhuizen of patiëntenverenigingen;
- onderdeel maken van de Uitkomsten van Overleg (UVO's);
- financiering verwerven in de tariefstructuur;
- krachtig lobbyen;

- toewerken naar verplichting;
- toewerken naar verplichting bij herregistratie.
- faseren van de implementatie: koplopers, middengroep en overigen.

Negen van de tien beroepsverenigingen staan nog aan het begin van implementatie. Vanuit de fysiotherapie wordt in enkele regio's ervaring met implementatie opgedaan.

De CBO-medewerkers merken op dat implementatie een lange-termijn-denken vraagt. Binnen het huidige programma konden alleen tijdelijke projecten worden gestart die eind 1996 afgerond zouden moeten zijn. Volgens het CBO heeft de eindigheid van het huidige programma OKPZ het korte-termijn-denken gestimuleerd. Voor het ontwikkelen van methodieken is dat geen probleem, voor implementatie zijn lange-termijn-plannen nodig.

2.6 Oordeel over de programmatische aanpak

Gevraagd naar een algemeen oordeel over de programmatische aanpak en het gehele ondersteuningsprogramma tot nu toe zijn alle geïnterviewden van mening dat het zijn vruchten afwerpt. Enkele citaten: "wij zijn zeer blij met de ondersteuning", "het loopt prima", "er is veel gedaan, we zijn lekker op weg", "alles is in een stroomversnelling geraakt". Er komen wel veel activiteiten op je af, aldus drie geïnterviewden, en dat moet je wel met je beroepsvereniging aankunnen: "ik ben blij dat er nu niets meer bij komt".

Alle geïnterviewden zijn van mening dat continuering van ondersteuning in een of andere vorm gewenst en noodzakelijk is. Opgemerkt wordt dat kwaliteitszorg uit drie fasen bestaat, ontwikkeling, implementatie en borging. Het huidige ondersteuningsprogramma is ingezet voor ontwikkeling, een vervolg is nodig voor implementatie en borging.

Ten aanzien van een vervolgprogramma worden door de geïnterviewden zowel positieve als ook kritische kanttekeningen gemaakt bij de programmatische aanpak. Enerzijds heeft samenwerking veel meerwaarde, verlaagt drempels en geeft een bredere kijk op de kwaliteitsontwikkelingen. Ook de CBO-consulenten zeggen zeer zinvol gebruik te maken van elkaars ervaringen bij de diverse beroepsgroepen. Anderzijds is enige differentiatie wenselijk omdat beroepsverenigingen niet allemaal met dezelfde activiteiten bezig zijn en verschillen in tempo en ontwikkelingsfase. Een 'gemiddeld' programma gaat voor de een te snel en voor de ander te langzaam, zo werd ook in de vorige evaluatie geconstateerd.

Een tweede vorm van samenwerking in het programma is de samenwerking tussen de drie instituten NPi, CBO en NIVEL. Vanuit het CBO wordt opgemerkt dat goede samenwerking van belang is om de middelen die de drie instituten beschikbaar hebben zo goed mogelijk in te zetten voor de paramedische beroepsgroepen. Het NPi stelt dat goede samenwerking gelijkwaardige partners vereist. Binnen het ondersteuningsprogramma is menskracht en budget (en dus ook de gepercipieerde inbreng) van het NPi beperkt; dit werkt belemmerend op de gedwongen samenwerking. Volgens het NPi kan een aantal projecten efficiënter door één instituut uitgevoerd worden en in de praktijk gebeurt dit ook al. De samenwerking wordt ook bemoeilijkt, volgens het NPi, doordat het begrip kwaliteit niet gedefinieerd en afgebakend is. Kwaliteit kan daardoor alles omvatten en de instituten claimen alles te kunnen. Dit scheidt onduidelijkheid voor de paramedische beroepsverenigingen. Het NPi is voorstander van goede samen-

werking en hoopt dat daarvoor in de toekomst een nieuwe constructie kan worden bedacht.

2.7 Conclusies

Achtereenvolgens gaan we in op conclusies ten aanzien van de in dit hoofdstuk besproken onderwerpen: de voortgang van het kwaliteitsbeleid, de bijdrage van de consulentenschappen en de werkconferenties, de implementatieplannen en de programmatische aanpak.

1. Vergeleken met begin 1995 is een aanzienlijke vooruitgang geboekt met betrekking tot de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid is bij acht van de tien verenigingen (al dan niet in concept) gereed en is naar verwachting bij de twee overige beroepen gereed bij afronding van het programma OKPZ. Positief is dat veel beroepsverenigingen inmiddels ook kwaliteitswerkplannen ontwikkeld hebben. Teleurstellend is dat het bij de meerderheid niet gelukt is om het kwaliteitsbeleid te integreren in het strategische beleid van de beroepsvereniging. Dit bleek te hoog gegrepen. Wellicht kunnen beroepsverenigingen die wel een integratie tot stand hebben gebracht als voorbeeld dienen voor de verenigingen die hier alsnog mee aan de slag willen gaan. Om te anticiperen op de toekomstige positie van het beroep lijkt het daarnaast verstandig om van tijd tot tijd in kaart te brengen welke politieke en maatschappelijke ontwikkelingen te verwachten zijn die invloed hebben op de positie van het betreffende paramedische beroep.
2. De bijdrage van de consulentenschappen wordt door de meerderheid gewaardeerd en adequaat geacht. De samenwerking tussen consulenten en beroepsvereniging is verbeterd nadat wederzijdse verwachtingen zijn verhelderd en afspraken omtrent taken en verantwoordelijkheden zijn gemaakt. Binnen het huidige programma worden geen bijstellingen in de consulentenschappen gewenst. De meerderheid vindt continuering van de consulentenschappen van groot belang voor het ondersteunen van de in gang gezette activiteiten. Van belang wordt ook geacht dat de consulenten informatie aanleveren omtrent actuele landelijke en regionale ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg zodat beroepsverenigingen zich hieraan kunnen spiegelen en hun beleid daarop kunnen afstemmen.
3. Hoewel de gezamenlijke werkconferenties en studiedagen inhoudelijk door de verenigingen zijn gewaardeerd, lijkt een verandering van formule door de verenigingen gewenst. Nu men in de werkconferenties kennis heeft gemaakt met de diverse aspecten van kwaliteitszorg is er behoefte aan nadere uitwerking en concrete toepassing van de diverse kwaliteitsinstrumenten.
Een onopgelost probleem is het feit dat de kennis die op werkconferenties is opgedaan niet bij kader en leden van de beroepsgroep terecht komt. Door enkele verenigingen wordt gesuggereerd om werkconferenties of studiedagen per beroepsgroep te houden om kennis over kwaliteitszorg in de beroepsgroep te verspreiden. Naar onze mening kan dit op gespannen voet staan met de oorspronkelijke opzet van de werkconferenties, namelijk gezamenlijke uitwisseling tussen de tien paramedische beroepsverenigingen. Het CBO acht deze gezamenlijke uitwisseling van ervaringen blijvend van groot belang. Aanbevolen wordt om in gezamenlijk overleg een compromis tussen beide standpunten te vinden.

4. Plannen met betrekking tot implementatie verkeren nog in een pril stadium. Het programma OKPZ was ook niet op implementatie gericht. Nu alle aspecten van kwaliteitszorg in het kwaliteitsbeleid overzichtelijk bij elkaar zijn gezet wordt zichtbaar wat er de komende jaren aan activiteiten verricht moet worden om implementatie en borging te realiseren. Alle beroepsverenigingen maken zich zorgen over menskracht en financiering die nodig is voor implementatie van alle ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. We bevelen aan ten aanzien van implementatie een lange-termijn-planning te maken met een gefaseerde aanpak en met duidelijke en haalbare doelen.
5. Ten aanzien van de programmatische aanpak zijn de ervaringen zowel positief als ook kritisch. Enerzijds werkt de gezamenlijke aanpak stimulerend, drempelverlagend en zeggen de meeste verenigingen veel te hebben gehad aan de onderlinge uitwisseling. Anderzijds wordt door een aantal beroepsverenigingen differentiatie wenselijk geacht omdat niet iedereen hetzelfde tempo volgt en niet iedereen met dezelfde kwaliteitsactiviteiten bezig is. Deze wens tot enige differentiatie lijkt op het eerste oog voor de hand liggend. Bij nadere beschouwing is echter niet geheel duidelijk wat daar precies mee wordt bedoeld. Tenslotte bestaat het ondersteuningsprogramma voor het overgrote deel ook nu uit een groot aantal specifiek op een beroepsgroep toegesneden projecten en specifiek aan een beroepsgroep toegewezen consultants. Alleen de werkconferenties vormen gemeenschappelijke activiteiten. Wij bevelen aan om in onderling overleg meer duidelijkheid te creëren omtrent de specifieke wensen ten aanzien van eventuele differentiatie in een toekomstig ondersteuningsprogramma.
6. De samenwerking tussen de drie instituten CBO, NPi en NIVEL levert voor het NPi problemen op vanwege de beperkte inbreng (in termen van menskracht en budget) die het NPi in het huidige programma heeft. Goede samenwerking vereist volgens het NPi gelijkwaardige partners en men hoopt dat hiervoor een nieuwe constructie kan worden bedacht.

3 NORMERING

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op normering. In zijn algemeenheid gaat het hierbij om de normen die aan de beroepsbeoefenaar worden gesteld (bijvoorbeeld gedragsregels) en normen ten aanzien van de beroepsuitoefening (behandelingen en verrichtingen). De ontwikkeling van criteria, standaarden, richtlijnen of protocollen zijn daar voorbeelden van. Eerst bespreken we de vooruitgang van de normontwikkeling vergeleken met een jaar geleden. Daarna de bijdrage van het ondersteuningsprogramma en de voortgang van de projecten. Vervolgens wordt ingegaan op het oordeel over de uitvoering van de projecten en gewenste bijstellingen. Het hoofdstuk eindigt met conclusies.

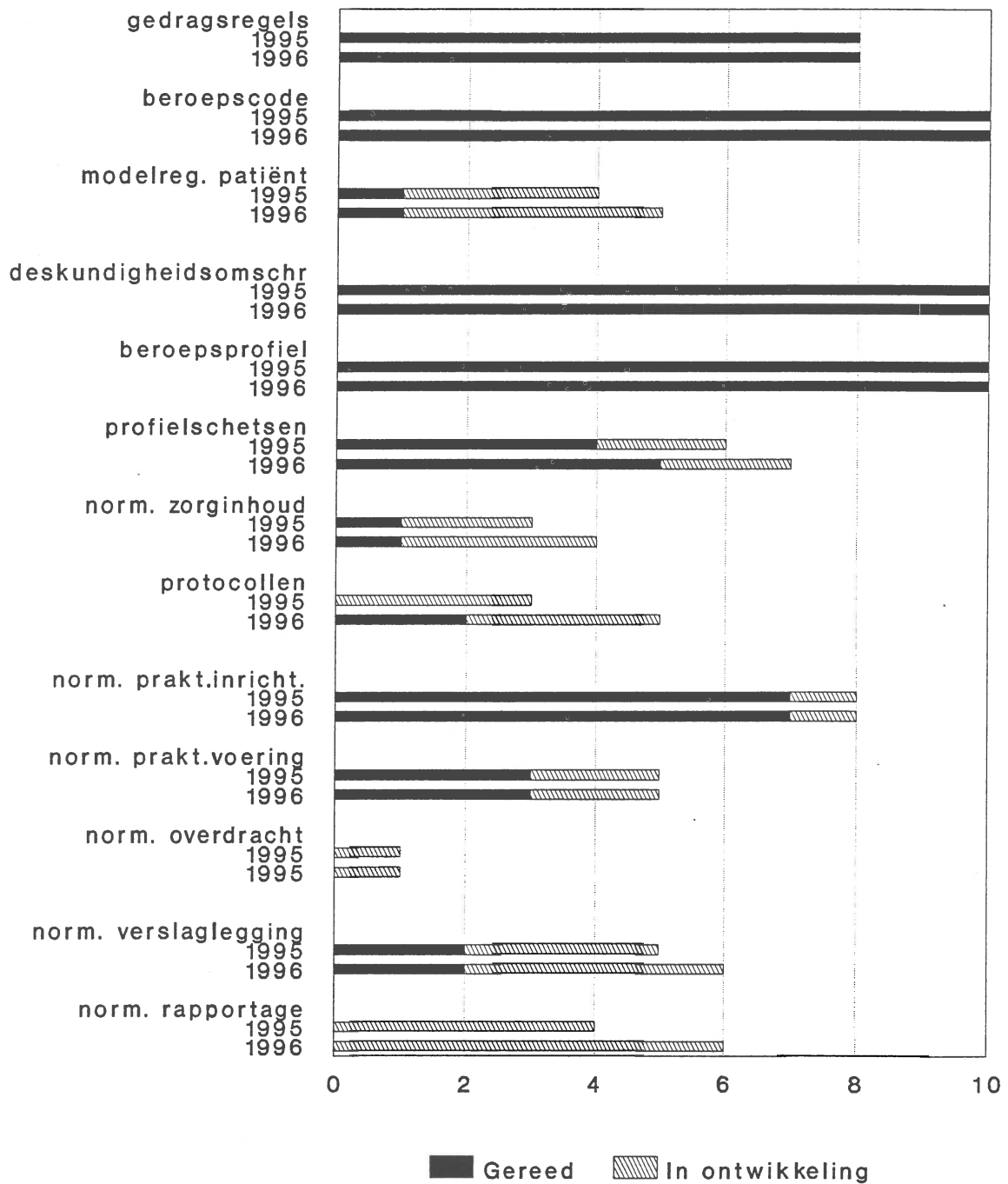
3.2 Voortgang van richtlijnen en standaarden

In het schema (zie volgende pagina) is te zien dat een aantal zaken reeds voor 1995 bij alle beroepsgroepen geregeld waren, zoals gedragsregels of beroepscode, deskundighedsomschrijvingen en beroepsprofielen. Ten aanzien van de volgende activiteiten is bij één of meerdere verenigingen vooruitgang geboekt:

- de ontwikkeling van een modelregeling met patiënten(organisaties)
- de ontwikkeling van profielschetsen
- de ontwikkeling van normen/criteria met betrekking tot de zorginhoud
- de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen of standaarden
- de ontwikkeling van normen/criteria voor de verslaglegging (patiëntenstatus)
- de ontwikkeling van normen/criteria m.b.t. rapportage aan verwijzer.

Hoewel vergeleken met vorig jaar vooruitgang is geboekt laat het schema eveneens zien dat veel activiteiten nog in de fase van ontwikkeling verkeren (gearceerde deel van de balk). Ook blijkt dat bij ongeveer de helft van de beroepsverenigingen nog geen activiteiten voor normering van de beroepsuitoefening in gang zijn gezet. Ook in vorige rapportages is geconcludeerd dat bij de paramedische beroepen veel meer het accent ligt op de (criteria m.b.t. de) beroepsbeoefenaar vergeleken met de behandelingen en verrichtingen zelf.

Normering van de beroepsuitoefening



3.3 Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Projecten gericht op normering van de beroepsuitoefening vormen samen met de toetsingsprojecten de twee zwaartepunten in het ondersteuningsprogramma. Binnen dit programma worden richtlijnen of standaarden ontwikkeld voor fysiotherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en orthoptisten. Voor diëtisten is door het CBO een raamwerk voor protocollen gemaakt en het NPi houdt zich bezig met inventarisatie van paramedische protocollen. Het betreft de volgende projecten:

- Centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen (KNGF, NPi, CBO)
- Centrale ontwikkeling en legitimering van logopedische standaarden (CBM)
- Standaardontwikkeling in de ergotherapie (CBO)
- Richtlijnontwikkeling in de orthoptie (CBO)
- Raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (CBO)
- Inventarisatie paramedische protocollen (NPi)

Het project Centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen is een lang lopend project dat gezamenlijk wordt uitgevoerd door drie partijen (KNGF, NPi en CBO). Binnen dit project is inmiddels een stramien ontwikkeld aan de hand waarvan richtlijnen kunnen worden gemaakt. Twee richtlijnen zijn in ontwikkeling, namelijk voor de fysiotherapeutische behandeling van het acuut inversietrauma van de enkel en voor de behandeling van stress incontinentie. Deze richtlijnen komen eind 1996 gereed.

Het project Centrale Richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen verloopt tot op heden naar wens. Het stramien zal worden bijgesteld op basis van de ervaringen die met het maken van twee richtlijnen worden opgedaan. Inmiddels is wel al duidelijk dat het niet lukt om een richtlijn binnen een jaar af te ronden, aldus de geïnterviewde. De werkgroep van experts die zich met de ontwikkeling van een richtlijn bezighoudt is veel tijd kwijt aan bijvoorbeeld het verzamelen en bestuderen van de beschikbare literatuur teneinde de richtlijn zo goed mogelijk wetenschappelijk te onderbouwen. Het probleem dient zich aan dat er grenzen zijn aan de tijd die door experts (met drukke agenda's) kan worden besteed, mede omdat deze werkgroepleden niet worden gehonoreerd. Vooralsnog is hiervoor geen oplossing voorhanden. Vanuit het NPi wordt opgemerkt dat in dit project de samenwerking tussen de drie organisaties goed verloopt.

Het project rond logopedische standaarden loopt eveneens al een aantal jaren en wordt in het voorjaar van 1996 afgerond. Het project wordt uitgevoerd door het Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen. Binnen dit project zijn via Delphi-rondes algemene standaarden ontwikkeld voor logopedie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, audiologische centra en logopedie in de vrije vestiging. De standaarden bevatten normen met betrekking tot het logopedisch proces (ze schrijven niet voor welke behandeling moet worden toegepast zoals bij richtlijnen en protocollen het geval is). Binnen het project worden eveneens meetinstrumenten ontwikkeld aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of logopedisten volgens de standaarden werken. Een plan voor implementatie is in de maak.

De voortgang van het project rond de standaardontwikkeling in de logopedie verloopt conform de planning en zal begin 1996 worden afgerond. Het probleem met betrekking tot de audiologische centra (de vereniging van audiologische centra kon zich niet verenigen met de voorgestelde logopedische standaarden) is opgelost en er is overeenstemming bereikt over de aangepaste standaarden. Deze zijn opnieuw aan logopedisten in audiologische centra voorgelegd. Het is de bedoeling de standaarden in juni te bekrachtigen in de Algemene Ledenvergadering. Omtrent de bruikbaarheid van

de standaarden en de daaraan gekoppelde meetinstrumenten kan nog geen uitspraak worden gedaan omdat hiermee nog geen ervaring in het veld is opgedaan. De implementatie moet nog vorm krijgen. Er is niet zozeer behoefte aan bijstelling dan wel behoefte aan aanvullende ontwikkeling van standaarden, namelijk voor logopedie in de gehandicaptenzorg en logopedie in de revalidatie. Een apart probleem dient zich aan omdat het ondersteuningsprogramma gericht is op degenen die paramedisch werkzaam zijn. Dit betekent dat voor logopedisten die in het onderwijs werkzaam zijn geen projecten of ondersteuning beschikbaar is. Een oplossing is nog niet voorhanden.

Ook voor de ergotherapie zullen standaarden ontwikkeld worden, zo is in 1995 na raadpleging van de leden besloten en in een nota vastgelegd. In 1996 zullen twee standaarden ontwikkeld worden: advisering in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten, en onderzoek en behandeling bij handrevalidatie. De orthoptisten zijn net gestart met de ontwikkeling van een richtlijn voor amblyopiebehandeling.

Voor de diëtisten is een raamwerk ontwikkeld voor het maken van protocollen en eisen waaraan goede protocollen moeten voldoen. Deze weg is gekozen omdat diëtisten frequent protocollen op instellingsniveau maken.

Tenslotte is het NPi begonnen met het aanleggen van een databank van paramedische protocollen. Men is begonnen met een inventarisatie van protocollen in de fysiotherapie in het kader van het richtlijnenproject. Bij enkele andere beroepsgroepen is een begin is gemaakt met een inventarisatie van protocollen.

De voortgang van deze overige projecten verloopt naar wens. Daarbij wordt aangetekend dat de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden in de ergotherapie en in de orthoptie nog in een pril stadium verkeert. Het voor diëtisten ontwikkelde raamwerk voor protocollen zal nog aan de leden worden voorgelegd. De inventarisatie van paramedische protocollen door het NPi is een doorgaande activiteit.

3.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is ingegaan op projecten rond normering van de beroepsuitoefening. Het gaat daarbij om de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen. Deze projecten vormen wat betreft menskracht en budget één van de zwaartepunten in het huidige ondersteuningsprogramma. Op basis van de bevindingen kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

1. Vergeleken met eind 1995 is door de paramedische beroepsverenigingen vooruitgang geboekt in de zin dat meer beroepsgroepen activiteiten in gang hebben gezet met betrekking tot het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Het standaardenproject in de logopedie is zo goed als voltooid. De ontwikkelingen in de richting van richtlijnen of protocollen staat bij de meerderheid nog in de kinderschoenen terwijl de helft van de paramedische beroepsverenigingen begin 1996 nog geen activiteiten op dit gebied heeft ondernomen.
2. De voortgang van de projecten rond richtlijnen, standaarden en protocollen verloopt volgens de betrokken partijen naar wens. Over de eindprodukten valt nog geen oordeel te geven omdat deze of nog niet gereed zijn of nog niet zijn voorgelegd aan de achterban en ook nog niet zijn uitgetest in de praktijk.

Het is duidelijk dat het ontwikkelen van richtlijnen of standaarden niet zonder problemen verloopt, bijvoorbeeld omdat de tijd die werkgroepleden kunnen besteden beperkt is (fysiotherapie), omdat de standaarden niet zonder meer geaccepteerd worden door andere disciplines (logopedie), doordat veel variatie in het beleid bij een aandoening bestaat (orthopectie), of doordat op instellingsniveau eigen protocollen worden gemaakt (diëtetiek, radiologisch laboranten). Naar onze mening ontmoeten paramedici bij deze normontwikkeling een aantal vergelijkbare moeilijkheden en kan men - juist nu men aan het begin van deze ontwikkelingen staat - elkaars ervaringen benutten en daardoor anticiperen op te verwachten problemen.

4 VERBETERMETHODEN: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN TOETSING

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op deskundigheidsbevordering en toetsing. Beide activiteiten zijn gericht op verbetering van de beroepsuitoefening, zodat zij in dit hoofdstuk tezamen worden behandeld. Paragraaf 4.1 en 4.2 beschrijven de vooruitgang met betrekking tot deskundigheidsbevordering en de bijdrage van het ondersteuningsprogramma. Paragraaf 4.4 en 4.5 gaat in op vormen van toetsing en visitatie. Het oordeel over de voortgang van de projecten en gewenste bijstellingen worden beschreven. Het hoofdstuk besluit met conclusies.

4.2 Voortgang m.b.t. deskundigheidsbevordering

Het schema op de volgende pagina laat zien op welke gebieden in zijn algemeenheid vooruitgang is geboekt met betrekking tot deskundigheidsbevordering, opleiding en scholing. Het schema laat zien dat op alle onderdelen vooruitgang is geboekt door één of meer paramedische beroepsverenigingen. Het betreft de volgende activiteiten:

- afstemming tussen de opleiding en de beroepsuitoefening
- de ontwikkeling van een onderwijsmodule kwaliteitszorg
- de ontwikkeling van criteria voor herintreders
- de ontwikkeling van een scholingsaanbod voor herintreders
- een overzicht van het aanbod aan bij- en nascholing
- het ontwikkelen van criteria voor na- en bijscholing
- het ontwikkelen van accreditatie van na- en bijscholing
- een systeem voor verplichtstelling van na- en bijscholing.

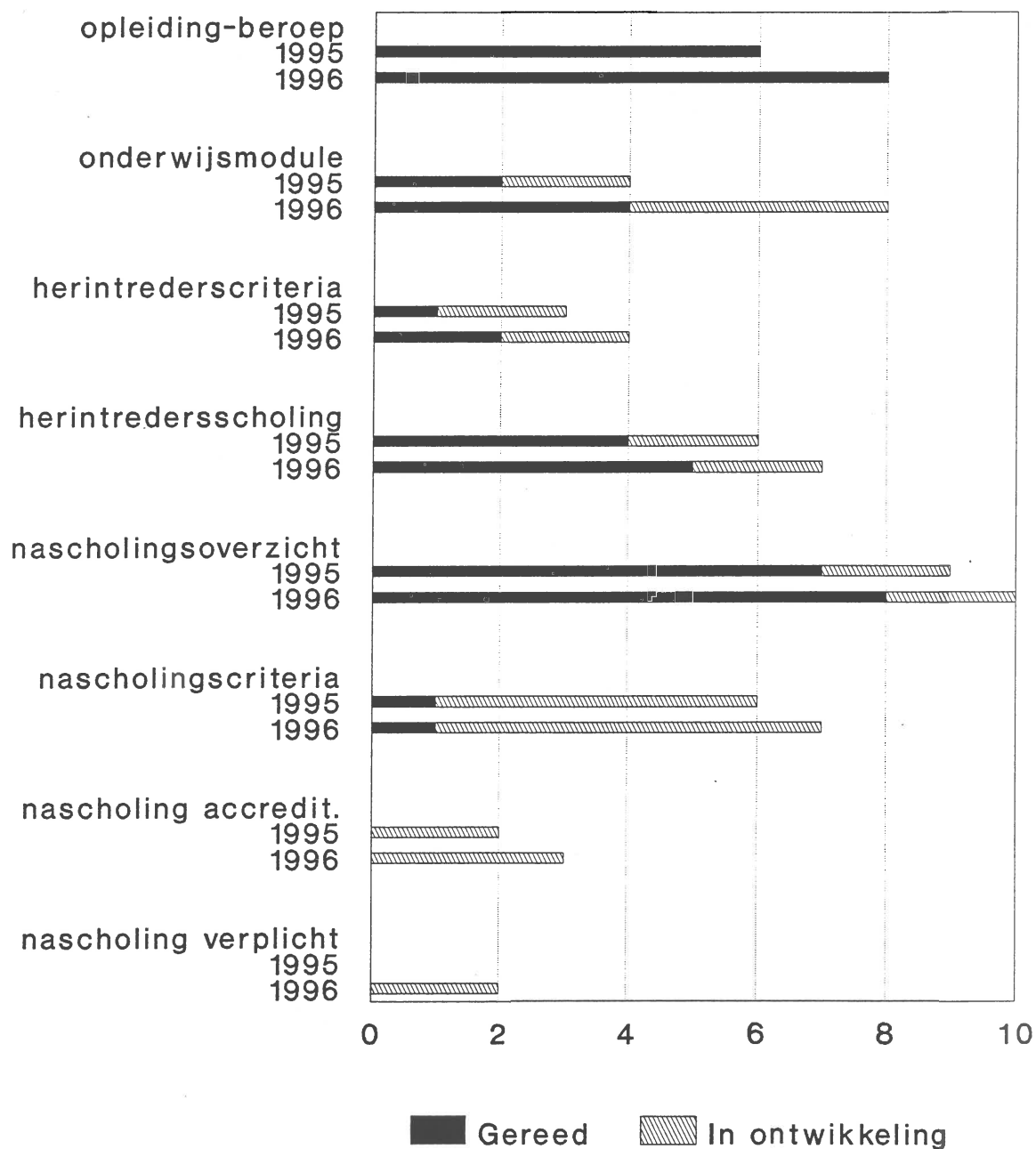
De gearceerde delen in het schema laten zien dat de meeste activiteiten nog in ontwikkeling zijn of recent in gang zijn gezet. In de volgende paragraaf gaan we in op de projecten.

4.3 Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Met betrekking tot deskundigheidsbevordering kunnen binnen het programma OKPZ de volgende projecten worden genoemd:

- Inventarisatie van de behoefte aan bij- en nascholingssystemen logopedie (NPi)
- Inventarisatie van de behoefte aan bij- en nascholingssystemen radiologisch laboranten (NPi)
- Inventarisatie van de behoefte aan bij- en nascholingssystemen podotherapie (NPi)
- Regelingen voor herintredende orthoptisten (CBO)
- Onderwijsmodule kwaliteitszorg radiodiagnostiek (CBO)

Deskundigheidsbevordering, opleiding en scholing



Het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) heeft inmiddels bij drie paramedische beroepsverenigingen geïnterviewd wat de behoefte is aan bij- en nascholingsystemen. Het uiteindelijke doel is te komen tot een aantal regelingen om het aanbod aan bij- en nascholing af te stemmen op de behoefte, de kwaliteit van na- en bijscholing te waarborgen bijvoorbeeld via een accreditatiesysteem en regelingen te treffen om te bewerkstelligen dat paramedici regelmatig aan kwalitatief goede bij- en nascholing deelnemen, misschien in de toekomst gekoppeld aan het systeem van herregistratie. Voor dit onderdeel wordt door het NPI een (nieuw) project gestart dat buiten het huidige ondersteuningsprogramma valt. Op de werkconferentie over deskundigheidsbevordering zijn verschillende mogelijkheden en varianten door het NPI gepresenteerd en bediscussieerd.

Voor orthoptisten is een regeling gemaakt voor scholing en begeleiding van herintredende orthoptisten. De scholing wordt verzorgd door de Hogeschool Midden Nederland. De herintredende orthoptisten worden persoonlijk begeleid door collega's in de regio. Daarmee zijn de procedures voor herintreding in de orthoptie vastgelegd.

De onderwijsmodule kwaliteitszorg voor de opleidingen radiodiagnostisch laboranten is in conceptvorm gereed. Een dergelijke onderwijsmodule bestond reeds voor radiotherapeutisch laboranten. Gezamenlijk met de vier Hogescholen is deze module omgezet c.q. 'vertaald' voor de radiodiagnostiek en is bijna gereed.

De vertegenwoordiger van de orthoptisten meldt dat het project rond de herintreders voorspoedig is verlopen en naar tevredenheid is afgerond. Ook vanuit de radiologisch laboranten wordt gesteld dat de onderwijsmodule zo goed als gereed is en dat het project naar tevredenheid is verlopen. Over het NPI-project rond systemen voor het regelen van de kwaliteit van bij- en nascholing kunnen de geïnterviewden nog geen mening geven omdat dit project nog volop in ontwikkeling is.

4.4 Voortgang van toetsing en visitatie

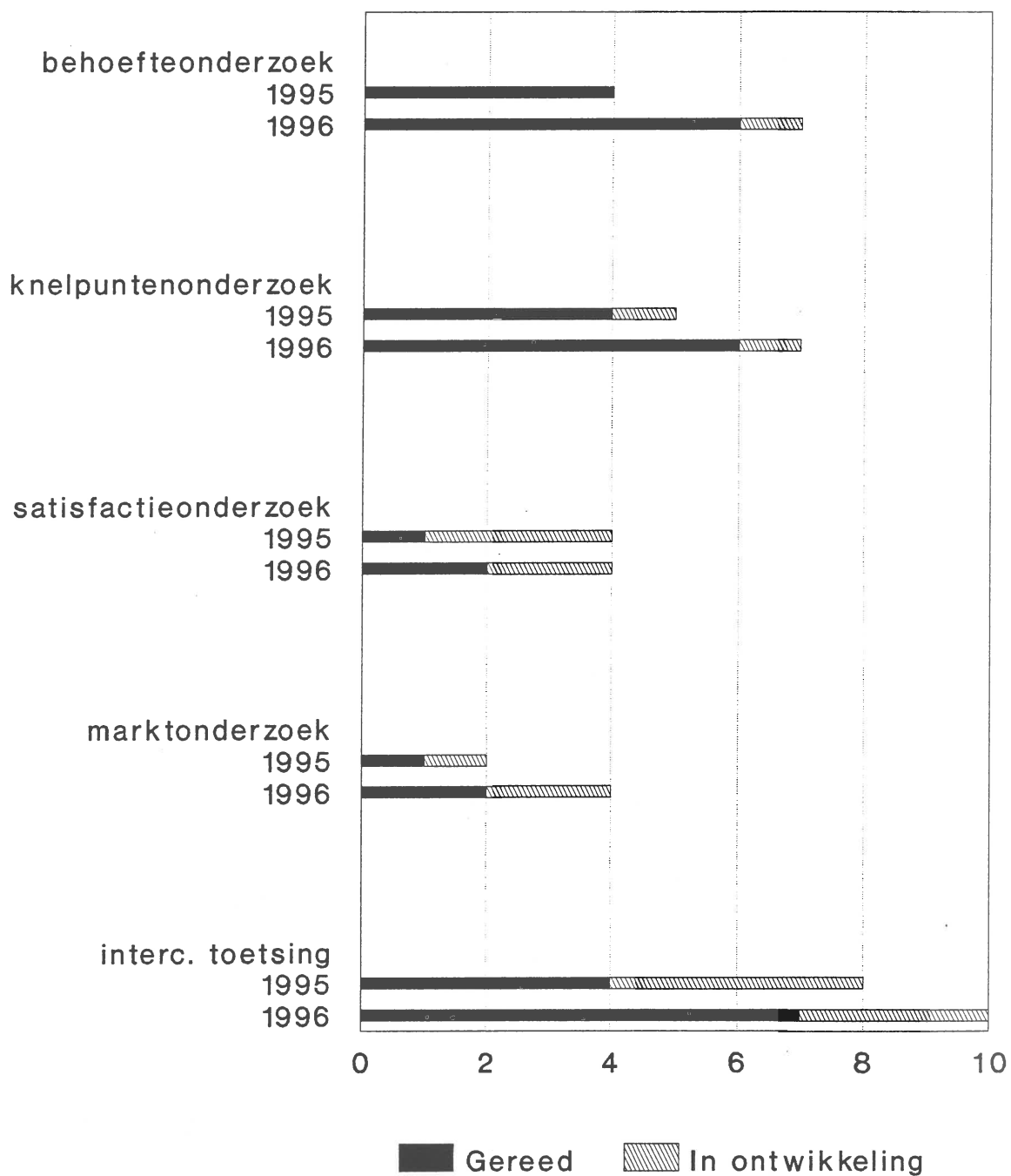
Het schema op de volgende pagina toont op welke gebieden in zijn algemeenheid vooruitgang is geboekt met betrekking tot verbetermethoden of verbeteracties. Zoals te verwachten was betreft de belangrijkste vooruitgang de vormen van toetsing (inclusief visitatie). Dit was te verwachten omdat toetsing een zwaartepunt is in het huidige ondersteuningsprogramma. Toch is ook in 1995 op andere gebieden vooruitgang geboekt door één of meerdere verenigingen, hoewel daar in 1995 (met uitzondering van de werkconferenties) geen specifieke projecten op waren gericht. Het betreft:

- behoefte-onderzoek onder de leden van de beroepsvereniging
- onderzoek naar knelpunten in de beroepsuitoefening
- satisfactie-onderzoek
- marktonderzoek (en imago-onderzoek)

Een verklaring voor de toename van onderzoek naar behoeften, knelpunten enzovoorts werd door drie geïnterviewden als volgt gegeven. Zij stelden dat de vereniging meer dan voorheen aandacht schenkt aan meningspeiling van de leden, hetzij onder alle leden, onder regionale verenigingen, op algemene ledenvergaderingen of conferenties enzovoorts. Op die wijze probeert men de leden meer bij het kwaliteitsbeleid van de vereniging te betrekken en het beleid af te stemmen op de behoeften van de leden en de door hen ervaren knelpunten.

De projecten die ten aanzien van toetsing zijn ondernomen binnen het ondersteuningsprogramma worden hierna besproken.

Verbetermethoden/acties



4.5 Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Deze paragraaf beschrijft in het kort de toetsingsprojecten binnen het ondersteuningsprogramma. Vervolgens wordt beschreven hoe de betrokken beroepsverenigingen oordelen over de voortgang van de projecten. De ervaringen van de deelnemers aan de toetsingsprojecten zelf worden afzonderlijk beschreven in deel II van dit rapport. Eerst volgt een overzicht van de titels van de projecten.

Intercollegiale Toetsing Ergotherapie (CBO)
 Protocolen en Intercollegiale Toetsing in de Diëtetiek (CBO)
 Kwaliteitstoetsing Radiotherapeutisch Laboranten (CBO)
 Gebruik Beroepscode/Beroepsprofiel Mondhygiënisten (CBO)
 Intercollegiale Toetsing Oefentherapie Mensendieck (CBO)
 Systematische Kwaliteitsbevordering Oefentherapeuten Cesar (CBO)
 Visitatie in de podotherapie (CBO)

Alle projecten zijn gericht op vormen van monodisciplinaire toetsing. Ondanks de verschillen in naamgeving (intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, systematische kwaliteitsbevordering) - een weerspiegeling van de eigen accenten die beroepsverenigingen leggen - hebben de projecten de volgende gemeenschappelijke elementen (met uitzondering van het visitatieproject).

In elk project worden groepen samengesteld die op een systematische wijze werken aan kwaliteitsverbeteringen. Hierbij wordt de klassieke methode van de kwaliteitscyclus gevolgd, namelijk kiezen en analyseren van een onderwerp, criteria vaststellen, meten, evalueren en verbeteringen aanbrengen, en tot slot zorgen voor behoud. Bij mondhygiënisten was als gemeenschappelijk onderwerp de implementatie van de Beroepscode en het Beroepsprofiel gekozen. Elke groep heeft een of meerdere begeleiders die door het CBO worden opgeleid totdat zij zelfstandig de toetsingsgroepen kunnen begeleiden.

Binnen elk project is allereerst een specifiek op de beroepsgroep toegesneden toetsingsmethode ontwikkeld. Deze methode is op experimentele wijze uitgeprobeerd in een beperkt aantal groepen en op basis van de ervaringen bijgesteld. Na deze experimentele fase is de bijgestelde methode vastgelegd in een handboek en worden weer nieuwe groepen begeleid en eventueel nieuwe varianten uitgeprobeerd.

In zijn algemeenheid omvat elk project de volgende activiteiten en produkten:

- scholingsprogramma voor begeleiders van de groep
- ondersteuning van de begeleiders gedurende een verbetercyclus (ongeveer een jaar)
- een cursusboek en een werkboek
- een handleiding voor de groepsbijeenkomsten
- tussentijdse evaluaties voor bijstelling van de methode
- een telefonische helpdesk

De projecten hebben als primair doel het ontwikkelen van een methode van intercollegiale toetsing c.q. systematische kwaliteitsbevordering. Binnen het ondersteuningsprogramma is de verantwoordelijkheid voor implementatie bij de beroepsgroepen zelf gelegd. Dit neemt niet weg dat naarmate meer begeleiders in de projecten opgeleid zijn, al een begin is gemaakt met verdere verspreiding en implementatie. Het CBO vermeldt in het Verslag Werkzaamheden programma OKPZ 1994/1995 de volgende gegevens over het bereik van intercollegiale kwaliteitstoetsing in elke beroepsgroep per december 1995:

Tabel 4.1: Percentage van de beroepsgroep dat binnen het programma OKPZ opgeleid is c.q. deelneemt aan intercollegiale kwaliteitstoetsing per december 1995

Ergotherapeuten	17% van de beroepsgroep
Radiologisch Laboranten	17% van de beroepsgroep
Diëtisten	15% van de beroepsgroep
Oefentherapeuten Mensendieck	8% van de beroepsgroep
Mondhygiënisten	5% van de beroepsgroep
Oefentherapeuten Cesar	1% van de beroepsgroep

De cijfers in tabel 4.1 zijn voorlopige cijfers omdat gedurende het jaar 1996 nog een aantal nieuwe groepen door het CBO zullen worden begeleid.

Het project visitatie voor de podotherapeuten is begin 1996 van start gegaan. Het CBO heeft inmiddels een publikatie uitgebracht waarin vormen van visitatie voor paramedici worden beschreven.

Oordeel over de toetsingsprojecten

In juni 1995 werd in het eerste interimrapport geconcludeerd dat de voortgang van de toetsingsprojecten volgens plan en naar wens verliep. Deze conclusie wordt door de beroepsverenigingen ondersteund in de huidige evaluatieronde. De vertegenwoordigers van de diëtisten, mondhygiënisten en radiologisch laboranten zijn zeer tevreden over de activiteiten en over het voorspoedige verloop van de projecten. Ook de vertegenwoordigers van oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck melden dat de projecten naar wens verlopen. De vertegenwoordiger van de ergotherapeuten meldt dat de resultaten van de evaluatie van de toetsingsprojecten tot tevredenheid stemmen. Naar haar mening is echter de ontwikkelde toetsingsmethode erg uitgebreid ('een jaar voor een toetsingscyclus met een overload aan materiaal') en gaan toetsingsgroepen zelf de methode inkorten om efficiënter te werken. Als bijstelling pleit zij voor een verkorte methode met beknopter materiaal.

De overige geïnterviewden hebben geen speciale wensen voor verandering van aanpak of methode of melden dat de gewenste bijstellingen inmiddels door de CBO-medewerkers zijn verwerkt.

Drie geïnterviewden wijzen op de behoefte aan continuering van de ondersteuning door het CBO in verband met de toekomstige implementatie van toetsing in de beroepsgroep. "Nu de ontwikkeling van de toetsingsmethode gereed is en de fase van implementatie aanbreekt wordt men zich bewust van de consequenties die daaraan verbonden zijn", zo merkt een geïnterviewde op. Naast de behoefte aan ondersteuning, menskracht en financiering worden twee problemen ten aanzien van de implementatie gemeld. Ten eerste zal vanuit de beroepsvereniging expliciete sturing aan het implementatieproces gegeven dienen te worden. "Toetsing zal op enigerlei wijze een activiteit van de beroepsvereniging moeten worden; het is nu nog teveel een CBO-activiteit" zo merkt een van de vertegenwoordigers op. Ten tweede wordt vanuit de ergotherapie gemeld dat intercollegiale toetsing niet voor alle ergotherapeuten realiseerbaar is: sommige afdelingen zijn te klein om de toetsingsmethode toe te passen en/of de therapeuten werken te part-time. "Misschien is visitatie in deze situaties beter toepasbaar of zijn andere vormen denkbaar" zo merkt de geïnterviewde op. In 1996 start het CBO een experiment met een verkorte toetsingsmethode voor een regiogroep in de ergotherapie.

Het CBO signaleert dat er bij beroepen (nu reeds bij de radiotherapeutisch laboranten, intramurale fysiotherapie en ergotherapie) behoefte zal ontstaan aan nieuwe vormen van kwaliteitstoetsing, namelijk toetsing van (multidisciplinaire) zorgprocessen die meer omvatten dan alleen het paramedisch handelen. Dit blijkt volgens hen een logische ontwikkeling te zijn: wanneer men geleerd heeft om paramedische verrichtingen intercollegiaal te toetsen en de zorg 'e bezien vanuit de positie van de patiënt (de klant) komt men als vanzelf terecht op de samenhang in het gehele zorgproces. Volgens het CBO is het van belang dat de paramedicus niet alleen een eigen inbreng heeft in deze (multidisciplinaire) zorgprocessen maar ook tracht coördinator of 'eigenaar' te worden van zorgprocessen waarin de paramedicus een belangrijke plaats heeft. Om dit te realiseren moeten nieuwe vormen van scholing en toetsing ontwikkeld worden. Dit vereist innovatie door het CBO en produktvernieuwing. Binnen het huidige ondersteuningsprogramma was geen tijd voor innovatie gereserveerd en bovendien was het budget alleen bedoeld voor paramedici (en niet voor andere betrokken disciplines); in de toekomst is tijd en geld nodig voor innovaties die voor meerdere paramedische beroepsgroepen van belang zijn, aldus de CBO-medewerkers. Men pleit voor een permanente ondersteuningsunit voor paramedische innovaties.

4.6 Conclusies

Dit hoofdstuk was gewijd aan verbetermethoden, namelijk deskundigheidsbevordering en vormen van toetsing. De volgende conclusies kunnen worden getrokken.

1. Zowel op het gebied van deskundigheidsbevordering als op het gebied van toetsing is door de paramedische beroepsverenigingen op diverse fronten vooruitgang geboekt vergeleken met eind 1995. Deze vooruitgang betreft enerzijds de activiteiten die binnen het ondersteuningsprogramma worden uitgevoerd, zoals de projecten rond een onderwijsmodule kwaliteitszorg, regulering van herintreders, bij- en nascholing, en vormen van intercollegiale toetsing. Anderzijds is ook vooruitgang geboekt met betrekking tot activiteiten waar het ondersteuningsprogramma niet expliciet op was gericht: een toenemend aantal beroepsverenigingen verricht behoefteonderzoek of meningspeilingen onder het kader of de leden. Bij beroepsverenigingen is de tendens waarneembaar om de leden meer bij het beleid van de vereniging te betrekken en het beleid op de behoefte van de leden af te stemmen. In het kader van toekomstige implementatie van het kwaliteitsbeleid mag dit een gunstige ontwikkeling worden genoemd.
2. De toetsingsprojecten verlopen tot nu toe naar wens volgens de beroepsverenigingen en een aantal geïnterviewden is ronduit zeer tevreden over wat tot nu toe in de projecten is bereikt. De ervaringen in de ergotherapie laten zien dat groepsgewijze intercollegiale toetsing niet in elke werksetting realiseerbaar is (te kleine bezetting of te part-time) zodat in dit soort gevallen wellicht naar andere vormen van toetsing (bijvoorbeeld visitatie) moet worden gezocht. In enkele gevallen zijn door beroepsverenigingen suggesties voor verandering of verbetering gedaan, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een verkorte toetsingsmethode, deze suggesties worden door het CBO serieus genomen, blijkend uit het huidige experiment met een verkorte toetsingscyclus in de ergotherapie.

3. Uit de tot nu toe opgedane ervaringen blijkt dat er ook behoefte ontstaat aan nieuwe vormen van toetsing, bijvoorbeeld multidisciplinaire toetsing of bewaking en verbetering van zorgprocessen. Volgens de CBO-medewerkers is het voor paramedici van belang een eigen positie en zo mogelijk een coördinerende rol te verwerven bij multidisciplinaire toetsing van zorgprocessen. Hiertoe moeten nieuwe vormen van toetsing ontwikkeld worden. Binnen het huidige programma is geen ruimte voor innovaties gereserveerd. Het CBO pleit voor innovatieruimte en zo mogelijk voor een permanente ondersteuningsunit voor paramedische innovaties.
4. De verenigingen hebben behoefte aan verdere ondersteuning voor de verdere verspreiding van toetsing. Begin 1996 is nog geen 20% van de beroepsgroepen bereikt. Men beraadt zich over de wijze waarop deze implementatie vorm gegeven kan worden. Aangeraden wordt om de implementatie onder te brengen bij het bestuur van de vereniging zodat sturing als het ware vanuit de 'lijn' gegeven kan worden.

5. BORGING EN BEHOUD

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op borging en behoud van kwaliteit(szorg). Hoewel binnen het ondersteuningsprogramma geen activiteiten ten aanzien van borging en behoud waren inbegrepen geven we voor de volledigheid de stand van zaken in paragraaf 5.2 weer. Het hoofdstuk besluit met conclusies.

5.2 Voortgang van borging/behoud

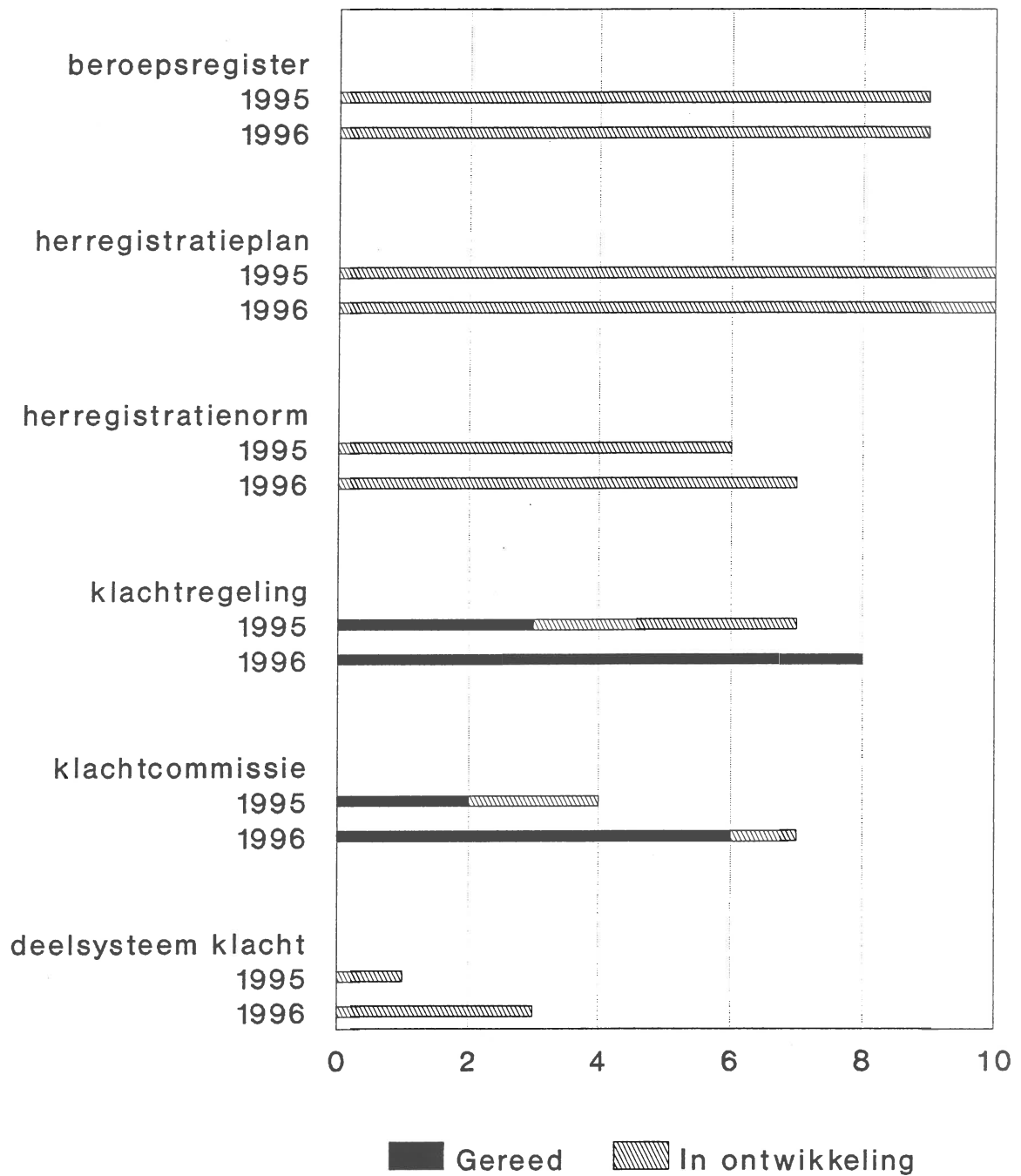
In het schema 'borging en behoud van kwaliteit' is te zien dat alle beroepsverenigingen zich - evenals vorig jaar - beraden over plannen met betrekking tot herregistratie en het instellen van een beroepsregister. Bij de fysiotherapie is dit laatste wettelijk geregeld in het kader van de Wet BIG. Zeven verenigingen beraden zich over (de ontwikkeling van) de eisen die in de toekomst aan herregistratie kunnen worden gesteld.

Een aanzienlijke vooruitgang is geboekt ten aanzien van de klachtenopvang: bij acht verenigingen is de klachtenopvang inmiddels geregeld volgens de wettelijke eisen die daaraan in het 'Klachtenrecht Zorgsector' worden gesteld. Een aantal paramedische beroepen heeft de klachtenopvang gezamenlijk ondergebracht bij het NPi; deze activiteit valt overigens buiten het ondersteuningsprogramma. Bij zeven verenigingen zijn klachtencommissies ingesteld. Het is nog niet zo dat de klachtenregistratie systematisch wordt gebruikt voor het aanbrengen van verbeteringen (dus als deelsysteem). Door enkele geïnterviewden wordt opgemerkt dat dat ook niet kan omdat er geen klachten zijn.

5.3 Conclusies

Ten aanzien van borging en behoud van kwaliteit is de meest opvallende vooruitgang geboekt met betrekking tot de klachtbehandeling. Bij acht beroepsverenigingen is de klachtenopvang inmiddels geregeld volgens de wettelijke richtlijnen die daaraan gesteld worden in de Wet Klachtenrecht Zorgsector. Deze ontwikkeling illustreert dat de paramedische beroepsverenigingen - ook buiten het ondersteuningsprogramma om - moeten inspelen op nieuwe eisen die in wetgeving of anderszins worden gesteld. De opmerking van enkele geïnterviewden dat men alle (kwaliteits)activiteiten wel aan moet blijven kunnen met de menskracht die men in de vereniging ter beschikking heeft, lijkt alleszins begrijpelijk.

Borging en behoud van kwaliteit



6 VOORWAARDENSCHIPPENDE EN OVERIGE ACTIVITEITEN

6.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk wordt ten eerste in kaart gebracht welke voorwaardenscheppende activiteiten door de verenigingen ondernomen zijn (paragraaf 6.2). Hierbij moet in acht genomen worden dat het ondersteuningsprogramma niet gericht was op voorwaardenscheppende activiteiten.

Een overzicht van de overige (nog niet vermelde) activiteiten binnen het ondersteuningsprogramma volgt in paragraaf 6.3. Het hoofdstuk besluit met de conclusies in paragraaf 6.4.

6.2 Voortgang voorwaardenscheppende activiteiten

Onder voorwaardenscheppende activiteiten verstaan we activiteiten die nodig zijn om kwaliteitszorg in een beroepsgroep in te voeren. Het gaat daarbij om een adequate infrastructuur die nodig is voor goede communicatie binnen de beroepsgroep en die vooral ook nodig is voor het implementeren van kwaliteitszorg.

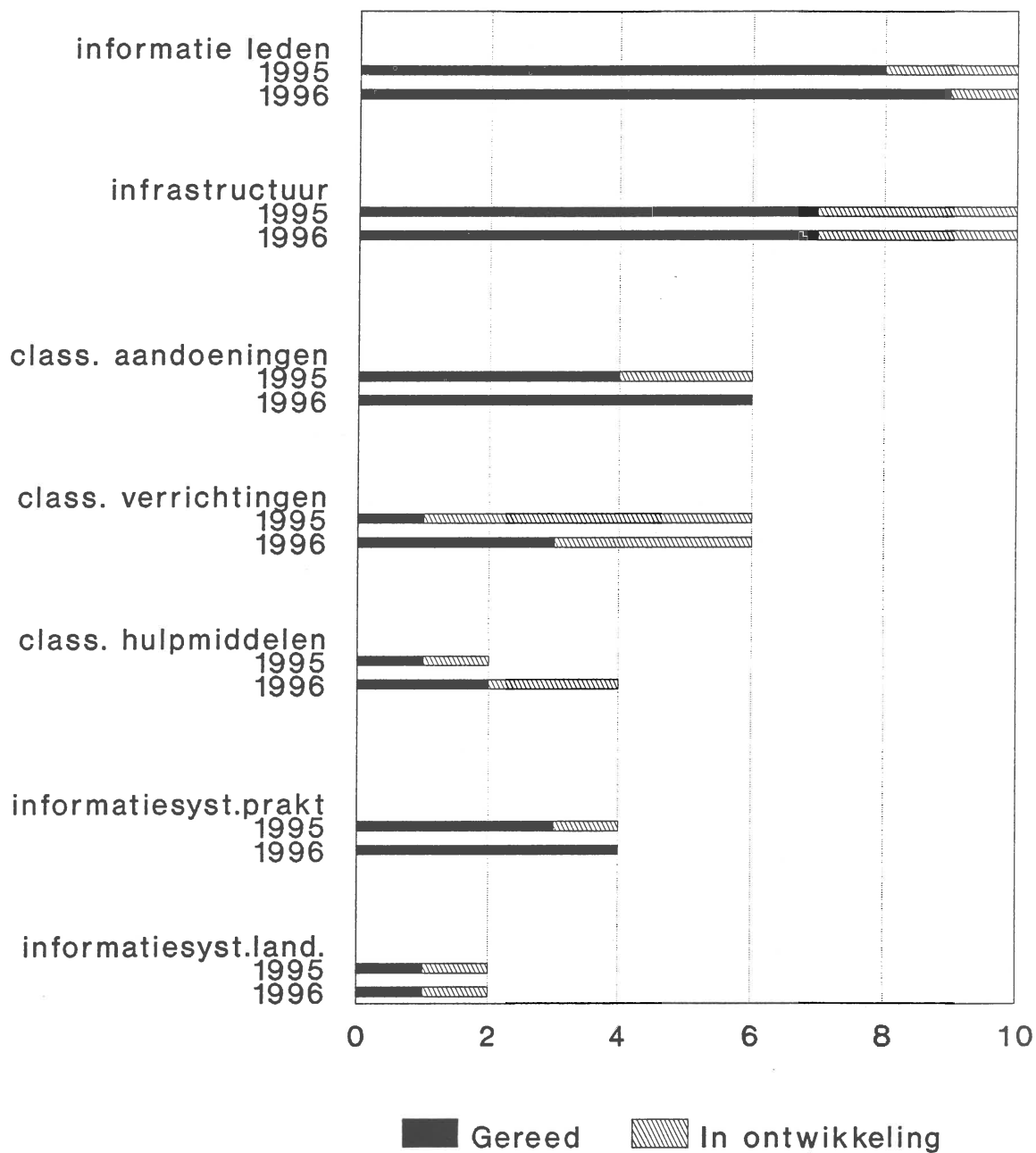
Voorwaardenscheppend zijn ook uniforme classificatiesystemen zodat de leden van de beroepsgroep (bij toetsing) dezelfde taal spreken. Tenslotte zijn informatiesystemen op praktijk en landelijk niveau nodig indien men zichtbaar wil maken welke patiëntencategorieën door de beroepsgroep worden behandeld en wat het effect daarvan is. Dergelijke informatiesystemen maken het ook mogelijk toetsing toe te passen op feitelijke gegevens (zoals vanaf het begin de opzet is geweest bij de logopedie) en praktijkgegevens te vergelijken met landelijk gemiddelde gegevens.

Het schema op de volgende pagina laat zien dat op vijf gebieden vooruitgang is geboekt:

- de informatievoorziening aan de leden
- classificatie van aandoeningen
- classificatie van verrichtingen
- classificatie van hulpmiddelen
- informatiesystemen op praktijkniveau.

De vooruitgang die ook op deze gebieden te zien is toont, evenals reeds in de vorige hoofdstukken aan de orde kwam, dat de beroepsverenigingen meerdere activiteiten ondernemen buiten hun medewerking aan het ondersteuningsprogramma. Bij classificatie van aandoeningen en verrichtingen gaat het daarbij met name om voltooiing van al langer lopende projecten.

Voorwaardenscheppende activiteiten ten behoeve van het kwaliteitsbeleid



6.3 Overige activiteiten in het ondersteuningsprogramma

De hierna te noemen 'overige projecten' binnen het ondersteuningsprogramma hebben geen directe relatie met de hiervoor besproken voorwaardenscheppende activiteiten. Het zijn activiteiten die direct in de vorige hoofdstukken waren onder te brengen. Het betreft:

- Ontwikkeling diagnosecode oefentherapie Cesar (NPI)
- Inventarisatie knelpunten in de orthoptie (NPI)
- Registratie patiëntgegevens in de orthoptie (NPI)
- Werkgroep publikaties (CBO, NPI)
- Werkgroep financiering kwaliteitsbeleid (CBO e.a.)
- Documentatie- en informatievoorziening (NPI)

Voor de Oefentherapeuten Cesar is door het NPI een classificatie ontwikkeld om diagnoses van patiënten specifiek te kunnen coderen. De Vereniging Oefentherapie Cesar wil aan de hand daarvan inzichtelijk maken welke patiëntenpopulatie door de oefentherapeuten Cesar behandeld wordt en wat de zorgbehoefte van deze patiënten is. Het project bestaat uit twee fasen: in de eerste fase (in 1995) is de classificatie ontwikkeld; in de tweede fase zal de classificatie in de praktijk worden uitgetest en worden geïmplementeerd.

De uitvoering van het project 'beroepsspecifieke diagnosecodering voor Oefentherapeuten Cesar' verloopt naar wens. De eerste fase van dit project is begin 1996 afgesloten met een eindrapport waarin de classificatie en de totstandkoming daarvan gedetailleerd is beschreven. In het rapport wordt geconcludeerd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de coderingen laag is wat onder andere veroorzaakt wordt door de complexe en meervoudige diagnoses van de behandelde patiënten. In het rapport worden in zijn algemeenheid een aantal problemen met betrekking tot de VNZ-coderingen gesignaleerd en wordt aanbevolen de VNZ-codering op termijn aan te passen. In een tweede fase zal de ontwikkelde diagnosecode in de praktijk worden uitgetest op consistentie en volledigheid. Daarna kan implementatie volgen. De gegevens zullen worden gebruikt om de effecten van de bezuinigingsmaatregelen in de oefentherapie te evalueren, aldus het NPI.

De projecten voor de Nederlandse Vereniging voor Orthoptisten verlopen voorspoedig en tot grote tevredenheid, aldus de geïnterviewde vertegenwoordiger. Allereerst zijn in 1994 samen met het NPI de knelpunten in de beroepsuitoefening geïnventariseerd. Deze inventarisatie heeft aan het licht gebracht welke zaken in de beroepsgroep voor verbetering vatbaar zijn. Op basis daarvan is door het NPI een formulier ontwikkeld voor eenduidige registratie van patiëntgegevens en voor de ledenadministratie. Op basis van de knelpunten-inventarisatie is ook gestart met het ontwikkelen van de eerder genoemde richtlijn voor Amblyopiebehandeling omdat deze behandeling zeer frequent voorkomt in de orthoptie en verschillende aanpakken bij de behandeling blijken voor te komen.

De werkgroep publikaties heeft zich bezig gehouden met de verspreiding van Nieuwsbrieven over het programma OKPZ. Inmiddels zijn vier nieuwsbrieven verschenen en aan ongeveer 900 personen en instanties verstuurd.

De werkgroep financiering onderzoekt mogelijkheden voor structurele financiering en financiële ondersteuning van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen.

Tenslotte kan binnen het programma OKPZ een beroep worden gedaan op het Documentatie- en informatiecentrum van het NPi. Voor de beroepsgroepen waarover het Documentatiecentrum nog weinig gegevens in huis heeft is in kaart gebracht op welke adressen beroepsinhoudelijke informatie voor deze beroepen te verkrijgen is. Dit is gedaan voor diëtisten, mondhygiënist, orthoptisten en radiologisch laboranten.

In de interviews is gevraagd of het documentatie- en informatiecentrum van het NPi aan de verwachtingen voldoet en of bijstellingen gewenst zijn. Met uitzondering van de fysiotherapie melden de geïnterviewden in zijn algemeenheid dat nog weinig of geen gebruik wordt gemaakt van de documentatie- en informatiefunctie: er wordt geen gebruik van gemaakt (drie geïnterviewden); incidenteel wordt informatie opgevraagd (drie geïnterviewden); het is onbekend of de leden van de beroepsgroep informatie opvragen (drie geïnterviewden). Als reden geven vijf beroepsverenigingen aan dat nog geen informatie over het beroep aanwezig is in het documentatiecentrum. Vanuit de logopedie wordt gesteld dat een goede documentatiefunctie op het gebied van de logopedie hoge prioriteit heeft maar dat het opbouwen van een dergelijke collectie alleen al voor de logopedie naar schatting tachtigduizend gulden op jaarbasis zal bedragen. Binnen het huidige programma OKPZ zijn hiervoor geen gelden beschikbaar. Vanuit het NPi wordt dit eveneens als probleem gesignaleerd. Met enkele beroepsgroepen is het NPi in overleg over de wensen en mogelijkheden van een beroepsspecifieke documentatievoorziening. Een tweede probleem is volgens het NPi dat in toenemende mate een beroep op het documentatiecentrum wordt gedaan door een toetsingsgroep die (beroepsinhoudelijke) informatie over het door hen gekozen onderwerp aanvraagt. De verwachting is dat dergelijke verzoeken zullen toenemen naarmate meer toetsingsgroepen in het leven worden geroepen. Binnen het programma OKPZ zijn de middelen voor het (gratis) verstrekken van dergelijke informatie beperkt. Een oplossing voor dit probleem is vooralsnog niet voorhanden.

6.4 Conclusies

Binnen het ondersteuningsprogramma werkt de Werkgroep Publikaties aan verdere verspreiding van (de produkten uit) het ondersteuningsprogramma en tracht de Werkgroep Financiering structurele financiering voor het invoeren van een kwaliteitsbeleid te verwerven. De door het NPi ontwikkelde diagnosecode voor de oefentherapie Cesar is gereed en zal in 1996 worden uitgetest.

Van de beschikbare documentatievoorziening door het NPi

NPi wordt vooralsnog door weinig beroepsgroepen gebruik gemaakt. De verwachting is dat toetsingsgroepen in toenemende mate een beroep op het documentatiecentrum zullen doen. Het NPi is in gesprek met een aantal beroepsgroepen waarvoor nog geen documentatiefunctie beschikbaar is over de behoefte aan informatie en mogelijke aanschaf van beroepsspecifieke collecties.

7. SAMENVATTING VAN DE CONCLUSIES

Dit laatste hoofdstuk van Deel I geeft een samenvatting van de tot nu toe getrokken conclusies. In hoofdstuk 14 volgt een beschouwing over het gehele rapport.

- 1. Kwaliteitsbeleid.** Vergeleken met begin 1995 is een aanzienlijke vooruitgang geboekt met betrekking tot de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid is bij acht van de tien verenigingen (al dan niet in concept) gereed en is naar verwachting bij de twee overige beroepen gereed bij afronding van het programma OKPZ. Positief is dat veel beroepsverenigingen inmiddels ook kwaliteitswerkplannen ontwikkeld hebben. Teleurstellend is dat het bij de meerderheid niet gelukt is om het kwaliteitsbeleid te integreren in het strategische beleid van de beroepsvereniging. Dit bleek te hoog gegrepen. Wellicht kunnen beroepsverenigingen die wel een integratie tot stand hebben gebracht als voorbeeld dienen voor de verenigingen die hier alsnog mee aan de slag willen gaan. Om te anticiperen op de toekomstige positie van het beroep lijkt het daarnaast verstandig om van tijd tot tijd in kaart te brengen welke politieke en maatschappelijke ontwikkelingen te verwachten zijn die invloed hebben op de positie van het betreffende paramedische beroep.
- 2. Richtlijnen en standaarden.** Vergeleken met eind 1995 is door de paramedische beroepsverenigingen vooruitgang geboekt in de zin dat meer beroepsgroepen activiteiten in gang hebben gezet met betrekking tot het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Het standaardenproject in de logopedie is zo goed als voltooid. De ontwikkelingen in de richting van richtlijnen of protocollen staat bij de meerderheid nog in de kinderschoenen terwijl de helft van de paramedische beroepsverenigingen begin 1996 nog geen activiteiten op dit gebied heeft ondernomen.
De voortgang van de projecten rond richtlijnen, standaarden en protocollen verloopt volgens de betrokken partijen naar wens. Over de eindprodukten valt nog geen oordeel te geven omdat deze of nog niet gereed zijn of nog niet zijn voorgelegd aan de achterban en ook nog niet zijn uitgetest in de praktijk.
Het is duidelijk dat het ontwikkelen van richtlijnen of standaarden niet zonder problemen verloopt, bijvoorbeeld omdat de tijd die werkgroepleden kunnen besteden beperkt is (fysiotherapie), omdat de standaarden niet zonder meer geaccepteerd worden door andere disciplines (logopedie), doordat veel variatie in het beleid bij een aandoening bestaat (orthoëtie), of doordat op instellingsniveau eigen protocollen worden gemaakt (diëtetiek, radiologisch laboranten). Naar onze mening ontmoeten paramedici bij deze normontwikkeling een aantal vergelijkbare moeilijkheden en kan men - juist nu men aan het begin van deze ontwikkelingen staat - elkaars ervaringen benutten en daardoor anticiperen op te verwachten problemen.
- 3. Deskundigheidsbevordering en toetsing.** Zowel op het gebied van deskundigheidsbevordering als op het gebied van toetsing is door de paramedische beroepsverenigingen op diverse fronten vooruitgang geboekt vergeleken met eind 1995. Deze vooruitgang betreft enerzijds de activiteiten die binnen het ondersteuningsprogramma worden uitgevoerd, zoals de projecten rond een onderwijsmodule kwa-

liteitszorg, regulering van herintreders, bij- en nascholing, en vormen van intercollegiale toetsing. Anderzijds is ook vooruitgang geboekt met betrekking tot activiteiten waar het ondersteuningsprogramma niet expliciet op was gericht: een toenemend aantal beroepsverenigingen verricht behoefte-onderzoek of meningspeilingen onder het kader of de leden. Bij beroepsverenigingen is de tendens waarneembaar om de leden meer bij het beleid van de vereniging te betrekken en het beleid op de behoefte van de leden af te stemmen. In het kader van toekomstige implementatie van het kwaliteitsbeleid mag dit een gunstige ontwikkeling worden genoemd.

De toetsingsprojecten verlopen tot nu toe naar wens volgens de beroepsverenigingen en een aantal geïnterviewden is ronduit zeer tevreden over wat tot nu toe in de projecten is bereikt. De ervaringen in de ergotherapie laten zien dat groepsgewijze intercollegiale toetsing niet in elke werksetting realiseerbaar is (te kleine bezetting of te part-time) zodat in dit soort gevallen wellicht naar andere vormen van toetsing (bijvoorbeeld visitatie) moet worden gezocht. In enkele gevallen zijn door beroepsverenigingen suggesties voor verandering of verbetering gedaan, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een verkorte toetsingsmethode, deze suggesties worden door het CBO serieus genomen, blijkend uit het huidige experiment met een verkorte toetsingscyclus in de ergotherapie.

De verenigingen hebben behoefte aan verdere ondersteuning voor de verdere verspreiding van toetsing. Begin 1996 is nog geen 20% van de beroepsgroepen bereikt. Men beraadt zich over de wijze waarop deze implementatie vorm gegeven kan worden. Aangeraden wordt om de implementatie onder te brengen bij het bestuur van de vereniging zodat sturing als het ware vanuit de 'lijn' gegeven kan worden.

- 4. Consulentschappen.** De bijdrage van de consulentschappen wordt door de meerderheid gewaardeerd en adequaat geacht. De samenwerking tussen consulenten en beroepsvereniging is verbeterd nadat wederzijdse verwachtingen zijn verhelderd en afspraken omtrent taken en verantwoordelijkheden zijn gemaakt. Binnen het huidige programma worden geen bijstellingen in de consulentschappen gewenst. De meerderheid vindt continuering van de consulentschappen van groot belang voor het ondersteunen van de in gang gezette activiteiten. Van belang wordt ook geacht dat de consulenten informatie aanleveren omtrent actuele landelijke en regionale ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg zodat beroepsverenigingen zich hieraan kunnen spiegelen en hun beleid daarop kunnen afstemmen.

- 5. Werkconferenties en studiedagen.** Hoewel de gezamenlijke werkconferenties en studiedagen inhoudelijk door de verenigingen zijn gewaardeerd, lijkt een verandering van formule door de verenigingen gewenst. Nu men in de werkconferenties kennis heeft gemaakt met de diverse aspecten van kwaliteitszorg is er behoefte aan nadere uitwerking en concrete toepassing van de diverse kwaliteitsinstrumenten.

Een onopgelost probleem is het feit dat de kennis die op werkconferenties is opgedaan niet bij kader en leden van de beroepsgroep terecht komt. Door enkele verenigingen wordt gesuggereerd om werkconferenties of studiedagen per beroepsgroep te houden om kennis over kwaliteitszorg in de beroepsgroep te verspreiden. Naar onze mening kan dit op gespannen voet staan met de oorspronkelijke opzet van de werkconferenties, namelijk gezamenlijke uitwisseling tussen de tien para-

medische beroepsverenigingen. Het CBO acht deze gezamenlijke uitwisseling van ervaringen blijvend van groot belang. Aanbevolen wordt om in gezamenlijk overleg een compromis tussen beide standpunten te vinden.

6. **Klachtenopvang.** Ten aanzien van borging en behoud van kwaliteit is de meest opvallende vooruitgang geboekt met betrekking tot de klachtbehandeling. Bij acht beroepsverenigingen is de klachtenopvang inmiddels geregeld volgens de wettelijke richtlijnen die daaraan gesteld worden in de Wet Klachtrecht Zorgsector. Deze ontwikkeling illustreert dat de paramedische beroepsverenigingen - ook buiten het ondersteuningsprogramma om - moeten inspelen op nieuwe eisen die in wetgeving of anderszins worden gesteld. De opmerking van enkele geïnterviewden dat men alle (kwaliteits)activiteiten wel aan moet blijven kunnen met de menskracht die men in de vereniging ter beschikking heeft, lijkt alleszins begrijpelijk.
7. **Documentatie en informatiefunctie.** Van de beschikbare documentatievoorziening bij het NPi wordt vooralsnog door weinig beroepsgroepen gebruikt gemaakt. De verwachting is dat toetsingsgroepen in toenemende mate een beroep op het documentatiecentrum zullen doen. Het NPi is in gesprek met een aantal beroepsgroepen waarvoor nog geen documentatiefunctie beschikbaar is over de behoefte aan informatie en mogelijke aanschaf van beroepsspecifieke collecties.
8. **Implementatie.** Plannen met betrekking tot implementatie verkeren nog in een pril stadium. Het programma OKPZ was ook niet op implementatie gericht. Nu alle aspecten van kwaliteitszorg in het kwaliteitsbeleid overzichtelijk bij elkaar zijn gezet wordt zichtbaar wat er de komende jaren aan activiteiten verricht moet worden om implementatie en borging te realiseren. Alle beroepsverenigingen maken zich zorgen over menskracht en financiering die nodig is voor implementatie van alle ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. We bevelen aan ten aanzien van implementatie een lange-termijn-planning te maken met een gefaseerde aanpak en met duidelijke en haalbare doelen.
9. **Programmatische aanpak.** Ten aanzien van de programmatische aanpak zijn de ervaringen zowel positief alsook kritisch. Enerzijds werkt de gezamenlijke aanpak stimulerend, drempelverlagend en zeggen de meeste verenigingen veel te hebben gehad aan de onderlinge uitwisseling. Anderzijds wordt door een aantal beroepsverenigingen differentiatie wenselijk geacht omdat niet iedereen hetzelfde tempo volgt en niet iedereen met dezelfde kwaliteitsactiviteiten bezig is. Deze wens tot enige differentiatie lijkt op het eerste oog voor de hand liggend. Bij nadere beschouwing is echter niet geheel duidelijk wat daar precies mee wordt bedoeld. Tenslotte bestaat het ondersteuningsprogramma voor het overgrote deel ook nu uit een groot aantal specifiek op een beroepsgroep toegesneden projecten en specifiek aan een beroepsgroep toegewezen consultants. Alleen de werkconferenties vormen gemeenschappelijke activiteiten. Wij bevelen aan om in onderling overleg meer duidelijkheid te creëren omtrent de specifieke wensen ten aanzien van eventuele differentiatie in een toekomstig ondersteuningsprogramma.
10. **Samenwerking.** De samenwerking tussen de drie instituten CBO, NPi en NIVEL levert voor het NPi problemen op vanwege de beperkte inbreng (in termen van menskracht en budget) die het NPi in het huidige programma heeft. Goede samen-

werking vereist volgens het NPi gelijkwaardige partners en men hoopt dat hiervoor een nieuwe constructie kan worden bedacht.

11. **Innovatie.** Uit de tot nu toe opgedane ervaringen blijkt dat er ook behoefte ontstaat aan nieuwe vormen van toetsing, bijvoorbeeld multidisciplinaire toetsing of bewaking en verbetering van zorgprocessen. Volgens de CBO-medewerkers is het voor paramedici van belang een eigen positie en zo mogelijk een coördinerende rol te verwerven bij multidisciplinaire toetsing van zorgprocessen. Hiertoe moeten nieuwe vormen van toetsing ontwikkeld worden. Binnen het huidige programma is geen ruimte voor innovaties gereserveerd. Het CBO pleit voor innovatieruimte en zo mogelijk voor een permanente ondersteuningsunit voor paramedische innovaties.

DEEL II

EVALUATIE VAN ZES TOETSINGSPROJECTEN BINNEN HET PROGRAMMA

'ONDERSTEUNING KWALITEITSONTWIKKELING PARA- MEDISCHE ZORG'

(voorlopige cijfers)

INHOUD

pag.

VOORAF: voorlopige cijfers	53
8 INTERCOLLEGIALE TOETSING	55
8.1 Inleiding	55
8.2 Ergotherapeuten	56
8.3 Diëtisten	57
8.4 Mondhygiënisten	57
8.5 Oefentherapeuten Cesar	58
8.6 Oefentherapeuten Mensendieck	58
8.7 Radiotherapeutisch laboranten	59
8.8 Methode en respondenten	60
9 HET SCHOLINGSPROGRAMMA	63
9.1 Inleiding	63
9.2 Waardering van het scholingsprogramma	63
9.3 Effectiviteit van het scholingsprogramma	64
9.4 Aanbevelingen voor verbetering	65
10 DE GETOETSTE ONDERWERPEN	67
10.1 Inleiding	67
10.2 Toetsingsonderwerpen	67
10.3 Conclusies	70
11 DE EFFECTEN VAN TOETSING	71
11.1 Inleiding	71
11.2 Effecten van intercollegiale toetsing	71
11.3 Conclusies	75
12 VOOR- EN NADELEN VAN TOETSING	77
12.1 Inleiding	77
12.2 Voor- en nadelen van toetsing	77
12.3 Conclusies	80
13 CONTINUERING VAN TOETSING	81
13.1 Inleiding	81
13.2 Plannen voor continuering van toetsing	81
13.3 Conclusies	83
14 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	85
BIJLAGE 1: Vragenlijst	

VOORAF: voorlopige cijfers

In dit deel worden zes toetsingsprojecten geëvalueerd. Vooraf zijn twee opmerkingen van belang: het rapport bevat voorlopige cijfers en er is overeenkomst met het in januari 1996 verschenen toetsingsrapport.

Voorlopige cijfers

De rapportage bevat voorlopige cijfers omdat de enquêtes die na 20 mei zijn binnengekomen (en nog binnen zullen komen) niet zijn verwerkt. Ook worden op dit moment door het CBO nog een aantal toetsingsprojecten uitgevoerd en wordt met nieuwe varianten van toetsing geëxperimenteerd. De evaluatie van de nog lopende toetsingsprojecten zullen bij de afronding eind 1996 aan deze rapportage worden toegevoegd. Zodra alle toetsingsprojecten afgelopen zijn zal een eindrapport verschijnen geheel gewijd aan intercollegiale toetsing.

Overeenkomst met het vorige toetsingsrapport

In januari 1996 is een rapport verschenen over de evaluatie van intercollegiale toetsing door ergotherapeuten en diëtisten. Dat rapport was een voorschot op en onderdeel van de huidige rapportage. De tekst aangaande ergotherapeuten en diëtisten is in de voor u liggende rapportage onveranderd overgenomen.

Nieuw in de huidige rapportage is de toevoeging van vier toetsingsprojecten, namelijk met betrekking tot:

- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten Cesar
- Oefentherapeuten Mensendieck
- Radiotherapeutisch Laboranten.

De lezers die bekend zijn met het vorige toetsingsrapport kunnen zich beperken tot de tabellen en de tekst van laatstgenoemde vier beroepen.

Utrecht, 25-5-1996

8 INTERCOLLEGIALE TOETSING

8.1 Inleiding

Het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (OKPZ) kent een algemeen deel waarin ondersteuning wordt geboden aan zo mogelijk alle paramedische beroepen gezamenlijk (bijvoorbeeld via werkconferenties), en een specifiek deel, waarin op verzoek aan individuele beroepsgroepen ondersteuning wordt geboden onder andere in de vorm van 'toetsingsprojecten'. Zes van deze toetsingsprojecten staan centraal in deze rapportage, namelijk betreffende de volgende paramedische beroepsgroepen:

- Ergotherapeuten
- Diëtisten
- Mondhygiënist
- Oefentherapeuten Cesar
- Oefentherapeuten Mensendieck
- Radiotherapeutisch Laboranten.

In alle projecten is door het CBO een vorm van intercollegiale toetsing of kwaliteits-toetsing voor de respectievelijke beroepsgroepen ontwikkeld en op experimentele basis uitgeprobeerd. Intercollegiale toetsing, ook wel kwaliteitstoetsing genoemd, is een methode voor systematische kwaliteitsbevordering. Het doel is te verbeteren wat beter kan, onderling van elkaar te leren en meer uniformiteit in de beroepsuitoefening aan te brengen. Er worden toetsingsgroepen van collega's samengesteld die begeleid worden door - door het CBO geschoolde - procesbegeleiders. De groepen volgen in grote lijnen de stappen van de kwaliteitscyclus, namelijk:

- na het kiezen en analyseren van een toetsingsonderwerp worden criteria vastgesteld c.q. de ideale werkwijze;
- de leden van de toetsingsgroep verzamelen gegevens over hun eigen werkwijze;
- deze gegevens worden getoetst aan de vastgestelde criteria en op basis van deze toetsing worden (zodanig) veranderingen in de eigen werkwijze aangebracht. Periodiek vindt hertoetsing plaats om de aangebrachte verbeteringen te bewaken.

De toetsingsprojecten worden in dit rapport geëvalueerd aan de hand van de volgende vijf vragen:

1. Scholing: was het scholingsprogramma toereikend om de toetsingsmethode te leren?
2. Inhoud: welke onderwerpen zijn getoetst?
3. Effecten: wat waren de effecten van deze toetsing?
4. Voor- en nadelen: wat is de verhouding tussen voor- en nadelen van toetsing?
5. Continuering: zijn er plannen voor continuering?

De evaluatie heeft geen betrekking op implementatie en verdere verspreiding van intercollegiale toetsing omdat dit geen onderdeel was van de toetsingsprojecten. Voordat we de methode en resultaten presenteren geven we een korte samenvatting van de toetsingsprojecten. Deze samenvattingen zijn gebaseerd op de eindrapporten en verslagen die door het CBO zijn gepubliceerd (Bik, 1994; Evers, 1995; CBO, 1996). We hebben ook dankbaar gebruik gemaakt van het uitgebreide CBO-rapport 'Tussentijds

verslag van het programma OKPZ (periode januari 1994 tot en met december 1995) dat in februari 1996 is verschenen.

N.B. In deze notitie gebruiken we de term 'begeleiders' voor de paramedici die de toetsingsgroepen leiden en de term 'CBO-nedewerkers' voor de degenen die de scholing, ondersteuning en begeleiding vanuit het CBO verzorgen.

8.2 Ergotherapeuten

Het project Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie is in juli 1992 van start gegaan en afgerond in mei 1994 (Bik, 1994, Eindrapportage). Doel van het project was het ontwikkelen, (experimenteel) invoeren en evalueren van intercollegiale toetsing binnen de ergotherapie. De kern van toetsing is de werkelijk verleende ergotherapeutische zorg te vergelijken met vooraf opgestelde criteria op basis waarvan verbeteringen (kunnen) worden aangebracht.

Gedurende ruim een jaar zijn 9 afdelingen ergotherapie (ziekenhuizen en revalidatie) en 7 regiogroepen (werkvelden psychiatrie, verpleeghuizen, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg) bezig geweest met intercollegiale toetsing.

Afdelingen. Van iedere afdeling ergotherapie werd een interne procesbegeleider opgeleid om toetsing op de eigen afdeling in te voeren en te begeleiden. De opleiding bestond uit een 3-daagse introductiescholing en een middag voor het management van de instelling. Verspreid over het jaar zijn 7 terugkomdagen georganiseerd op het CBO om de begeleiders te ondersteunen. Daarnaast heeft de CBO-medewerker zelf één en in sommige gevallen twee begeleidingsbezoeken aan de afdeling gebracht. Ook heeft telefonische begeleiding vanuit het CBO plaatsgevonden.

Regiogroepen. De regiogroepen bestonden al (= overlegstructuur van ergotherapeuten binnen een regio werkzaam in hetzelfde werkveld). Iedere regiogroep heeft twee (soms drie) lokale begeleiders gekozen. Deze begeleiders hebben in totaal 5 dagen scholing ontvangen waarvan één introductiedag. Een CBO-medewerker heeft de eerste zeven bijeenkomsten van deze regiogroepen begeleid. Deze begeleiding werd in de loop van het jaar afgebouwd. Telefonische begeleiding was altijd mogelijk.

De meeste afdelingen hebben gewerkt met een toetsingscommissie die de stappen van de methode voorbereidt. De toetsingsgroepen kwamen globaal 1 keer per maand bijeen. Bij afronding hebben bijna alle deelnemers de intentie uitgesproken door te willen gaan met toetsing.

Door het CBO is - naast de gebruikelijke tussentijdse evaluaties - een proces-evaluatie uitgevoerd gericht op het verder ontwikkelen en verbeteren van het scholings- en invoeringsprogramma. De evaluatie omvatte een eindrapportage van elke toetsingsgroep, interviews met en vragenlijsten aan alle leden van de toetsingsgroepen.

Daaruit bleek dat bij de afronding van het project Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie 7 van de 16 toetsingsgroepen hun eerste toetsingscyclus nog niet hadden afgerond (o.a. doordat veel tijd besteed was aan probleemanalyse en het opstellen van criteria; doordat men over een langere tijd wilde registreren of doordat het onderwerp minder frequent voorkwam dan men had gedacht) (Bik, 1994).

In zijn algemeenheid kwam uit de evaluatie naar voren dat "de regiogroepen en afdelingen tevreden waren over een jaar intercollegiale toetsing. Men achtte de methode van intercollegiale toetsing bruikbaar voor afdelingen en regiogroepen. Men was echter wel van mening dat het doorlopen van alle stappen veel tijd kost" (Bik, 1994).

8.3 Diëtisten

Het project 'Protocolen en Intercollegiale Toetsing in de Diëtetiek' is in november 1993 van start gegaan en formeel afgerond per 1 januari 1996. Een van de doelen van het project was het ontwikkelen van een op de praktijk van diëtisten afgestemde methode van intercollegiale toetsing (Evers, 1995). Daarnaast zijn binnen het project richtlijnen ontwikkeld voor het opstellen van protocollen in de diëtetiek.

In het project zijn 43 diëtisten door het CBO opgeleid tot begeleider van een toetsingsgroep (ITB-er). Elke begeleider vertegenwoordigt een groep van gemiddeld 7 diëtisten. In totaal hebben 324 diëtisten meegedaan.

In het toetsingsproject zijn drie trajecten van start gegaan, steeds na ongeveer een half jaar tijd:

- april 1994, 12 groepen
- oktober 1994, 18 groepen
- februari 1995, 13 groepen.

Door dit traject werd het mogelijk tussentijds het scholingsprogramma bij te stellen. Na drie trajecten is een uitgebalanceerd scholingsprogramma ontstaan, aldus Evers in het eindrapport (Evers, 1995). Het scholingsprogramma bestond uit 3 scholingsdagen en 3 terugkomdagen voor de begeleiders. Daarnaast bood de CBO-medewerker individuele ondersteuning, een telefonische 'help-desk' en een eindgesprek.

Met name diëtisten uit academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en thuiszorg hebben meegedaan aan een van de drie trajecten. Voor diëtisten uit verpleeg- en verzorgingshuizen, de psychiatrie en de vrije vestiging waren de voorwaarden om mee te doen niet haalbaar. Voor deze sectoren is eind 1995 een nieuw pilotproject gestart dat in deze notitie buiten beschouwing blijft.

Door het CBO zijn veel tussentijdse proces-evaluaties uitgevoerd, gericht op het verder ontwikkelen en verbeteren van het scholings- en invoeringsprogramma. Hierover wordt uitgebreid gerapporteerd in het eindrapport (Evers, 1995). De eindexamen is door het NIVEL uitgevoerd en wordt in deze notitie beschreven. Bij de formele afronding van het CBO-project hadden 26 groepen de toetsingsonderwerpen geheel afgerond. De in februari 1995 gestarte groepen waren doorgaans nog bezig met het verzamelen van gegevens. Voor het doorlopen van de eerste toetsingscyclus - waarin de toetsingsmethode nog geleerd moet worden - moet rekening gehouden worden met een looptijd van een jaar, aldus Evers (Evers, 1995).

8.4 Mondhygiënisten

Het project voor mondhygiënisten heeft als titel 'Gebruik Beroepscode/Beroepsprofiel Mondhygiënisten'. Het doel was om de Beroepscode en het Beroepsprofiel via gespreksgroepen te implementeren om te bewerkstelligen dat de in beide documenten beschreven normen een grotere rol gaan spelen in het dagelijks handelen van de individuele mondhygiënist.

In het project zijn vijf regionale gespreksgroepen samengesteld. Deze gespreksgroepen hebben onder leiding van twee begeleiders een onderwerp behandeld. De begeleiders van de groepen zijn gedurende vier dagen, verspreid over het jaar, geschoold door het CBO. Daarnaast is de CBO-consulent bij de eerste drie bijeenkomsten van de ge-

spregsgroepen aanwezig geweest om ondersteuning te bieden. De gespreksgroepen zijn elk, verspreid over het jaar, acht maal bij elkaar geweest.

In september 1995 heeft de CBO-consulent het project tussentijds geëvalueerd om te zien of bijstellingen gewenst waren. Uit die evaluatie bleek volgens het CBO dat de deelnemers in het algemeen enthousiast waren over de gespreksgroepen om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Er zijn veel aanmeldingen binnengekomen voor een vervolgtraject dat in februari 1996 van start is gegaan (er worden 24 nieuwe begeleiders opgeleid). Verschillen in werkveld vormen geen belemmerende factor binnen de gespreksgroepen, de reisafstand soms wel zodat deze bij de nieuwe groepen zo kort mogelijk is gehouden. Uit de evaluatie bleek ook dat de beroepscode wel maar het beroepsprofiel niet goed bruikbaar is in de gespreksgroepen: het beroepsprofiel blijkt soms moeilijk toepasbaar of vertaalbaar naar de praktijk. Op basis van onder andere deze bevindingen is de methode door het CBO aangepast. In de gespreksgroepen kunnen nu naast het Beroepsprofiel of de Beroepscode ook andere onderwerpen gekozen worden zoals protocollen, tijdschriftartikelen of casuïstiekbesprekingen. Ook het scholingsmateriaal is aangepast en vereenvoudigd. Deze nieuwe opzet wordt eind 1996 weer door het NIVEL geëvalueerd.

8.5 Oefentherapeuten Cesar

Het project 'Systematische Kwaliteitsbevordering Oefentherapeuten Cesar' omvat vier toetsingsgroepen. Ook hier is het doel een methode van intercollegiale toetsing te ontwikkelen en op kleine schaal in te voeren. Intercollegiale toetsing wordt door de oefentherapeuten Cesar vooral gezien als een instrument om structurele feedback op het eigen handelen te krijgen.

De vier groepen zijn geformeerd uit individuele oefentherapeuten uit bestaande regio's. Aan het project hebben 34 oefentherapeuten deelgenomen, waarvan acht begeleiders. De groepen hebben 4 dagdelen scholing in kwaliteitszorg gehad, verspreid over het jaar. Daarnaast zijn de acht begeleiders in twee dagdelen aanvullend geschoold. Uit de door het CBO uitgevoerde evaluatie bleek dat de deelnemers bij aanvang geen duidelijk beeld hadden van wat hen te wachten stond: men had moeite met de terminologie en de methode leek niet duidelijk en toepasbaar binnen de oefentherapie Cesar. Na afloop van het project bleken deze bedenkingen verdwenen. Hoewel de groepen het zinvol vonden om éénmaal alle stappen van de toetsingscyclus uitgebreid te doorlopen, hebben zij behoefte aan vereenvoudiging van het materiaal en aan een verkorte toetsingsmethode. Het kiezen van een onderwerp bleek voor de groepen een probleem: niet alle onderwerpen zijn voor toetsing geschikt en soms was het lastig een gezamenlijk onderwerp te vinden dat door alle individueel werkende groepsleden relevant werd geacht, aldus het CBO.

Op basis van deze bevindingen wordt de methode door het CBO bijgesteld. De bijgestelde methode wordt toegepast in vier nieuw te starten toetsingsgroepen.

8.6 Oefentherapeuten Mensendieck

Begin 1995 is het project Intercollegiale Toetsing Oefentherapie Mensendieck van start gegaan. De leiding van het project is binnen de Nederlandse Vereniging voor Oefen-

therapeuten Mensendieck (NVOM) in handen van een bestuurslid. De acht toetsingsgroepen zijn vier dagdelen geschoold, verspreid over het jaar. De zestien begeleiders hebben daarnaast aanvullende scholing gehad in procesbegeleiding. Het scholings-traject is geëvalueerd door het CBO.

Het CBO concludeert dat de scholing door de groepen als zwaar wordt ervaren, ondanks hun enthousiasme en de actieve ondersteuning door het CBO: mogelijke verklaringen liggen volgens het CBO in het "na jaren praktijkvoering weer zitting nemen in de lesbanken en het combineren van theoretisch leren en praktisch werken". Desondanks hebben alle groepen het scholingstraject voltooid.

Volgens het CBO is bezinning nodig op de verdere invoering van intercollegiale toetsing: "het uitbesteden van de scholing aan het CBO is op de lange termijn niet te bekostigen door de NVOM". Men beraadt zich nu op een nieuwe werkwijze waarbij naast het scholen van nieuwe groepen (regionaal) mentoren zullen worden opgeleid om toetsing te begeleiden en verder te verspreiden. In 1996 worden opnieuw acht groepen geschoold en wordt een mentorentraining aangeboden, aldus het CBO.

8.7 Radiotherapeutisch laboranten

In het project 'Kwaliteitstoetsing Radiologisch Laboranten, zijn vanaf april 1995 14 radiotherapeutisch laboranten opgeleid tot interne procesbegeleider. Zij begeleiden verbeterprojecten op afdelingen radiotherapie. Een vergelijkbaar project is in september 1995 gestart voor radiodiagnostisch laboranten. Dit laatste project is nog niet afgerond en wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

De scholing en begeleiding door het CBO omvat:

- Driedaagse introductie cursus in een conferentiecentrum;
- Introductiebijeenkomst op de deelnemende afdelingen onder begeleiding van het CBO;
- Studiemiddag voor het management van de deelnemende afdelingen;
- Terugkomdagen (vijf) op het CBO verspreid over het jaar en telefonische helpdesk;
- Afsluitende bijeenkomst op de afdeling.

Op deze afsluitende bijeenkomst is het project mondeling door het CBO geëvalueerd. Daaruit blijkt dat de methode van kwaliteitstoetsing zeer bruikbaar wordt gevonden: "de bottom-up gedachte, die de basis vorm voor de methode van kwaliteitstoetsing, werd als zeer positief ervaren" aldus het CBO. Bij de begeleiders van de verbeterprojecten bestaat behoefte met elkaar een netwerk op te richten, waarbij het CBO ingeschakeld kan worden voor begeleiding en het verzorgen van een deel van het onderwijs. In 1996 zal dit worden gerealiseerd. Over de begeleiding door het CBO was men tevreden; suggesties voor verbetering van het scholingsprogramma worden door het CBO verwerkt.

Het valt op dat in de hiervoor besproken zes toetsingsprojecten verschillende termen worden gebruikt door de paramedische beroepsverenigingen: intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, systematische kwaliteitsbevordering, verbeterprojecten en zo meer.

Dit weerspiegelt de behoefte van de verenigingen eigen accenten te leggen. Ondanks deze verschillen in naamgeving hebben de projecten de volgende gemeenschappelijke elementen:

- er wordt gewerkt in groepen met een of meerdere begeleiders;
- de groepen zijn intercollegiaal samengesteld;

- de klassieke methode van de kwaliteitscyclus wordt gevolgd.

De verschillen liggen vooral in de onderwerpen die door de groepen worden gekozen en vanzelfsprekend in het werk en de werksetting van de diverse paramedische beroepsbeoefenaren (vrijgevestigd of in dienstverband; solistisch of in een team, intramuraal of extramuraal werkzaam).

We wijzen erop dat vele toetsingsprojecten in 1996 een vervolg krijgen waarbij ook met nieuwe varianten van toetsing wordt geëxperimenteerd.

8.8 Methode en respondenten

Voor de evaluatie van de toetsingsprojecten zijn twee vragenlijsten ontwikkeld, een voor begeleiders van de toetsingsgroepen en een voor de deelnemers. Een eerste en tweede concept van de vragenlijsten is voorgelegd aan de CBO-medewerkers en hun commentaar is verwerkt. In de vragenlijst zijn de eerste 12 vragen identiek voor deelnemers en begeleiders; de vragenlijst voor begeleiders bevat daarnaast extra vragen over het scholingsprogramma, de samenstelling van de groep en de getoetste onderwerpen (zie bijlage 1).

De vragenlijsten zijn bijgesteld na de evaluatie van de projecten in de ergotherapie en de diëtetiek. Er is een extra vraag toegevoegd naar mogelijke nadelen van intercollegiale toetsing met 9 voorgestructureerde antwoordcategorieën (bijvoorbeeld toetsing kost teveel tijd, de cyclus duurt te lang, toetsing is bedreigend, de methode is te complex enzovoorts). Met het toevoegen van deze vraag zijn de vragen naar effecten van toetsing en naar nadelen van toetsing van dezelfde orde, namelijk in beide vragen kunnen negen mogelijke effecten van toetsing respectievelijk negen mogelijke nadelen van toetsing worden aangekruist (zie bijlage 1).

Om overlap met de vele tussentijdse proces-evaluaties van het CBO te voorkómen ligt het accent in de vragenlijst op de effecten van toetsing en de continuering. Bij de ergotherapeuten en diëtisten was besloten om geen reminders te sturen naar non-respondenten om ergernis (evaluatie-moeheid) bij hen te voorkómen. Bij de overige vier projecten zijn wel reminders verstuurd omdat de respons te laag wordt geacht. De respons naar aanleiding van deze reminders kon niet meer worden verwerkt in de voor u-liggende rapportage.

Het pakket met vragenlijsten was geadresseerd aan de begeleiders van de groep met het verzoek de vragenlijsten (inclusief antwoord-envelop) aan alle deelnemers van de groep uit te delen. Schema 8.1 geeft de respons:

Schema 8.1: Overzicht van aantallen respondenten

Beroepsgroep	Verzonden	Terug- ontvangen	Respons
Ergotherapeuten	174	90	52%
Diëtisten	324	245	76%
Mondhygiënist	59	31	53%
Oefentherapeuten Cesar	34	16	47%
Oefentherapeuten Mensendieck	63	35	56%
Radiotherapeutisch laboranten	42	39	93%
Totaal	696	456	66%

De totale respons is 66%. In zijn algemeenheid kan de vrij lage respons veroorzaakt zijn door de getrapte enquêtering: de deelnemers zijn niet persoonlijk benaderd maar aan de begeleiders is gevraagd de enquête uit te delen. We verwachten dat de respons nog enigszins verhoogd zal worden door de heden verstuurd reminders.

We benadrukken dat de hierna te presenteren resultaten de percepties van de begeleiders en deelnemers weerspiegelen. Daarnaast moet bij de interpretatie van de gegevens rekening worden gehouden met het feit dat het bij vier van de zes projecten experimenten betreft met een klein aantal deelnemers. De gegevens kunnen niet worden gegeneraliseerd naar de gehele beroepsgroep.

9 HET SCHOLINGSPROGRAMMA

9.1 Inleiding

Het scholingsprogramma heeft als doel begeleiders van toetsingsgroepen op te leiden, zodat zij na afloop van het project zelfstandig toetsingsgroepen kunnen begeleiden.

Het scholingsprogramma bestond globaal uit een introductie cursus van 3 dagen, een aantal terugkomdagen voor de begeleiders (3 tot 7 dagen), en minstens één maal een begeleidingsbezoek aan de toetsingsgroep zelf. Indien nodig werd individueel aanvullende ondersteuning geboden en was er gedurende het gehele project de telefonisch 'helpdesk' beschikbaar.

Het scholingsprogramma start met een introductie over kwaliteitszorg en de plaats van intercollegiale toetsing daarin. Vervolgens wordt de methode van toetsing stap voor stap doorgenomen. Afwisselend wordt theorie aangeboden en wordt geoefend aan de hand van praktijksituaties. De laatste dag wordt besteed aan het invoeren van veranderingen.

Tijdens de terugkomdagen zijn de thema's zoveel mogelijk afgestemd op de voortgang in de toetsingsgroepen. Er wordt dieper op elke toetsingsstap ingegaan en diverse vergadertechnieken en vaardigheden komen aan bod (doorvragen, feedback en kritiek geven, enzovoorts). In intervisiegroepjes worden problemen en ervaringen uitgewisseld. Door de CBO-medewerkers is het scholingsprogramma gedurende het project voortdurend bijgesteld naar aanleiding van opgedane ervaringen.

Op basis van de evaluatie worden in dit hoofdstuk 3 vragen beantwoord:

1. Hoe is het scholings- en begeleidingsprogramma gewaardeerd? (paragraaf 9.2)
2. Hoe effectief was het scholingsprogramma, dat wil zeggen kunnen de begeleiders na afloop van het project zelfstandig toetsingsgroepen begeleiden? (paragraaf 9.3);
3. Zijn er aanbevelingen voor verbetering van het programma? (paragraaf 9.4).

9.2 Waardering van het scholingsprogramma

De oordelen over het scholingsprogramma in deze paragraaf zijn afkomstig van de begeleiders van de toetsingsgroepen. In totaal hebben 97 begeleiders de enquête ingevuld en teruggestuurd waarvan:

23 ergotherapeuten

40 diëtisten

7 mondhygiënist

5 oefentherapeuten Cesar

9 oefentherapeuten Mensendieck

13 radiotherapeutisch laboranten.

Hoe het scholingsprogramma is gewaardeerd is in tabel 9.1 te zien, uitgedrukt in rapportcijfers.

Tabel 9.1: Waardering van het scholingsprogramma in rapportcijfers (N=97)

Waardering	gemiddelde	standaarddeviatie
- de inhoud van de scholingsdagen	8,0	0,9
- verstrekt materiaal (cursus-, werkboek enz)	7,8	1,1
- telefonische helpdesk (indien gebruikt)	8,0	0,9
- overall waardering van het gehele programma	8,0	0,8

Over het scholingsprogramma van het CBO is men unaniem tevreden: de begeleiders waarderen het gehele programma als goed met een acht. Men is tevreden over de inhoud van de scholingsdagen, over het cursusmateriaal en over de help-desk. Alleen over het cursusmateriaal lopen de meningen enigszins uiteen: 10 begeleiders geven een vijf of zes terwijl 22 van hen juist een negen of tien geven (de overigen een zeven of acht).

Van alle begeleiders vindt 76% dat het aantal scholingsdagen precies genoeg was. 18% vindt meer scholingsdagen wenselijk terwijl 4% van de begeleiders het aantal scholingsdagen teveel vond.

De algemene conclusie is dat de begeleiders van de toetsingsgroepen tevreden zijn over het scholings- en begeleidingsprogramma van het CBO. Dit programma wordt als goed gewaardeerd met een acht.

9.3 Effectiviteit van het scholingsprogramma

Bij het beoordelen van de effectiviteit van het scholingsprogramma gaat het om de vraag of de begeleiders in staat zijn om na afloop van het project zelfstandig toetsingsgroepen te leiden. Letterlijk is gevraagd: "Bent u van mening dat u in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO) een toetsingsgroep te begeleiden?"

Van de 97 begeleiders zegt 9% waarschijnlijk nog niet in staat te zijn zelfstandig groepen te begeleiden. Dit geldt met name voor oefentherapeuten Mensendieck en mondhygiënisten. Bij oefentherapeuten Mensendieck is vooral ondersteuning nodig bij het toepassen van de toetsingsmethode; bij mondhygiënisten vooral bij het motiveren van de groep. 34% van de begeleiders denkt wel zelfstandig groepen te kunnen begeleiden (met name oefentherapeuten Cesar) en ruim de helft (56%) denkt dat men dit 'waarschijnlijk wel' kan (met name radiotherapeutisch laboranten). In dit laatste antwoord 'waarschijnlijk wel' klinkt enige aarzeling door, wellicht omdat men tot nu toe nog steeds terug kon vallen op steun van het CBO. Op welke onderdelen van de toetsingsstappen men nog steun van het CBO nodig denkt te hebben is in tabel 9.2 te zien.

Tabel 9.2: Percentage begeleiders dat nog steun van het CBO denkt nodig te hebben per toetsingsstap (N=97)

Toetsingsstappen	Totaal
- onderwerpskeuze	5%
- analyse van een onderwerp	20%
- formuleren van criteria	29%
- verzamelen van gegevens	6%
- evaluatie of toetsing van gegevens	8%
- doorvoeren van veranderingen	8%
- anders	23%

De tabel toont dat 29% van de begeleiders nog ondersteuning denkt nodig te hebben bij het formuleren van criteria en 20% bij het analyseren van het onderwerp. In deze twee stappen stelt de toetsingsgroep gezamenlijk vast wat de ideale werkwijze zou moeten zijn en men vertaalt dit in concrete meetbare kwaliteitseisen. De overige stappen in de toetsingscyclus leveren voor beduidend minder begeleiders problemen op. Er zijn verschillen tussen de beroepsverenigingen: Bij vier van de zes beroepen is het kiezen van een onderwerp geen noemenswaardig probleem, 20% van de begeleiders bij oefentherapeuten Cesar en 33% van de oefentherapeuten Mensendieck geven aan dat men bij het kiezen van een onderwerp nog wel ondersteuning van het CBO denkt nodig te hebben. In zijn algemeenheid geeft 23% van de begeleiders overigens aan dat ondersteuning van of overleg met het CBO nog welkom zou zijn, bijvoorbeeld als achterwacht of als men niet weet hoe het verder moet (categorie 'anders').

Samenvattend kan gesteld worden dat het scholingsprogramma voor de meerderheid effectief was. Aanvullende ondersteuning is gewenst bij het opstellen van criteria en het analyseren van het onderwerp (en bij oefentherapeuten bij het kiezen van een onderwerp). Bik (1994) constateerde dat het voor velen onduidelijk was wat criteria zijn terwijl het bij een enkeling ook weerstand opriep. De conclusie is dat in het scholingsprogramma meer aandacht kan worden besteed aan het opstellen van uniforme meetbare kwaliteitseisen c.q. criteria.

9.4 Aanbevelingen voor verbetering

In de vragenlijst is aan de begeleiders gevraagd welke suggesties zij hebben voor verbetering van het scholingsprogramma. We geven de antwoorden gedetailleerd per beroepsgroep weer zodat het CBO de suggesties kan benutten (voor zover dit al niet is verwerkt door het CBO).

Ergotherapeuten: van de 8 ergotherapeuten die deze vraag hebben beantwoord zeggen er 3 "doorgaan op dezelfde wijze".

Daarnaast wordt opgemerkt dat het programma meer toegesneden zou moeten worden op de individuele werkplek (2 x), dat veel geoefend moet worden (1 x) er wordt gepleit voor kortere projecten (1 x) en men vraagt aandacht voor het opleiden van nieuwe begeleiders in een toetsingsgroep (1 x).

Diëtisten: van de 21 diëtisten die deze vraag hebben beantwoord zeggen er 4 "zo doorgaan, prima zo!".

De helft van hen (11) pleit voor méér scholing, namelijk: een extra scholingsdag aan het einde (4 x) een (jaarlijkse) follow-up dag (4 x), meer terugkomdagen (2 x) en meer begeleiding (1 x).

Wat betreft de inhoud van het scholingsprogramma vragen 4 begeleiders aandacht voor de aansluiting met de praktijk en praktische tips.

Incidentele aanbevelingen (1 x genoemd) zijn: meer theorie vooraf, meer structuur aanbrengen in de eerste scholingsdagen en meer aandacht voor de laatste stappen in de toetsingscyclus.

Mondhygiënisten: vier van de mondhygiënisten begeleiders doen geen suggesties en éénmaal 'ga zo door'. Eén begeleider merkt op dat inmiddels een nieuw compact werkboek is gemaakt door het CBO wat men prima vindt. Een tweede begeleider

adviseert ook de 'oude' begeleiders op de hoogte te stellen van de nieuwe (bijgestelde) methode.

Oefentherapeuten Cesar: van de oefentherapeuten Cesar heeft één begeleider geen suggesties gedaan en eveneens één oefentherapeut schrijft: 'gaat prima zo'. Ook twee andere begeleiders vinden het scholings programma goed en duidelijk maar erg veel stof. Zij merken op dat directe begeleiding van de toetsingsgroep door het CBO welkom zijn. Eenmaal wordt gesuggereerd het tijdstip van de scholing te veranderen zodat men niet een hele dag kwijt is. Eén begeleider denkt dat de methode niet zo geschikt is voor Cesar-therapeuten gezien het karakter van oefentherapie Cesar.

Oefentherapeuten Mensendieck: vijf van de oefentherapeuten Mensendieck hebben geen suggesties voor verandering. Drie begeleiders willen graag minder papiermassa en een beknopter werkboek. Daarnaast wordt, steeds door één begeleider, geadviseerd de scholing praktischer te maken en eenvoudiger taal te gebruiken en is behoefte aan nog meer begeleiding of intervisie. Geadviseerd wordt de scholing van september tot juli te laten lopen omdat anders de zomervakantie midden in het traject valt (ook graag geen twee bijeenkomsten in één week). Eén begeleider vindt een kritische werkhouding belangrijker dan het precies doorlopen van de toetsingsmethode.

Radiotherapeutisch laboranten: vijf radiotherapeutisch laboranten doen geen suggesties. Twee begeleiders hebben behoefte aan een methode voor multidisciplinaire toetsing. Door steeds één begeleider wordt geadviseerd: langer stil te staan bij het formuleren van criteria, meer voorbeelden te geven van reeds afgeronde projecten en meer praktische vaardigheden te trainen. Er is - ook in het tweede jaar - behoefte aan terugkomdagen ("erg belangrijk"), bijvoorbeeld één à twee keer per jaar. Een begeleider vraagt hoe om te gaan met tegenwerkende collega's. Eenmaal wordt geadviseerd vooraf duidelijker voorlichting te geven over de inhoud van de scholing en de daaraan verbonden consequenties. Twee begeleiders vinden onderbreking van het traject door de zomervakantie ongewenst.

Samenvattend is de conclusie enerzijds dat het aantal scholingsdagen voor de meerderheid voldoende was, anderzijds is er een minderheid die aanvullende ondersteuning- en begeleiding nodig heeft, met name aan het einde van de cyclus. Het feit dat een aantal groepen de toetsingscyclus nog niet geheel heeft doorlopen kan dit verklaren. De wens voor follow-up bijeenkomsten is begrijpelijk en bovendien kan follow-up bijdragen aan continuering.

Wat betreft de inhoud van de scholing lijkt meer aandacht nodig voor het formuleren van uniforme meetbare kwaliteitseisen (criteria). De praktische toepasbaarheid (oefeningen en tips) is voor begeleiders van belang. Een aantal begeleiders pleit voor vereenvoudiging van methode en materiaal.

De CBO-medewerkers trachten de gegeven suggesties zo goed mogelijk te verwerken of hebben deze inmiddels verwerkt. Hierover komen meer gegevens beschikbaar bij de evaluatie van de nu nog lopende toetsingsprojecten waarin bijstellingen zijn aangebracht.

10 DE GETOETSTE ONDERWERPEN

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we ter informatie een beknopt overzicht van de onderwerpen die de toetsingsgroepen hebben gekozen. Uitgangspunt bij het kiezen van een toetsingsonderwerp is de vraag: "Wat kan beter?" Om de toetsingsmethode toe te kunnen passen moet wel een toetsbaar onderwerp gekozen worden met mogelijkheden voor verbetering. Het onderwerp moet niet te omvangrijk zijn en duidelijk afgebakend kunnen worden. Daarnaast moet gelet worden op de ernst en omvang van het probleem en op de frequentie van voorkomen (Bik, 1994).

Achtereenvolgens presenteren we de onderwerpen die in de respectievelijke beroepsgroepen zijn gekozen (paragraaf 10.2). Het hoofdstuk besluit met conclusies en aanbevelingen (paragraaf 10.3).

10.2 Toetsingsonderwerpen

Ergotherapeuten

In deze paragraaf kijken we eerst naar het aantal onderwerpen dat per **groep** is afgerond (we gaan niet uit van het aantal begeleiders omdat per groep meerdere begeleiders zijn opgeleid).

De toetsingsgroepen waren vrij in het kiezen van een onderwerp. Dit onderwerp kon zowel de zorgverlening zelf als de organisatie van de zorg betreffen. Het doel is in alle gevallen verbetering van het handelen te bewerkstelligen inclusief een verandering in attitude (Bik, 1994). Bijvoorbeeld door een methodische benadering in de behandeling toe te passen, door duidelijker en uniformer te rapporteren aan verwijzers of door regels voor de overdracht op te stellen.

Door 15 toetsingsgroepen in de ergotherapie is aangegeven dat in totaal 25 toetsingsonderwerpen geheel zijn afgerond. In 9 van deze groepen wordt eind 1995 aan een nieuw onderwerp gewerkt; in 6 groepen waarschijnlijk niet (door 6 groepen zijn geen nieuwe onderwerpen vermeld).

De gekozen onderwerpen zijn in schema 10.1 te zien, geclusterd in drie groepen: inhoud van de behandeling, registratie en verslag en organisatie van de zorg.

Schema 10.1: Onderwerpen van de toetsingsgroepen van ergotherapeuten

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie
(rol)stoeladvisering 4	rapportage verwijzer 3	overdracht 4
gebruik spalk 2	rapportage algemeen 1	uitleen materialen 2
handondersteuning bij CVA 2	patiëntendossier 1	WVG-aanvragen 2
behandeling rugpatiënten 2	inventarisatielijst 1	huisbezoek 1
intake 2		patiëntenbespreking 1
vaardigheden 1		voorlichting ergoth. 1
zitvoorziening 1		
ergonomische adviezen 1		
handfunctie 1		

Van de in totaal 34 onderwerpen hebben er 16 betrekking op de zorgverlening zelf, dat wil zeggen op de inhoud van de ergotherapeutische behandeling, 12 maal is de organisatie van de zorg als onderwerp gekozen en 6 maal rapportage aan verwijzers en verslaglegging.

Diëtisten

Hoewel ook de diëtisten in het toetsingsproject vrij waren in het kiezen van toetsingsonderwerpen werd door de CBO-medewerker benadrukt dat de voorkeur uitgaat naar patiëntgerichte onderwerpen, dus onderwerpen die de zorgverlening zelf betreffen. Daarnaast werd gesteld dat de door de beroepsgroep ontwikkelde protocollen konden worden gebruikt om te 'toetsen' in welke mate men voldeed aan de daarin gestelde richtlijnen en criteria.

In 26 van de 43 gestarte toetsingsgroepen was ten tijde van deze evaluatie in het jaar van 1995 een toetsingsonderwerp afgerond, dat wil zeggen dat de gehele toetsingscyclus is doorlopen. 17 groepen waren nog bezig met het verzamelen van gegevens (hiervan zijn 13 groepen pas eind februari 1995 gestart).

De 43 onderwerpen die in de eerste toetsingsronde zijn gekozen zijn in schema 10.2 te zien, ingedeeld in behandeling, registratie en verslaglegging en organisatie van de zorg.

Schema 10.2: Onderwerpen van de toetsingsgroepen van diëtisten.

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie
Diabetes mellitus 6	Probleem georiënteerde registratie 14	Overdracht 2
Overgewicht 1	Rapportage 6	Planning poli 1
Evaluatie behandeling 2	Registratie 2	Spreekuur 1
Dieet counseling 1		Taakverdeling 1
Methodisch werken 1		
Checklist adipositas 1		
Oncologische patiënt 1		
Protocol koemelkeiwitallergie 1		
Ondervoeding 1		

Van de 43 onderwerpen die in de eerste toetsingsronde gekozen zijn hebben er 22 betrekking op registratie en verslaglegging, 16 betreffen de behandeling zelf en 5 de organisatie van de zorg. De toetsingsgroepen hebben niet of nauwelijks gekozen voor het invoeren van de door de beroepsgroep uitgegeven protocollen.

Mondhygiënisten

Bij de mondhygiënisten was het uitgangspunt dat een onderwerp gekozen zou worden uit de Beroepscode of het Beroepsprofiel omdat het project gericht was op implementatie van deze documenten. Na bestudering van deze documenten zijn door de vijf toetsingsgroepen de volgende onderwerpen gekozen:

- communicatie met de patiënt tijdens stoelgebonden activiteiten (2 groepen)
- hygiëne maatregelen (2 groepen)
- opstellen van een behandelplan parodontologie (1 groep)

In de groepen is bekeken welke taakomschrijvingen uit het beroepsprofiel en welke normen uit de gedragscode op de onderwerpen van toepassing zijn. Op basis daarvan zijn criteria geformuleerd waarmee het handelen in de praktijk is getoetst. Door de groepen is op basis daarvan een hygiëne protocol ontwikkeld en een checklist voor het

opstellen van een behandelplan voor parodontologie. De groepen achten de Beroepscode wel bruikbaar voor toetsing maar het Beroepsprofiel veel minder: het Beroepsprofiel is te omvangrijk, met veel verdubbelingen en vaak moeilijk vertaalbaar naar de praktijk. Daarom is besloten om de volgende toetsingsgroepen meer vrij te laten in het kiezen van onderwerpen.

Oefentherapeuten Cesar

Door de vier groepen van oefentherapeuten Cesar zijn de volgende onderwerpen gekozen:

- behandeling van hoofdpijnklachten voortkomend uit nek/schouder problematiek
- service aspecten uit het oogpunt van de patiënt en oefentherapie Cesar
- instructie geven aan patiënten
- verslaglegging

Zoals eerder opgemerkt bleek het kiezen van een onderwerp voor de groep een probleem. Niet alle onderwerpen zijn voor toetsing geschikt en soms leek het lastig een gezamenlijk onderwerp te vinden wat de individueel werkende oefentherapeuten kon binden. Het CBO zal aan deze onderwerpskeuze extra aandacht besteden bij nieuw te starten groepen in het vervolgtraject.

Oefentherapeuten Mensendieck

De acht toetsingsgroepen van oefentherapeuten Mensendieck hebben de volgende onderwerpen getoetst:

- rapportage aan de verwijzer (en andere behandelaars) (2 groepen)
- oefentherapeutische status (overdracht bij afwezigheid) (1 x)
- het gebruik van hulpmiddelen bij de behandeling van lumbale lordose (1 x)
- voortzetten van de behandeling van kinderen met scoliose (1 x)
- voortzetten van de behandeling (controle) bij adolescenten (1 x)
- spierversterking buikspieren (1 x)
- inpasbaarheid spierkrachttraining in de behandeling oefentherapie Mensendieck (1 x).

Vijf van de acht onderwerpen zijn patiëntgerichte onderwerpen, dat wil zeggen betreffen de inhoud van de oefentherapeutische behandeling. De drie overige onderwerpen betreffen rapportages en verslaglegging.

Radiotherapeutisch laboranten

De verbeterprojecten van de radiotherapeutisch laboranten waren gericht op de volgende onderwerpen:

- efficiënt(er) werken op versnellers/bestralingstoestel (2 groepen)
- statuscontrole door laboranten (2 groepen)
- verschillen in tafel-isoc-afstanden tussen simulator en bestralingstoestel
- blaas vol of leeg
- statistiek t.b.v. bestralingsverrichtingen
- informatievoorziening (informatieproces structureren en standaardiseren)
- overdracht gegevens tussen de verschillende onderdelen
- overdracht patiëntgegevens voor planning van versneller

Door de groepen is in totaal aan 10 onderwerpen gewerkt in de verbeterprojecten. Enkele groepen hebben meer dan één onderwerp behandeld.

10.3 Conclusies

Zoals in de vorige rapportage reeds werd geconcludeerd hadden relatief veel toetsingsgroepen van diëtisten en van ergotherapeuten gekozen voor onderwerpen in de voorwaardenscheppende sfeer, namelijk organisatie, registratie en verslaglegging. In mindere mate waren onderwerpen gekozen die de zorgverlening zelf betreffen (wat te doen bij welke patiënt). Dit ondanks de aanbeveling hiertoe van de CBO-medewerker. Blijkbaar is het ter discussie stellen van de behandeling zelf voor veel groepen in eerste instantie (te) ingrijpend of worden juist organisatie en registratie als probleem ervaren.

In de toetsingsgroepen van beroepsgroepen die recenter zijn gestart (mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en radiotherapeutisch laboranten) is in meerderheid wel gekozen voor patiëntgerichte onderwerpen, dat wil zeggen onderwerpen die de zorg of behandeling zelf betreffen. Dit kan een gunstige ontwikkeling worden genoemd omdat intercollegiale toetsing uiteindelijk vooral gericht is op het terugdringen van variatie in het (paramedisch) handelen.

In het toetsingsproject van de diëtisten was ervan uitgegaan dat (onder andere) de door de beroepsgroep ontwikkelde protocollen voor toetsing gebruikt konden worden, omdat daarin de gewenste kwaliteit al is vastgelegd. Deze mogelijkheid is door weinig toetsingsgroepen benut. Dit roept de vraag op of toetsingsgroepen geschikt zijn voor het implementeren van protocollen, richtlijnen of standaarden. Op dit moment is door het CBO een nieuw pilot-project gestart waarin het gebruik van protocollen verplicht is gesteld voor de toetsingsgroep. Uit de (toekomstige) ervaringen in dit project zal blijken in hoeverre protocollen geschikt zijn als onderwerp voor toetsing.

Bij de mondhygiënisten was de Beroepscode en het Beroepsprofiel uitgangspunt in de toetsingsgroepen. De ervaringen laten zien dat met name het Beroepsprofiel weinig bruikbaar blijkt te zijn om daaruit normen voor het praktisch handelen uit af te leiden. In toekomstige toetsingsgroepen zullen de toetsingsgroepen daarom vrijer worden gelaten in het kiezen van toetsingsonderwerpen.

Tenslotte blijken de oefentherapeuten Cesar problemen te ondervinden bij het kiezen van onderwerpen die door alle individueel werkende therapeuten in de groep relevant worden geacht. In de nieuw te starten toetsingsgroepen zullen de CBO-medewerkers extra aandacht aan de onderwerpskeuze besteden.

11 DE EFFECTEN VAN TOETSING

11.1 Inleiding

De vraag wat toetsing tot nu toe aan effecten opgeleverd heeft wordt in dit hoofdstuk beantwoord. Deze vraag is zowel aan de begeleiders als aan alle deelnemers gesteld, zodat we in dit hoofdstuk uitgaan van alle 456 respondenten.

11.2 Effecten van toetsing

Op de vraag of de toetsing geleid heeft tot concrete veranderingen in "uw eigen handelen" antwoordt 56% 'enigszins' en 31% 'jazeker wel'. Dit betekent dat nagenoeg iedereen zegt concrete veranderingen te hebben doorgevoerd. Slechts 9% meldt niets te hebben veranderd. (door 4% is de vraag niet beantwoord). N.B. indien men al volgens de kwaliteitscriteria werkte is verandering vanzelfsprekend niet gewenst.

In tabel 11.1 is te zien op welke gebieden effecten zijn opgetreden. We maken onderscheid in specifieke en algemene effecten. Onder specifieke effecten verstaan we effecten met betrekking tot het getoetste onderwerp. Onder algemene effecten verstaan we verbeteringen die in zijn algemeenheid opgetreden zijn in de werkwijze van de paramedicus, dus ook buiten het getoetste onderwerp: het zijn uitstralingseffecten.

Tabel 11.1 geeft de antwoorden van de begeleiders en de deelnemers. Gemiddeld zijn per persoon ruim 6 effecten aangekruist zodat de tabel optelt tot meer dan 100%.

Tabel 11.1: Percentage begeleiders en deelnemers dat specifieke en algemene effecten rapporteert op onderstaande gebieden (N=456)

Effecten m.b.t.:	Begeleiders (n=97)		Deelnemers (n=359)		Totaal (N=456)	
	spec.	alg.	spec.	alg.	spec.	alg.
Meer uniformiteit	66%	17%	61%	19%	62%	19%
Concrete verbeteringen	63%	27%	47%	19%	50%	21%
Tijdwinst	12%	8%	10%	4%	10%	5%
Inzicht in eigen handelen	43%	41%	41%	38%	41%	39%
Methodischer werkwijze	54%	34%	50%	28%	51%	29%
Kritischer/bewuster	42%	64%	37%	45%	38%	49%
Geleerd van elkaar	54%	41%	48%	42%	49%	42%
Zicht op elkaars werk	63%	32%	48%	31%	51%	31%
Samenwerking/communicatie	31%	32%	22%	21%	24%	24%
Effectiever vergaderen	32%	23%	14%	8%	18%	11%

De tabel moet als volgt gelezen worden. Van alle 97 begeleiders meldt 66% dat meer uniformiteit is bereikt met betrekking tot het getoetste onderwerp; 17% van de begeleiders meldt dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is opgetreden. De deelnemers melden vergelijkbare cijfers: 61% specifieke en 19% algemene effecten.

Meer begeleiders dan deelnemers vinden dat concrete verbeteringen gerealiseerd zijn aangaande het getoetste onderwerp, namelijk 63% van de begeleiders en 47% van de deelnemers.

Met het gegeven dat bijna tweederde van de toetsingsgroepen meer uniformiteit meldt ten aanzien van het getoetste onderwerp lijkt een van de doelstellingen van intercollegiale toetsing - het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren - inderdaad te zijn gerealiseerd. Bijna een vijfde van de respondenten maakt melding van een uitstralingseffect, dat wil zeggen dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is gerealiseerd.

Hoewel de helft aangeeft dat concrete verbeteringen zijn aangebracht betekenen deze zelden tijdwinst, slechts 10% geeft aan dat tijdwinst is geboekt; door 90% van de respondenten is dit niet als effect aangekruist.

Ten aanzien van het getoetste onderwerp meldt bijna de helft van alle respondenten dat men meer inzicht heeft gekregen in het eigen handelen, en dat men methodischer en gestructureerder is gaan werken ten aanzien van het getoetste onderwerp. Begeleiders melden meer uitstralingseffecten dan deelnemers: door 64% van de begeleiders en 45% van de deelnemers wordt gesteld dat men in zijn algemeenheid kritischer naar het eigen werk is gaan kijken: "Wat doen we en waarom? Waarom doen we dit zo?". Bij deze categorie worden duidelijk meer algemene dan specifieke effecten gerapporteerd. Dit wijst in zijn algemeenheid op een attitude verandering in de richting van een kritischer opstelling ten aanzien van het eigen handelen.

De laatste vier effecten in tabel 11.1 hebben te maken met de onderlinge samenwerking. Ruim 30% van de begeleiders en ruim 20% van de deelnemers meldt dat de samenwerking en onderlinge communicatie is verbeterd en dat dat zowel geldt ten aanzien van het getoetste onderwerp als in zijn algemeenheid. Dus ook hier weer een uitstralingseffect. Dat men van elkaar geleerd heeft en meer zicht heeft gekregen op elkaars werkwijze wordt in totaal door bijna de helft van de respondenten als effect gerapporteerd.

In zijn algemeenheid worden door de begeleiders van de groep meer effecten gerapporteerd dan door de deelnemers. Vergelijken we de eerste en de derde kolom met elkaar dan blijkt dat begeleiders vaker dan deelnemers zeggen dat concrete verbeteringen zijn aangebracht, dat men meer zicht heeft gekregen op elkaars werk, dat de communicatie is verbeterd en dat men effectiever vergadert. Ten aanzien van de overige specifieke effecten zijn er nauwelijks verschillen tussen begeleiders en deelnemers.

De tabellen 11.2 en 11.3 geven de verschillen tussen de zes paramedische beroepsgroepen. Per beroepsgroep zijn begeleiders en deelnemers samen genomen. Tabel 11.2 geeft de specifieke effecten weer, tabel 11.3 de algemene effecten. We maken erop attent dat bij de radiologisch laboranten een extra vraag was toegevoegd: men kon ook als effect aankruisen: minder fouten/voorkómen van fouten.

Tabel 11.2: Specifieke effecten: percentage ergotherapeuten, diëtisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en radiotherapeutisch laboranten dat specifieke effecten rapporteert op de onderstaande gebieden (N=456).

Specifieke effecten m.b.t.:	Ergo. n=90	Diet. n=245	Mondh. n=31	Cesar n=16	Mensd. n=35	Radi n=39
Meer uniformiteit	66%	69%	39%	19%	46%	62%
Concrete verbeteringen	52%	54%	32%	19%	43%	62%
Tijdwinst	11%	11%	3%	0%	9%	18%
Inzicht in eigen handelen	51%	42%	32%	25%	43%	28%
Methodischer werkwijze	52%	57%	29%	13%	57%	39%
Kritischer/bewuster	39%	37%	48%	25%	49%	31%
Geleerd van elkaar	53%	47%	58%	50%	66%	28%
Zicht op elkaars werk	52%	55%	48%	31%	60%	28%
Samenwerking/communicatie	23%	22%	29%	19%	40%	18%
Effectiever vergaderen	18%	14%	23%	44%	40%	5%
Minder fouten/voorkómen van fouten	-	-	-	-	3%	26%

De tabel toont dat aanzienlijke verschillen tussen de beroepsgroepen te zien zijn in specifieke effecten die worden gerapporteerd. Voor de overzichtelijkheid gaan we alleen in op de hoogste en de laagste score bij elke beroepsgroep. Hierbij moeten de grote verschillen in aantallen respondenten in acht worden genomen, met als uitersten diëtisten 245 respondenten en oefentherapeuten Cesar 16.

De ergotherapeuten wijken niet veel af van het gemiddelde beeld, met één uitzondering: relatief veel ergotherapeuten (51%) zeggen meer inzicht te hebben gekregen in het eigen handelen.

Veel diëtisten (69%) melden dat meer uniformiteit bereikt is ten aanzien van het getoetste onderwerp, op de voet gevolgd door ergotherapeuten (66%) en radiotherapeutisch laboranten (62%).

Mondhygiënisten en vooral ook oefentherapeuten Cesar rapporteren op veel gebieden aanzienlijk minder specifieke effecten dan de overige beroepsgroepen. Van de mondhygiënisten is 39% van mening dat meer uniformiteit bereikt is ten aanzien van het getoetste onderwerp en bij de oefentherapeuten Cesar is dat slechts 19%. Bij mondhygiënisten kan een mogelijke verklaring zijn dat het door hen gebruikte beroepsprofiel te breed en te veelomvattend was om uniformiteit ten aanzien van een specifiek onderwerp te bewerkstelligen. Bij oefentherapeuten Cesar zou het zo kunnen zijn dat men reeds uniform werkte omdat men maar één behandelmethode toepast, namelijk de oefentherapie Cesar. Echter, dit laatste geldt ook voor oefentherapeuten Mensendieck en van hen meldt 46% wél meer uniformiteit. Vergeleken met de andere beroepsgroepen scoren de oefentherapeuten Cesar het laagst met betrekking tot zes van de tien specifieke effecten (zie de bovenste zes effecten in de tabel) en het hoogst wat betreft effectiever vergaderen.

Oefentherapeuten Mensendieck daarentegen laten de hoogste score zien op vier van de tien gebieden. Relatief veel oefentherapeuten Mensendieck melden dat men van

elkaar geleerd heeft (66%), meer zicht heeft gekregen op elkaars werk (60%), dat men in zijn algemeenheid een kritischer houding heeft gekregen ten aanzien van het eigen handelen (49%) en dat de samenwerking verbeterd is (40%).

Relatief veel radiotherapeutisch laboranten melden dat concrete verbeteringen zijn aangebracht (62%), dat minder fouten worden gemaakt (26%) en dat tijdwinst is geboekt (18%). Vergelijken met de andere beroepsgroepen rapporteren minder radiotherapeutisch laboranten dat zij van elkaar hebben geleerd en is er minder sprake van verbeterde samenwerking of effectiever vergaderen.

Het hier geschetste beeld over effecten ten aanzien van het getoetste onderwerp wordt genuanceerder wanneer we naar de algemene effecten kijken in tabel 11.3, dat wil zeggen de effecten die het dagelijks handelen in zijn totaliteit betreffen.

Tabel 11.3: Algemene effecten: percentage ergotherapeuten, diëtisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en radiotherapeutisch laboranten dat algemene effecten rapporteert op de onderstaande gebieden (N=456)

Algemene effecten m.b.t.:	Ergo. n=90	Diet. n=245	Mondh. n=31	Cesar n=16	Mensd. n=35	Radi n=39
Meer uniformiteit	21%	20%	19%	0%	17%	13%
Concrete verbeteringen	23%	20%	23%	13%	20%	18%
Tijdwinst	3%	4%	10%	0%	9%	10%
Inzicht in eigen handelen	41%	37%	58%	63%	34%	23%
Methodischer werkwijze	36%	27%	39%	6%	31%	28%
Kritischer/bewuster	53%	43%	58%	63%	60%	56%
Geleerd van elkaar	41%	40%	58%	75%	54%	21%
Zicht op elkaars werk	33%	31%	45%	31%	29%	15%
Samenwerking/communicatie	22%	24%	26%	19%	23%	23%
Effectiever vergaderen	17%	6%	19%	44%	20%	5%
Minder fouten/voorkómen van fouten	-	-	-	-	6%	15%

De tabel toont dat ook ten aanzien van algemene effecten enkele opvallende verschillen tussen de beroepsgroepen te zien zijn. Deze gelden met name de twee beroepsgroepen die relatief weinig specifieke effecten rapporteerden, mondhygiënisten en oefentherapeuten Cesar.

Van de oefentherapeuten Cesar meldt niemand dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit is bereikt slechts zes procent meldt dat men in zijn algemeenheid methodischer is gaan werken. Daarentegen rapporteren veel oefentherapeuten Cesar dat men meer van elkaar heeft geleerd (75%) dat men meer inzicht heeft gekregen in het eigen handelen en daar kritischer naar kijkt (beide 63%).

Mondhygiënisten hebben in zijn algemeenheid meer zicht gekregen op elkaars werk (45%) en behalen de hoogste score als het gaat om een methodischer werkwijze (39%).

Bij de overige beroepen zijn geen opvallende verschillen te zien of wijkt het patroon weinig af van het hiervoor geschetste beeld bij de specifieke effecten.

11.3 Conclusies

De algemene conclusie is dat door de deelnemers aan toetsing veel effecten worden gerapporteerd, gemiddeld ruim zes per persoon. Ook stelt de helft van alle respondenten concrete veranderingen in de eigen werkwijze te hebben aangebracht. Dat het hierbij om een zelfrapportage gaat moet in acht worden genomen.

Het meest genoemde effect is meer uniformiteit ten aanzien van het getoetste onderwerp (specifiek effect). Dit betekent dat intercollegiale toetsing - zoals in de CBO-projecten gehanteerd - inderdaad leidt tot het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren. Doelmatigheidsverbeteringen (tijdwinst) worden nauwelijks als effect gerapporteerd.

Intercollegiale toetsing lijkt voor de helft van de respondenten ook een attitudeverandering teweeg te brengen. Men heeft een kritischer opstelling ten aanzien van de eigen werkwijze gekregen. Dit kan een uitstralingseffect genoemd worden omdat dit effect het getoetste onderwerp overstijgt.

Intercollegiale toetsing leidt bij een minderheid (een kwart) tot verbetering van de samenwerking en onderlinge communicatie tussen beroepsbeoefenaren en in beperkte mate tot effectiever vergaderen.

Tussen begeleiders en deelnemers bestaan op vier van de tien gebieden verschillen in de effecten die worden gerapporteerd: meer begeleiders dan deelnemers melden dat concrete verbeteringen zijn aangebracht, dat men meer zicht heeft gekregen op elkaars werk, dat communicatie is verbeterd en dat men effectiever vergadert. Ten aanzien van de overige zes mogelijke effecten zijn de verschillen tussen begeleiders en deelnemers klein.

Er bestaan opvallende verschillen tussen de beroepsgroepen in het soort effecten dat wordt gerapporteerd. Zonder in details te treden kunnen de verschillen als volgt worden getypeerd: diëtisten, ergotherapeuten en oefentherapeuten wijken in zijn algemeenheid weinig af van de gemiddeld gerapporteerde effecten; mondhygiënisten en oefentherapeuten Cesar melden relatief weinig specifieke effecten maar relatief veel algemene effecten, radiotherapeutisch laboranten melden relatief veel 'tastbare' effecten namelijk concrete verbetering, minder fouten en tijdwinst. Wij wagen ons niet aan verklaringen voor deze verschillen omdat deze speculatief zouden zijn. Wellicht kunnen we in onderling overleg met de CBO-medewerkers die de groepen begeleid hebben meer zicht krijgen op de mogelijke oorzaken van deze verschillen.

De algemene conclusie is dat de deelnemers en begeleiders aan de toetsingsprojecten veel effecten rapporteren en dat deze effecten niet beperkt zijn tot het getoetste onderwerp. Of deze effecten in verhouding staan tot de geïnvesteerde tijd en energie komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

12 VOOR- EN NADELEN VAN TOETSING

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de balans tussen kosten en baten van toetsing. De vraag is of de effecten die door de groepen worden gemeld opwegen tegen de geïnvesteerde tijd en energie. De vragen die achtereenvolgens worden beantwoord zijn:

- Hoeveel tijd heeft u geïnvesteerd?
- Welke nadelen zijn aan toetsing verbonden?
- Is de verhouding tussen voor- en nadelen in balans?

Het hoofdstuk eindigt met de conclusies.

12.2 Voor- en nadelen van toetsing

In de eindrapportage van het CBO (Evers, 1995) wordt gesteld dat het gemiddeld een jaar duurt voordat een eerste toetsingscyclus geheel is afgerond. Bij de hierna te presenteren tijdsinvestering moet men bedenken dat begeleiders naast de toetsing tijd aan scholing besteden.

Uit de resultaten blijkt dat per maand gemiddeld 4 (sd 3.1) uur aan intercollegiale toetsing wordt besteed. Dit is de gemiddelde tijd van alle 456 respondenten, de reistijd niet meegerekend (zoals expliciet in de vragenlijst was gevraagd). Zoals te verwachten is investeren begeleiders meer tijd dan deelnemers:

- begeleiders gemiddeld 6,3 uur per maand (sd 4,9)
- deelnemers gemiddeld 3,4 uur per maand (sd 1,9)

Het feit alle begeleiders meer tijd kwijt zijn dan de deelnemers is verklaarbaar omdat begeleiders de toetsingsbijeenkomsten voorbereiden en in het eerste jaar de scholing volgen.

Tabel 12.1 geeft de tijdsbesteding per beroepsgroep. In de eerste kolom staat de totaal bestede tijd per maand terwijl de tweede kolom weergeeft hoeveel van deze tijd 'vrije tijd' is geweest.

Tabel 12.1: Aantal uren dat gemiddeld per maand aan toetsing is besteed, totaal en in vrije tijd (N=456)

	totale tijd	vrije tijd
Diëtisten	4,1	0,9
Ergotherapeuten	2,6	0,8
Mondhygiënist	3,2	3,1
Oefentherapeuten Cesar	3,8	3,8
Oefentherapeuten Mensendieck	3,2	3,1
Radiotherapeutisch laboranten	8,5	1,7
Totaal	4,1	1,3

Het eerste wat opvalt in de tabel is dat radiotherapeutisch laboranten dat tweemaal zoveel tijd aan kwaliteitstoetsing besteden vergeleken met de andere beroepsgroepen

en dat de ergotherapeuten verreweg de minste tijd kwijt zijn. In de vorige evaluatie (januari 1996) bleek reeds dat met name de begeleiders in de ergotherapie in het tweede jaar van de toetsing aanzienlijk minder tijd kwijt zijn dan in het eerste jaar wanneer de methode nog geleerd moet worden. Het feit dat de radiotherapeutisch laboranten zoveel meer tijd zeggen te besteden kan veroorzaakt zijn door onze vraagformulering: letterlijk was in de enquête gevraagd hoeveel tijd men aan kwaliteitstoetsing besteedde. Het kan zijn dat een aantal respondenten hierbij aan alle vormen van kwaliteitstoetsing heeft gedacht en niet uitsluitend aan de door het CBO begeleide 'verbeterprojecten'. Wij zullen de vraag scherper gaan formuleren om bij de volgende evaluatie zicht te krijgen op de tijd die exclusief aan de verbeterprojecten wordt besteed.

Er zijn grote verschillen in de vrije tijd die door de verschillende beroepsgroepen wordt geïnvesteerd. De minste vrije tijd wordt geïnvesteerd door diëtisten en ergotherapeuten (gemiddeld nog geen uur per maand); terwijl toetsing geheel of nagenoeg geheel in vrije tijd plaatsvindt bij mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck (gemiddeld ruim 3 uur per maand). De radiotherapeutisch laboranten nemen een middenpositie in met bijna twee uur vrije tijd per maand. Het feit dat toetsing bij vrijgevestigden (oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck) uitsluitend in eigen tijd plaats moet vinden ligt voor de hand; het feit dat dit ook geldt voor mondhygiënist, die voor het merendeel in dienstverband werken, stemt tot nadenken. Ongetwijfeld heeft dit invloed op de gepercipieerde balans tussen voor- en nadelen, waar we nu op ingaan.

Gemiddeld vindt 53% van alle respondenten dat er wel en 45% dat er geen nadelen aan toetsing zijn verbonden (2% is niet ingevuld). Tussen de beroepsgroepen zijn verschillen in het percentage deelnemers en begeleiders dat nadelen ervaart, zie tabel 12.2.

Tabel 12.2: Percentage respondenten dat van mening is dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn (N=456)

Oefentherapeuten Cesar	88%
Radiotherapeutisch laboranten	74%
Oefentherapeuten Mensendieck	71%
Diëtisten	51%
Ergotherapeuten	46%
Mondhygiënist	19%
Totaal	53%

De hiervoor geuite veronderstelling dat meer nadelen worden ervaren door degenen die veel vrije tijd investeren gaat op voor de oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck. De veronderstelling gaat niet op mondhygiënist die evenveel vrije tijd investeren en die de minste nadelen percipiëren (19%). Ook tussen de overige beroepen die voor het overgrote deel in dienstverband werken zijn relatief grote verschillen te zien: van de radiotherapeutisch laboranten vindt 74% dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn terwijl slechts 46% van de ergotherapeuten dit vindt. Dat hier een verband is met de tijd die aan toetsing wordt besteed ligt voor de hand. Geanalyseerd over het alle respondenten blijkt dat degenen die in dienstverband zijn minder nadelen ervaren (31% ervaart nadelen) dan degenen in de vrije vestiging (69% ervaart nadelen). Dit verschil is significant $p < 0.01$). Er zijn geen significante verschillen

tussen degenen die solistisch werken of in een team of tussen degenen die intramuraal of extramuraal werken.

Meer begeleiders dan deelnemers signaleren nadelen, namelijk 65% tegenover 49%. In de vragenlijst is gevraagd wat de belangrijkste nadelen van toetsing zijn. Men kon negen mogelijkheden aankruisen.

Tabel 12.3 geeft de percentages.

Tabel 12.3: Percentage begeleiders en deelnemers dat onderstaande nadelen van toetsing heeft aangekruist (N=121)*

Nadelen	begeleiders n=34	deelnemers n=87	totaal n=121
Tijdsinvestering	17%	10%	11%
De cyclus duurt te lang	18%	10%	11%
Toetsing is bedreigend	5%	1%	2%
De methode is te complex	3%	4%	4%
Consensus bereiken is moeilijk	2%	2%	2%
Het moeten veranderen van eigen werkwijze	3%	1%	1%
Zich moeten aanpassen aan anderen	1%	1%	1%
Van collega's valt weinig te leren	0%	0%	0%
Anders	3%	2%	2%

*) Deze vraag is alleen gesteld aan mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en radiotherapeutisch laboranten. In een eerder versie van de vragenlijst aan ergotherapeuten en diëtisten was deze vraag nog niet opgenomen.

De tabel laat zien dat de tijdsinvestering en het feit dat de cyclus te lang duurt door respectievelijk 17% en 18% van de begeleiders als nadeel van toetsing wordt ervaren. Van de deelnemers vindt 10% dat een nadeel. De overige mogelijke nadelen spelen geen rol van betekenis. Niemand vindt dat van collega's weinig te leren valt.

Ondanks de genoemde nadelen blijkt dat in totaal 80% van alle respondenten vindt dat toetsing meer voor- dan nadelen heeft. 13% vindt dat aan toetsing evenveel voor- als nadelen verbonden zijn en 1% signaleert meer na- dan voordelen (6% niet ingevuld). De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn in tabel 12.4 te zien.

Tabel 12.4: Oordeel over de verhouding tussen voor- en nadelen van toetsing in percentages (N=456)

	Ergo. n=90	Diet. n=245	Mondh. n=31	Cesar n=16	Mensd. n=35	Radi n=39
Meer voordelen dan nadelen	86%	79%	84%	50%	66%	92%
Evenveel voordelen als nadelen	7%	14%	13%	38%	20%	5%
Meer nadelen dan voordelen	0%	0%	3%	6%	11%	0%
Niet ingevuld	7%	7%	0%	6%	3%	3%

De tabel laat zien dat 92% van de radiotherapeutisch laboranten meer voor- dan nadelen ervaart, terwijl dit bij de oefentherapeuten Cesar 50% is: 38% van de Cesar therapeuten ervaart evenveel voor- als nadelen. Weinig respondenten signaleren meer nadelen dan voordelen: het hoogste percentage is 11% bij de oefentherapeuten Mensendieck. 9% van de oefentherapeuten Mensendieck en 12% van de oefenthera-

peuten Cesar melden dat zij collega's niet zullen aanraden om aan toetsing te gaan deelnemen. De meerderheid van hen zal collega's wel aanraden te gaan toetsen (respectievelijk 86% en 88%). Over alle respondenten gerekend blijkt dat in totaal 95% collega's zal aanraden ook aan intercollegiale toetsing te gaan deelnemen terwijl 2% dat niet zal aanraden (3% niet ingevuld). Het oordeel valt overwegend positief uit.

12.3 Conclusies

Er zijn vrij grote verschillen tussen de begeleiders en deelnemers in de tijd die aan toetsing wordt besteed: begeleiders besteden bijna tweemaal zoveel tijd aan toetsing vergeleken met de deelnemers. Dit geldt vooral in het eerste jaar wanneer de toetsingsmethode nog geleerd moet worden. In het tweede jaar kost toetsing met name voor de begeleiders minder tijd.

Tussen de beroepsgroepen zijn bestaan grote verschillen in de vrije tijd die in toetsing geïnvesteerd wordt. Bij drie beroepsgroepen vindt toetsing overwegend in vrije tijd plaats: mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck. Bij de overige beroepsgroepen (ergotherapeuten, diëtisten en radiotherapeutisch laboranten) vindt toetsing voor meer dan driekwart van de tijd plaats binnen werktijd.

Gemiddeld vindt de helft van de respondenten dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn. De nadelen hebben in hoofdzaak betrekking op de tijdsinvestering. Het gaat daarbij niet alleen om de tijdsinvestering per maand, maar ook om de doorlooptijd dat wil zeggen de tijdsduur voordat een toetsingsronde geheel is afgerond. Er zijn grote verschillen tussen de beroepsgroepen in het percentage respondenten dat nadelen ervaart. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ervaren significant meer nadelen dan degenen die in dienstverband werkzaam zijn.

Ondanks de ervaren nadelen en de tijdsinvestering vindt de overgrote meerderheid (viervijfde van de respondenten) dat toetsing meer voordelen dan nadelen heeft. De algemene conclusie is dat zowel begeleiders als deelnemers van mening zijn dat er een positieve balans is tussen kosten en baten van intercollegiale toetsing.

13 CONTINUERING VAN TOETSING

13.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we tenslotte naar de continuering van toetsing. Heeft men plannen om met toetsing door te gaan? En, door wie wordt men daarbij gestimuleerd?

13.2 Continuering van toetsing

Van alle begeleiders zegt 72% zeker te zullen doorgaan met toetsing terwijl 35% waarschijnlijk wel doorgaat (2% gaat niet of waarschijnlijk niet door. Bij de deelnemers klinkt meer aarzeling door: 54% zegt zeker door te gaan en 38% gaat waarschijnlijk door met toetsing (7% gaat niet of waarschijnlijk niet door). Er zijn verschillen tussen de beroepen in de stelligheid waarmee men zegt door te gaan met toetsing, zoals tabel 13.1 laat zien.

Tabel 13.1: Percentage respondenten dat van plan is wel of niet met toetsing door te gaan (N=456)

	Ergo. n=90	Diet. n=245	Mondh. n=31	Cesar n=16	Mensd. n=35	Radi n=39
Doorgaan, jazekeer wel	60%	57%	81%	19%	63%	54%
Waarschijnlijk wel	30%	38%	13%	69%	26%	41%
Waarschijnlijk niet	7%	3%	0%	6%	0%	2%
Doorgaan, nee	2%	1%	7%	6%	11%	3%
Niet ingevuld	1%	2%	0%	0%	0%	0%

De mondhygiënisten zijn het meest stellig in hun plannen door te gaan met toetsing: op de vraag of men van plan is door te gaan met toetsing antwoordt 81% jazekeer wel. 7% van de mondhygiënisten gaat niet door. Van de oefentherapeuten Mensendieck is 63% zeker van plan door te gaan met toetsing en 11% niet. De oefentherapeuten Cesar zijn minder stellig in hun antwoorden, maar de meerderheid van hen (69%) zegt waarschijnlijk wel door te zullen gaan met toetsing.

Voor continuering van toetsing is het enerzijds van belang dat toetsing positieve effecten heeft, en anderzijds dat ook andere partijen belang hechten aan intercollegiale toetsing. Door wie begeleiders en deelnemers gestimuleerd worden om met toetsing door te gaan is in tabel 13.2 te zien.

Tabel 13.2: Percentage begeleiders en deelnemers dat gestimuleerd wordt om met toetsing door te gaan (N=456)

Gestimuleerd:	Begeleiders	Deelnemers	Totaal
Door niemand	16%	17%	17%
Door collega's	67%	61%	62%
Door de begeleiders	7%	42%	35%
Door hoofden of leiding	41%	27%	30%
Door het management	17%	8%	10%
Door andere disciplines	4%	2%	3%
Door verzekeraars	-	1%	-

Van alle respondenten zegt 17% door niemand gestimuleerd te worden om door te gaan met toetsing. Dit komt het vaakst voor bij de mondhygiënisten: van hen zegt 52% door niemand te worden gestimuleerd. Het eerder geconstateerde feit dat de begeleiders bij de mondhygiënisten met name nog ondersteuning nodig hebben bij het motiveren van de groep kan hiermee verband houden.

De tabel laat zien dat de meerderheid vooral door collega's gestimuleerd wordt om met toetsing door te gaan (62%). Daarnaast blijkt dat de **deelnemers** vooral gestimuleerd worden door de begeleider van de groep (42%), en de **begeleiders** vooral door de hoofden van de afdeling waar men werkzaam is (41%). Relatief veel radiotherapeutisch laboranten (zowel begeleiders als deelnemers) zeggen dat zij door het hoofd van de afdeling gestimuleerd worden om met toetsing door te gaan (46%). Ook bij diëtisten (37%) en ergotherapeuten (28%) spelen afdelingshoofden een rol. Ruim een kwart (26%) van de radiotherapeutisch laboranten meldt dat ook stimulansen van directie of management uitgaan. Door de overige beroepen wordt dit nauwelijks gemeld, en bij vrijgevestigden zoals oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck is dat ook niet van toepassing. Andere disciplines en zorgverzekeraars spelen geen rol van betekenis. Vooralsnog kan geconcludeerd worden dat de motivatie om met intercollegiale toetsing door te gaan vooral ontleend wordt aan collega's, begeleiders en afdelingshoofden. In hoeverre het instellingsmanagement en verzekeraars in de toekomst intercollegiale toetsing zullen stimuleren zal de tijd moeten leren.

In de enquête is tenslotte aan de begeleiders gevraagd of men plannen heeft om de afgeronde toetsingsonderwerpen in de toekomst regelmatig te herevalueren. Zoals bekend, bestaat de laatste stap in de toetsingscyclus uit een periodieke herevaluatie om te toetsen of nog volgens de vastgestelde criteria wordt gewerkt (in het kader van continue kwaliteitsbewaking), en om te zien of de criteria aanscherping behoeven (in het kader van continue kwaliteitsverbetering).

Uit de resultaten blijkt dat 64% van alle begeleiders een hertoetsing gepland hebben. Uitgesplitst naar de beroepsgroepen is dat bij de ergotherapeuten 78%, radiotherapeutisch laboranten 69%, oefentherapeuten Cesar 60%, diëtisten 60%, oefentherapeuten Mensendieck 56% en mondhygiënisten 43%. In zijn totaliteit heeft ongeveer eenderde (nog) geen plannen heeft om de getoetste onderwerpen te hertoetsen. Een verklaring kan zijn dat een aantal toetsingsgroepen nog bezig is met de afronding van de eerste toetsingscyclus.

13.3 Conclusies

De ruime meerderheid van de respondenten is van plan om toetsing te continueren. Begeleiders zijn daar wat stelliger in dan de deelnemers. Tussen de beroepsgroepen bestaan verschillen in de zekerheid waarmee men zegt door te gaan met toetsing: mondhygiënisten zijn daarin het meest stellig, oefentherapeuten zijn daarin het minst stellig.

Intercollegiale toetsing lijkt op dit moment nog vooral een interne aangelegenheid van de paramedische beroepsbeoefenaren zelf te zijn. Bij degenen die in dienstverband zijn spelen ook de afdelingshoofden een stimulerende rol. Er worden weinig directe stimulansen vanuit het management gemeld, met uitzondering van de radiotherapeutisch laboranten.

Externe partijen spelen geen rol van betekenis in het stimuleren van intercollegiale toetsing. In hoeverre verzekeraars in de toekomst intercollegiale toetsing als kwaliteits-eis in de contracten zullen opnemen is vooralsnog onbekend.

14 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit rapport beschrijft de tweede tussentijdse evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. In dit laatste hoofdstuk geven we een beschouwing op de resultaten aan de hand van de drie vragen die bij deze evaluatie centraal stonden, namelijk:

1. Wat is de voortgang van het kwaliteitsbeleid vergeleken met eind 1995.
2. Wat is de bijdrage van het ondersteuningsprogramma?
3. Wat zijn de gepercipieerde effecten van zes toetsingsprojecten?

Deze beschouwing blijft beperkt tot hoofdlijnen; voor de details wordt verwezen naar de conclusies bij elk hoofdstuk. Voor de goede orde herinneren we eraan dat de in dit rapport gepresenteerde resultaten gebaseerd zijn op de percepties van de betrokken partijen; er zijn geen objectieve metingen verricht.

De voortgang van het kwaliteitsbeleid.

De resultaten laten zien dat bijna alle paramedische beroepsverenigingen vergeleken met begin 1995 op veel gebieden vooruitgang hebben geboekt met de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Bij de meerderheid is het kwaliteitsbeleid al dan niet in conceptvorm gereed. De verwachting is dat alle verenigingen eind 1996 zullen beschikken over een vastgesteld kwaliteitsbeleid en de uitwerking daarvan in kwaliteitswerkplannen. De vorig jaar gesignaleerde problemen dat de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid achterbleef, omdat dit als een complexe aangelegenheid werd ervaren zijn daarmee ten dele opgelost, ten dele omdat het veel verenigingen nog niet is gelukt het kwaliteitsbeleid te integreren in het strategisch beleid van de beroepsvereniging. Enkele geïnterviewden merken op dat toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg te onvoorspelbaar en te complex zijn om in een strategisch beleid op te anticiperen. Denk aan de politieke tendens tot bezuinigingen, aan de tendens bij verzekeraars richting produkt- of zorgcontracten, aan de maatschappelijke vraag naar effectiviteit en science based medicine, aan de tendens in de kwaliteitsontwikkelingen richting patiëntgerichte samenhangende zorgprocessen enzovoorts. Ondanks deze complexiteit lijkt het van belang dat beroepsverenigingen pogingen blijven doen om de volgende vraag te beantwoorden 'welke betekenis heeft het kwaliteitsbeleid voor de positie die het beroep de komende jaren in wil nemen?' Het antwoord op deze vraag vormt een legitimatie van het kwaliteitsbeleid naar de leden van de beroepsgroep omdat dan de functie van de kwaliteitsactiviteiten zichtbaar wordt. Het kwaliteitsbeleid is geen doel op zich.

Ook op vele andere gebieden is door de verenigingen vooruitgang geboekt, meer dan wij, en ook sommige verenigingen zelf, in één jaar tijd hadden verwacht. Bijna alle verenigingen beschikken inmiddels over een methode voor intercollegiale toetsing van de kwaliteit, bij de meerderheid is de klachtenopvang geregeld, er worden pogingen ondernomen om de kwaliteit van bij- en nascholing te verbeteren, enkele informatie- en classificatiesystemen zijn gereed gekomen en een aantal verenigingen hebben het afgelopen jaar een begin gemaakt met het ontwikkelen van richtlijnen of protocollen enzovoorts. Het lijkt erop dat de ontwikkelingen het afgelopen jaar in een stroomversnelling zijn geraakt, zoals ook vanuit enkele verenigingen wordt gesignaleerd. Het feit

dat zoveel activiteiten in gang zijn gezet maakt tegelijkertijd ook zichtbaar dat nog een lange weg te gaan is voordat alle plannen zijn gerealiseerd. Lange-termijn-planningen zijn daarbij nodig om niet ontmoedigd te raken.

Uit de overzichten in dit rapport blijkt dat bijna elke vereniging op vele fronten tegelijk bezig is met het ontwikkelen van kwaliteitszorg (informatiesystemen, normering, toetsing enzovoorts). Dit heeft nadelen maar ook voordelen. Het nadeel is dat de beperkte menskracht in de vereniging verdeeld moet worden over veel activiteiten en projecten waardoor de betreffende personen en (kwaliteits)commissies zwaar worden belast. In verband hiermee heeft in ieder geval één kwaliteitscommissie besloten uitsluitend coördinerende taken te vervullen en het uitvoerend werk te delegeren aan werkgroepen die een - ook in de tijd - afgebakende opdracht krijgen met een concreet einddoel. Hierdoor worden meer leden ingeschakeld en dus ook meer bij de kwaliteitsactiviteiten betrokken. Het werken op vele fronten tegelijk heeft in ieder geval op termijn een meerwaarde, mits er wordt gezorgd voor samenhang in de activiteiten. Toekomstige (maar ook huidige) informatie en registratie-systemen kunnen worden benut bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen. Datzelfde geldt voor de normen en criteria die door een toenemend aantal toetsingsgroepen ontwikkeld worden, ook deze kunnen de basis vormen voor te ontwikkelen protocollen of richtlijnen. Andersom zullen vormen van toetsing vergemakkelijkt worden zodra meer producten van andere toetsingsgroepen beschikbaar zijn en zodra een verzameling van richtlijnen of standaarden gebruikt kan worden. Het verdient daarom aanbeveling om de samenhang tussen alle activiteiten zo goed mogelijk in de gaten te houden om de meerwaarde die dat op kan leveren optimaal te benutten.

De bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Binnen het ondersteuningsprogramma is en wordt een indrukwekkend scala aan activiteiten verricht, zoals dit rapport heeft laten zien. Naast de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid liggen twee zwaartepunten in het programma op de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen en op de ontwikkeling van vormen van toetsing. De diverse projecten verlopen voorspoedig en volgens de meerderheid naar wens. In zijn algemeenheid zijn de beroepsverenigingen zeer blij met de ondersteuning zowel wat betreft de inbreng van menskracht als deskundigheid en geven aan dat deze niet gemist kan worden. De ondersteuning door de consultants blijkt door de meerderheid van de beroepsverenigingen - na een aanvankelijke aanlooperperiode - goed te worden benut en volgens de consultants zelf wordt nu samen met de beroepsvereniging efficiënt gewerkt.

Op twee gebieden worden door enkele verenigingen bijstellingen wenselijk geacht, de werkconferenties en de programmatische aanpak. De werkconferenties en studiedagen, die voor de beroepsgroepen gezamenlijk gehouden zijn, waren bedoeld als eerste kennismaking met alle aspecten die bij kwaliteitszorg van belang zijn. Deze 'kennismakingsfase' lijkt nu gepasseerd - althans voor de besturen en commissies die de werkconferenties hebben bijgewoond - en zij hebben dan ook behoefte aan (kennis over) de concrete uitwerking en toepassing van de verschillende kwaliteitsinstrumenten. Anderzijds wordt - evenals vorig jaar - gesignaleerd dat de in werkconferenties opgedane kennis niet bij het kader en de leden terecht komt, zodat een aantal verenigingen pleit voor beroepsspecifieke werkconferenties voor kader en leden van de beroepsgroep. Dit laatste staat op gespannen voet met de oorspronkelijke opzet van de werkconferenties waarbij onderlinge uitwisseling tussen de beroepsgroepen als een

belangrijk doel werd en wordt gezien door het CBO. Het lijkt erop dat in onderling overleg naar een nieuwe formule voor de werkconferenties gezocht moet worden. Wij bevelen aan om de oorspronkelijke doelstelling - samenwerking en onderlinge uitwisseling van ervaringen - daarbij niet uit het oog te verliezen.

Over de programmatische aanpak worden zowel positieve alsook kritische geluiden gehoord. Enerzijds stelt men dat de gezamenlijke aanpak stimulerend werkt en dat men veel van de onderlinge samenwerking en uitwisseling van ervaringen heeft geleerd. Anderzijds vinden enkele beroepsverenigingen meer differentiatie in de programmatische aanpak gewenst omdat niet iedere beroepsgroep met dezelfde ontwikkelingen bezig is en er verschillen in tempo zijn. Deze argumenten lijken plausibel, echter meer differentiatie lijkt naar onze mening nauwelijks realiseerbaar. Het huidige programma bestaat voor het overgrote deel uit specifiek op elke beroepsgroep toegesneden projecten (richtlijnen, standaarden, protocollen, diverse vormen van toetsing, visitatie, diagnosecode, beroepsspecifieke consulentschappen, enzovoorts) zodat meer differentiatie misschien alleen van toepassing lijkt op de hiervoor genoemde werkconferenties. Omdat op dit moment de wensen ten aanzien van meer differentiatie - voor de onderzoekers althans - niet goed worden begrepen, raden we de betrokken partijen aan wensen en standpunten te verduidelijken.

Als bijstelling in een toekomstig programma wordt door het CBO gepleit voor enige structurele ruimte voor innovaties, innovaties die het belang van één beroepsgroep overstijgen maar voor meerdere paramedische beroepsgroepen van belang zijn. Bij drie beroepsgroepen blijkt in de intramurale werksetting bijvoorbeeld behoefte te ontstaan aan vormen van multidisciplinaire toetsing, dat wil zeggen toetsing van zorgprocessen waarin ook de paramedicus een aandeel heeft. Dergelijke nieuwe vormen van toetsing zullen ontwikkeld moeten worden en zijn voor de paramedicus van belang om zich een (stevige) plaats in deze vormen van multidisciplinaire toetsing te verwerven. Om deze en mogelijk andere nieuwe ontwikkelingen (diseasemanagement, ketenkwaliteit) het hoofd te bieden is volgens het CBO innovatie vereist. Het NPI pleit voor een meer gelijkwaardige positie in een nieuw programma.

Unaniem zijn alle beroepsverenigingen van mening dat ook toekomstige en liefst structurele ondersteuning nodig is bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid, de implementatie van alle ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten en de verdere ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, standaarden en protocollen. In het huidige ondersteuningsprogramma staat vooral de ontwikkeling van instrumenten centraal, dit werpt pas vruchten af indien deze fase wordt gevolgd door implementatie en borging, zo wordt gesteld.

De evaluatie van zes toetsingsprojecten

In dit rapport zijn voorlopige cijfers gepresenteerd over zes toetsingsprojecten die binnen het ondersteuningsprogramma zijn afgerond. Het zijn voorlopige cijfers omdat de respons op de reminders nog niet is verwerkt en omdat op dit moment in vervolgtrajekten nog met bijgestelde en nieuwe varianten van toetsing wordt geëxperimenteerd. In zijn algemeenheid zijn de begeleiders van de toetsingsgroepen tevreden over de scholing die door het CBO wordt verzorgd; het scholingsprogramma wordt als 'goed'

gewaardeerd. We gaan kort in op de gepercipieerde effecten en de ervaren voor- en nadelen van toetsing.

De algemene conclusie is dat de deelnemers aan en begeleiders van de toetsingsgroepen veel effecten van toetsing rapporteren. Door de meerderheid wordt gesteld dat toetsing leidt tot meer uniformiteit ten aanzien van de getoetste onderwerpen en tot concrete verbeteringen. Daarmee lijkt een van de doelstellingen van toetsing, het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren te worden gerealiseerd. Toetsing blijkt ook een attitudeverandering teweeg te brengen, men krijgt een kritischer houding tegenover het eigen handelen. Deze attitudeverandering overstijgt het getoetste onderwerp en geldt volgens de respondenten voor het totale paramedisch handelen. Ongeveer de helft van de respondenten meldt dat men methodischer en gestructureerder is gaan werken en door een kwart wordt gezegd dat ook de communicatie en samenwerking is verbeterd.

Interessant zijn de verschillen tussen de beroepsgroepen in het soort effecten dat wordt gerapporteerd. Ergotherapeuten, diëtisten en oefentherapeuten Mensendieck maken vooral melding van effecten ten aanzien van de getoetste onderwerpen terwijl mondhygiënist en oefentherapeut Cesar juist meer algemene (uitstralingseffecten) rapporteren. Radiotherapeutisch laboranten melden de meest 'tastbare' effecten, namelijk concrete verbeteringen, minder fouten en tijdswinst. In zijn algemeenheid blijkt toetsing bij de andere beroepen geen tijdswinst op te leveren. We hebben in het huidige onderzoek nog geen verklaring voor deze verschillen in effecten tussen beroepsgroepen kunnen vinden. Het verschijnsel lijkt echter belangrijk genoeg om nader uit te diepen.

De helft van de respondenten vindt dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren signaleren significant meer nadelen dan degenen die in dienstverband werkzaam zijn. De tijdsinvestering (gemiddeld vier uur per maand) en het feit dat de gehele cyclus (te) lang duurt (gemiddeld een jaar) worden als belangrijkste nadelen genoemd. Door een aantal respondenten wordt dan ook gepleit voor een vereenvoudigde en verkorte toetsingsmethode. Door het CBO wordt hiermee geëxperimenteerd. Er zijn verschillen tussen de beroepsgroepen in de mate waarin nadelen van toetsing worden ervaren, verschillen die niet verklaard worden door de werksetting of door de hoeveelheid vrije tijd die men in toetsing investeert. Vooralsnog zijn in het onderzoek geen verklaringen voor deze verschillen gevonden. We zullen proberen om hier bij de evaluaties van de nu nog lopende toetsingsprojecten extra aandacht aan te besteden.

De meerderheid van de respondenten is van plan om toetsing te continueren. De beroepsgroepen verschillen in de stelligheid waarmee met dit van plan is. De verdere verspreiding en implementatie van toetsing zal nog veel inspanning vergen: hoewel door het CBO ruim 700 paramedici (deelnemers en begeleiders) zijn begeleid, is dit nog maar een klein deel van elke beroepsgroep. In verband hiermee lijkt het van groot belang dat vanaf heden in alle paramedische opleidingen kwaliteitszorg en toetsing wordt ingebouwd, zodat degenen die jaarlijks nieuw in de beroepsgroep instromen, geen aanvullende scholing meer behoeven. De implementatie kan dan althans voor een deel via de reguliere opleidingen verlopen.

LITERATUUR

Bik M. Project 'Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie'. Eindrapportage. Utrecht, CBO, 1994.

Evers A. Project 'Protocollen en Intercollegiale Toetsing in de Diëtetiek'. Eindrapport. Utrecht, CBO, 1995.

CBO. Tussentijds verslag van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische zorg (OKPZ). Periode januari 1994 tot en met december 1995. Utrecht, CBO, 1996

Driessen MJ, Sluijs EM, Dekker J. Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Eerste interimrapport. Utrecht, NIVEL, 1995.

Sluijs EM, Dekker J. Evaluatie van twee toetsingsprojecten binnen het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Utrecht, NIVEL, 1996.

VRAGENLIJST VOOR BEGELEIDERS

PROJECT

KWALITEITSTOETSING RADIOTHERAPEUTISCH LABORANTEN

Toelichting:

Wilt u een kruisje zetten bij het antwoord dat u kiest.
Er bestaan geen goede of foute antwoorden.
Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u de lijst in de antwoordenvolop terugsturen. Een postzegel is niet nodig.

Hartelijk bedankt.

Emmy Sluijs.

1. Het project kwaliteitstoetsing Radiotherapeutisch Laboranten was bedoeld om kwaliteitstoetsing via een gestructureerde methode aan te pakken in projectgroepen.

Heeft u voldoende geleerd hoe deze gestructureerde methode werkt?

- voldoende
- onvoldoende

2. Bent u van mening dat u als projectgroep in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO) alle stappen van de methode te doorlopen?

- ja (ga door naar vraag 4)
- waarschijnlijk wel
- waarschijnlijk niet
- nee

3. Wilt u aankruisen bij welk van de volgende toetsings-stappen u nog ondersteuning van het CBO nodig denkt te hebben (meerdere antwoorden mogelijk)?

- onderwerpskeuze
- analyse van een onderwerp
- formuleren van criteria
- verzamelen van gegevens
- evaluatie of toetsing van de gegevens
- doorvoeren van veranderingen
- anders, namelijk

4. Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per maand aan Kwaliteitstoetsing? (voorbereiden, vergaderen, uitwerken; reistijd niet meerekenen)

..... uur per maand

Kunt u dit specificeren:

..... uur per maand in vrije tijd (c.q. voor eigen rekening)

..... uur per maand in tijd van de baas

5. Waar en hoe bent u werkzaam?

- ziekenhuis of radiotherapeutisch instituut

6. Hieronder staat een rijtje met mogelijke effecten van de projectgroepen. Wat zijn voor u de belangrijkste effecten die opgetreden zijn. Wilt u hierbij aangeven of deze effecten alleen gelden voor het getoetste onderwerp of dat deze effecten gelden voor het dagelijks handelen (meerdere antwoorden mogelijk).

	ALLEEN GETOETSTE ONDERWERP	HET DAGELIJKS HANDELEN
<input type="checkbox"/> Geleerd van elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meer zicht op elkaars werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meer inzicht in eigen handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Er zijn concrete verbeteringen aangebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tijdwinst geboekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meer uniformiteit in het handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gestructureerder / methodischer werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kritischer / bewuster opstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Samenwerking / communicatie is verbeterd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Effectiever vergaderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Minder fouten/voorkómen van fouten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
7. Heeft de kwaliteitstoetsing geleid tot een concrete verandering in uw eigen handelen?
- nee
 - enigszins
 - jazerker
-

8. Zijn er naar uw mening nadelen aan de kwaliteitstoetsing verbonden?
- nee (ga door naar vraag 8b)
 - ja, namelijk

- 8^a. Zo ja, wat zijn voor u de belangrijkste nadelen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- tijdsinvestering
 - de gehele cyclus duurt lang (doorlooptijd)
 - kwaliteitstoetsing is bedreigend (beoordelende aspecten)
 - de methode is te complex
 - consensus bereiken is moeilijk
 - het (moeten) veranderen van eigen werkwijze
 - zich (moeten) aanpassen aan anderen
 - van collega's valt weinig te leren
 - anders, namelijk

- 8^b. Ik verwacht dat een tweede cyclus (een tweede verbeterproject)
- meer tijd zal kosten
 - evenveel tijd zal kosten
 - minder tijd zal kosten
-

9. Wat vindt u van de verhouding tussen de voor- en nadelen van kwaliteitstoetsing?
- meer voordelen dan nadelen
 - evenveel voordelen als nadelen
 - meer nadelen dan voordelen
-

10. Bent uzelf van plan om met kwaliteitstoetsing door te gaan?
- nee
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - jazerker wel

Toelichting: omdat

.....

.....

.....

11. Zou u andere radiotherapeutisch laboranten aanraden om ook aan kwaliteitstoetsing te gaan deelnemen?
- ja
 - nee

Toelichting: omdat

.....

.....

.....

-
12. Wordt u door iemand gestimuleerd om met kwaliteitstoetsing door te gaan (meerdere antwoorden mogelijk)?
- niemand
 - collega('s)
 - begeleider van de projectgroep
 - hoofd van de afdeling
 - management van de instelling
 - andere disciplines (radiotherapeut, oncoloog enz.)
 - verzekeraars / financiers
 - anders, namelijk
-

13. Hoe staat de afdeling tegenover deze kwaliteitstoetsing?
- neutraal
 - positief
 - zeer positief
 - anders, namelijk
-

14. Bestaat de projectgroep uit personen die allemaal dezelfde taken uitvoeren of uit personen met verschillende taken?
- dezelfde taken
 - verschillende taken
-

15. Uit hoeveel personen bestaat de projectgroep inclusief de begeleiders?
- personen
-

16. Hoeveel begeleiders zijn er in deze groep opgeleid?
- begeleider(s)
-

17. Kunt u aangeven hoe tevreden u bent over een aantal onderdelen van het scholingsprogramma dat is verzorgd door het CBO. U kunt een rapportcijfer geven tussen 1 (zeer slecht) en 10 (uitmuntend).

CIJFER

De inhoud van de scholingsdagen
Verstreckte materiaal (cursusboek en/of werkboek en/of handleiding)
Telefonische vraagbaak (indien gebruikt)
Overall waardering van gehele programma

18. Wat is uw mening over het aantal scholingsdagen dat u heeft gehad?
- teveel dagen
 - precies genoeg dagen
 - te weinig dagen
-

19. Bent u van mening dat u in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO) een projectgroep te begeleiden?
- ja (ga door naar vraag 21)
 - waarschijnlijk wel
 - waarschijnlijk niet
 - nee
-

20. Op welk gebied heeft u nog ondersteuning van het CBO nodig?

- geen
- het toepassen van de (stappen in) de methode
- het begeleiden van de groep
- het motiveren van de groep
- het toepassen van vergadertechnieken
- anders, namelijk

21. Wilt u hieronder in trefwoorden aangeven welke getoetste onderwerpen inmiddels afgerond zijn?

- 1.
- 2.
- 3.

22. Heeft u concrete plannen om afgeronde onderwerpen in de toekomst regelmatig te herevalueren?

- ja
- nee

23. Wilt u hieronder aangeven aan welke onderwerpen u op dit moment werkt?

- 1.
- 2.

24. Begeleidt u of een ander groepslid inmiddels ook een nieuwe andere projectgroep?

- nee
- ja

25. Heeft u nog suggesties voor het CBO om het scholings- en invoeringsprogramma te verbeteren?

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst!

