

KWALITEITSBEVORDERING PARAMEDISCHE ZORG: EVALUATIE CLASSIFICATIE- EN CODERINGSPROJECTEN

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

Utrecht, maart 2000

**NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700 - Fax: 030 - 2729729**

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

Programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg (BKPZ). Evaluatie van classificatie- en coderingsprojecten.

Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Met lit.opg.

ISBN: 90-6905-450-7

Trefw.: kwaliteit, programma-evaluatie, classificaties, paramedici

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

VOORWOORD

Dit rapport bevat de evaluatie van drie projecten in het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ): de projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld voor diëtisten, mondhygiënisten en oefentherapeuten-Mensendieck.

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

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

- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten-Cesar
- Oefentherapeuten-Mensendieck
- Orthoptisten
- Podothérapeuten
- Radiologisch laboranten

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

Het evaluatie-onderzoek van dit programma wordt uitgevoerd door het NIVEL. Medio 2000 zal het eindrapport van het onderzoek verschijnen.

Dit rapport beschrijft het verloop van de classificatie- en coderingsprojecten, de producten die zijn opgeleverd en de mate waarin de doelen van deze projecten zijn gerealiseerd. Tevens wordt ingegaan op de toekomstige implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Het laatste hoofdstuk is een zelfstandig leesbare samenvatting van dit rapport. In dit hoofdstuk worden de stappen die nog moeten worden gezet voor implementatie een feit is schematisch weergegeven.

Wij zijn alle betrokken paramedici en medewerkers van het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden.

Utrecht, 27-3-2000

INHOUD

pag.

1.	HET BKPZ-PROGRAMMA	7
1.1	Inleiding	7
1.2	Het BKPZ-programma	8
1.3	De evaluatie van het BKPZ-programma	9
1.4	Classificatie- en coderingsprojecten	10
1.5	Methode van de evaluatie	11
2	DE ONTWIKKELING VAN CLASSIFICATIES EN CODERINGEN	13
2.1	Classificaties	13
2.2	De ontwikkeling van classificaties en een aanvullende codering	15
2.3	Eindproducten	17
2.4	Streefdoelen	21
2.5	Conclusie	22
3	IMPLEMENTATIE VAN CLASSIFICATIES EN CODERINGEN	23
3.1	Implementatie van de eindproducten	23
3.2	Mening werkgroepleden	23
3.3	Draagvlak voor classificaties en coderingen	25
3.4	Conclusie	26
4	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Verloop van de projecten en streefdoelen	30
4.3	Implementatie	31
4.4	Classificaties, coderingen en kwaliteit van zorg	33
4.5	Tot slot	34
	LITERATUUR	35
	BIJLAGEN	37
	Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma	39
	Bijlage 2: Vragenlijst werkgroepleden en geïnterviewden	43
	Bijlage 3: Interviewchecklist projectleider en geïnterviewden	53
	Bijlage 4: Beroepspecifieke diagnosecodering voor oefentherapeuten-Cesar	55
	Bijlage 5: Activiteiten voor de ontwikkeling van classificaties en coderingen	57
	Bijlage 6: Inhoudsopgaven eindproducten classificatie- en coderingsprojecten	59
	Bijlage 7: Voorbeelden van classificaties en coderingslijsten	71

1 HET BKPZ-PROGRAMMA

Het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) is een programma waarin door tien paramedische beroepsgroepen kwaliteitsprojecten worden uitgevoerd. Deze projecten worden door het NIVEL geëvalueerd. In dit rapport worden drie van de kwaliteitsprojecten uit het BKPZ-programma geëvalueerd: de projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld voor diëtisten, mondhygiënisten en oefentherapeuten-Mensendieck.

In de inleiding van dit hoofdstuk worden de motieven voor het uitvoeren van kwaliteitsactiviteiten door paramedici beschreven. In paragraaf 1.2 wordt ingegaan op de opzet en inhoud van het BKPZ-programma. In paragraaf 1.3 wordt de opzet van de evaluatie van het gehele BKPZ-programma omschreven. In paragraaf 1.4 worden de drie projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld kort omschreven, en worden de vraagstellingen gepresenteerd die het uitgangspunt vormen voor de evaluatie. In de laatste paragraaf tenslotte wordt de methode voor de evaluatie van deze drie projecten beschreven.

1.1 Inleiding

Om de kwaliteit van het handelen van paramedici te verbeteren kunnen tal van activiteiten ondernomen worden, zoals na- en bijscholing, ontwikkelen van richtlijnen en standaarden, het goed registreren van de eigen behandeling, deelnemen aan intercollegiale toetsing, visitatie en het beschikbaar hebben van een klachtenprocedure. Deze activiteiten kunnen samengevat worden onder de term 'kwaliteitsbeleid' (Dekker, 1997). De tien paramedische beroepen zijn sinds 1993 gezamenlijk actief in het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitsinstrumenten die voor dit kwaliteitsbeleid noodzakelijk zijn.

Aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen ligt een aantal belangrijke motieven ten grondslag. De wens tot verdere professionalisering is een belangrijke drijfveer (Timmermans e.a., 1994; Driessen e.a., 1995). Elementen van professionalisering zijn het afbakenen van het eigen vakgebied, het evalueren van de verleende zorg, en het streven naar wetenschappelijke onderbouwing van de zorg.

Het afbakenen van het eigen vakgebied door het specificeren van de te verlenen zorg maakt het professionele zorgproduct zichtbaar. Door de specifieke deskundigheid van een beroepsgroep duidelijk te maken, bijvoorbeeld door middel van een beroepsprofiel en door richtlijnontwikkeling, wordt de eenheid van taal en handelen bevorderd. Het toetsen en evalueren van de verleende zorg biedt de mogelijkheid tot reflectie op het eigen handelen: indien nodig kan de zorgverlening worden bijgesteld en kan nascholing worden gevolgd. Door toetsingsstudies en zorginhoudelijke registratie wordt de kennis over de professionele zorgverlening groter; hierdoor kan ook de wetenschappelijke onderbouwing van die zorg worden verbreed.

Naast deze intrinsieke motivatie tot kwaliteitsverbetering is de wetgeving van de overheid een belangrijke stimulans voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid (Timmermans e.a., 1994). In deze wetgeving staat de zelfregulering in de gezondheidszorg binnen wettelijke kaders centraal. Aanbieders van zorg worden zelf verantwoordelijk gesteld voor het regelen van de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering binnen de beroepsgroep c.q. instelling. Anders gezegd hebben zorgaanbieders de verplichting om de kwaliteit van de door hen

verleende zorg zichtbaar en toetsbaar te maken. Eerder was op de Leidschendam-conferenties afgesproken dat de aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen ontwikkelen en invoeren. Deze afspraak is bekrachtigd in de wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen waar aanbieders van zorg verantwoordelijk worden gesteld voor een "systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg" (Ministerie van VWS, 1992, 1994).

Met het introduceren van het kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg ontstaat een cultuur van klantgerichtheid en samenwerken. Door niet alleen de patiënt, maar ook verwijzers, verzekeraars en elkaar als klant te zien ontstaat een streven naar het verlenen van 'zorg op maat' over de grenzen van disciplines heen. Waarmee het werken aan kwaliteit niet alleen goede zorg garandeert, maar ook een doel heeft dat het belang van alle partijen dient (Timmermans e.a., 1994).

1.2 Het BKPZ-programma

De kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepen zijn in een versneld tempo tot ontwikkeling gekomen dankzij subsidies van het Ministerie van VWS en van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad). Deze subsidies maakten het mogelijk twee omvangrijke kwaliteitsprogramma's uit te voeren. Het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ) werd uitgevoerd in de periode 1994-1996¹. Het tweede (vervolg) programma getiteld 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg', kortweg BKPZ-programma - dat centraal staat in dit rapport - is medio 1997 gestart en wordt medio 2000 afgerond.

De beroepsgroepen waren vrij in het kiezen van kwaliteitsinstrumenten of activiteiten die zij binnen dit programma wilden ontwikkelen. Afhankelijk van kwaliteitsinstrumenten die al beschikbaar waren en het kwaliteitsbeleid van de afzonderlijke beroepsgroepen zijn daarom verschillende keuzes gemaakt ten aanzien van in het BKPZ-programma uit te voeren projecten. Bij de aanvang van het BKPZ-programma waren concrete plannen voor 56 kwaliteitsprojecten ontwikkeld. Deze projecten zijn globaal gericht op 8 verschillende thema's:

- classificaties en coderingen;
- verslaglegging patiëntenzorg;
- actualisering beroepsprofielen;
- criteria vanuit patiëntperspectief;
- richtlijnen, standaarden en protocollen;
- implementatie van kwaliteitstoetsing;
- visitatie;
- accreditatie van bij- en nascholing.

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen waarin per thema staat aangegeven welke beroepsgroep een project uitvoert binnen dat thema. Ook wordt er een korte beschrijving gegeven van de inhoud van de thema's.

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

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

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

Aansturing van het BKPZ-programma vindt - evenals het vorige programma - plaats door een breed samengestelde stuurgroep waarin onder andere alle paramedische beroepen participeren. De stuurgroep brengt (zwaarwegende) adviezen uit over de invulling van het programma en de besteding van de gelden.

1.3 De evaluatie van het BKPZ-programma

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

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

- nulmeting;
- tussentijdse evaluatie;
- evaluatie van de projecten;
- eindmeting.

Nulmeting

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

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

Tussentijdse evaluatie

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

Evaluatie van de projecten

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

Om een overzichtelijke evaluatie en rapportage over de 56 projecten mogelijk te maken worden de evaluaties per thema gepresenteerd. Dit zal resulteren in acht evaluatie-rapporten over de acht verschillende thema's². Het huidige rapport bevat de evaluatie van de projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld door drie beroepsgroepen.

Eindmeting

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

1.4 De classificatie- en coderingsprojecten

In dit rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van drie van de projecten in het BKPZ-programma, namelijk de projecten met betrekking tot de ontwikkeling van classificaties en coderingen. Deze projecten zijn gestart in 1997 en afgerond in 1999.

Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn ontwerpclassificaties en ontwerpcodelijsten ontwikkeld; voor oefentherapeuten-Mensendieck is een aanvullende codering ontwikkeld voor het vastleggen van de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, in aanvulling op de verwijzingsdiagnose. De projecten zijn uitgevoerd in opdracht van de beroepsverenigingen van de diëtisten (NVD), mondhygiënisten (NVM) en oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM). De projecten zijn uitgevoerd door werkgroepen die zijn ingesteld door de drie beroepsverenigingen, en zijn begeleid door een projectleider en projectmedewerkers van het Nederlands Paramedisch Instituut. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de totstandkoming en samenstelling van de werkgroepen.

In 1997 hebben de oefentherapeuten-Cesar een project afgerond waarin een aanvullende codering is ontwikkeld voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Cesar. Een deel van dit project is gefinancierd vanuit het BKPZ-programma. Aangezien het project echter al was afgerond bij de aanvang van het BKPZ-programma wordt dit project niet op de gebruikelijke manier geëvalueerd. Een beschrijving van dit project staat in bijlage 4.

De vraagstelling van de evaluatie van de classificatie-en coderingsprojecten is driedig:

1. *Zijn de projecten volgens plan verlopen?*
2. *Zijn de streefdoelen van de projecten behaald?*
3. *Welke stappen moeten nog worden gezet voor implementatie van de producten in de praktijk?*

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

1.5 Methode van de evaluatie

De evaluatie is uitgevoerd door middel van interviews met werkgroepleden en projectleiders en documentanalyse van de eindproducten.

Het doel van de interviews is het verkrijgen van een antwoord op vraagstellingen 1 en 3. De streefdoelen worden eveneens ter sprake gebracht. De interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers uit iedere werkgroep (3 interviews) en met de gemeenschappelijke projectleider van het NPi voor alle projecten (1 interview). Bij dit laatste interview was tevens een projectmedewerker van het NPi aanwezig. In de interviews stonden de volgende onderwerpen centraal:

Projectplanning: Zijn de projecten uitgevoerd conform de opgestelde projectplannen. En zo niet, welke bijstellingen hebben plaatsgevonden en waarom? (ter beantwoording van vraagstelling 1)

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

Verloop van de projecten: Hoe is de uitvoering van de projecten verlopen volgens de visie van de paramedici en de projectleiders van het NPi. Welke mee- en tegenvallers hebben zich bij de uitvoering van de projecten voorgedaan? (indien een project niet volgens plan is verlopen, of indien streefdoelen niet gehaald zijn, kunnen antwoorden op deze vragen hiervoor een verklaring geven)

Implementatie en draagvlak: Welke activiteiten zijn uitgevoerd in het kader van de (voorbereiding van) de implementatie van de eindproducten. Wat is er gedaan om een draagvlak voor de eindproducten te creëren? (ter beantwoording van vraagstelling 3)

Voor de interviews met werkgroepleden is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 2); deze vragenlijst diende te worden ingevuld voorafgaand aan het interview. Voor het interview met de projectleider is een interviewchecklist opgesteld (zie bijlage 3)³. Tijdens de interviews is nader op de onderwerpen van de vragenlijsten en de checklist ingegaan. De projecten voor diëtisten en mondhygiënisten waren afgerond ten tijde van het interview, het project van de oefentherapeuten-Mensendieck verkeerde in een vergevorderd stadium⁴.

Over de projectplanning en het verloop van de projecten is verslag gedaan in de voortgangsrapportage (Hofhuis e.a., 1999). De resultaten daarvan zullen in dit rapport worden samengevat. Over de overige onderwerpen van de interviews, het realiseren van de streefdoelen en de implementatie van de producten zal in dit rapport uitgebreid worden gerapporteerd.

Het doel van de documentanalyse is het verkrijgen van een antwoord op vraagstelling 2. De documentanalyse is uitgevoerd aan de hand van een checklist: nagegaan is of de streefdoelen van de drie projecten ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Daarnaast is aandacht besteed aan de implementeerbaarheid van de ontwikkelde producten. Nagegaan is in hoeverre

3 Deze vragenlijsten worden ook gebruikt bij de evaluaties van de andere thema's in het BKPZ-programma.

4 Aangezien in de interviews vooral het proces van de projectuitvoering centraal staat, is het feit of een project al dan niet afgerond is op het moment van het interview niet van wezenlijk belang.

in de implementatieplannen rekening is gehouden met de verwachte implementatieknelpunten die naar voren zijn gekomen in het OKPZ-programma.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op het verloop van de projecten aan de hand van de resultaten van de interviews en worden de eindproducten beschreven (documentanalyse). Daarbij zal antwoord worden gegeven op de vraag of de projecten volgens plan zijn verlopen, en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van het doel van het gebruiken van classificaties en coderingen. In hoofdstuk 3 staat de implementeerbaarheid van de eindproducten centraal en het draagvlak binnen de beroepsgroep. Dit zal worden uitgewerkt aan de hand van uitspraken van de geïnterviewden en passages in de desbetreffende eindproducten. Hoofdstuk 4 betreft een zelfstandig leesbare samenvatting. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relatie tussen de uitgevoerde kwaliteitsactiviteiten en de kwaliteit van zorg.

2 DE ONTWIKKELING VAN CLASSIFICATIES EN CODERINGEN

In het kader van het BKPZ-programma zijn door diëtisten en mondhygiënisten ontwerp-classificaties en ontwerpcodelijsten ontwikkeld, en is een aanvullende codering ontwikkeld voor de bevindingen voor de oefentherapeuten-Mensendieck, in aanvulling op de verwijfsdiagnose.

In dit hoofdstuk wordt eerst in grote lijnen uiteen gezet wat classificaties en coderingen inhouden en met welk doel ze worden gebruikt (paragraaf 2.1). In paragraaf 2.2 zal antwoord gegeven worden op de eerste vraagstelling: zijn de projecten volgens plan verlopen. In paragraaf 2.3 worden de eindproducten van de projecten beschreven. In paragraaf 2.4 wordt antwoord gegeven op de tweede vraagstelling: zijn de streefdoelen van de projecten gerealiseerd.

2.1 Classificaties

Definitie en gebruik van classificaties

Een classificatie is een stelsel van begrippen verbonden door generieke relaties (WCC, 1989). Het gebruik van classificaties zorgt voor eenheid van terminologie en taal: eenzelfde term wordt altijd gebruikt om een bepaald begrip te omschrijven, en een bepaalde term wordt ook altijd voor hetzelfde begrip gebruikt.

Het ontwikkelen en gebruiken van classificaties is een belangrijke activiteit in het kader van de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid. Een eenduidig begrippenapparaat is belangrijk voor goede informatievoorziening en efficiënte communicatie naar verwijzers, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid. De uniformiteit van taal is bovendien een voorwaarde voor tal van andere kwaliteitsactiviteiten zoals uniforme registratie van patiëntgegevens en behandelgegevens, intercollegiale toetsing, de ontwikkeling van richtlijnen en multidisciplinaire activiteiten. De mogelijkheden tot het verrichten van onderzoek worden door eenheid in taalgebruik en uniforme geautomatiseerde gegevensinvoer vergroot. De vergelijking van regionale en landelijke gegevens wordt hierdoor mogelijk evenals de uitvoering van effectonderzoek (NRV, 1994; Halbertsma, 1995; Heerkens e.a., 1999; Heerkens e.a., 1999).

Veel van de genoemde effecten van het gebruik van classificaties betreffen een beroepsgroep als geheel, bijvoorbeeld waar het gaat om het gebruiken van gegevens voor onderzoek. Andere effecten zijn zowel voor de beroepsgroep als geheel als individueel van belang, zoals de efficiënte communicatie met andere partijen en intercollegiale toetsing. Een belangrijk bijkomend voordeel voor individuele beroepsbeoefenaren wordt duidelijk als de classificaties geïntegreerd worden in geautomatiseerde systemen. Ten eerste wordt de tijd die nodig is voor het verwerken van patiënt- en behandelgegevens en het bijhouden van de administratie korter. Bovendien kunnen aan de classificaties andere informatiesystemen worden gekoppeld. Bij bepaalde huisarts-informatiesystemen verschijnt bijvoorbeeld de behandelingsrichtlijn van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) op het scherm bij het invoeren van de diagnose-code, en bovendien de aanbevolen medicatie.

Indeling van classificaties

In de medische wetenschappen worden classificaties al heel lang gebruikt. De oudste classificatie is de International Classification of Diseases (ICD), oorspronkelijk een classificatie van doodsoorzaken. De ICD dateert al van de vorige eeuw en wordt geregeld herzien, in

1992 kwam de tiende versie tot stand (ICD-10) (WHO, 1992). Het grootste deel van de ICD is ingedeeld op basis van orgaansystemen, zoals het ademhalingsstelsel en het zenuwstelsel. Omdat de ICD zeer uitgebreid is, en er bovendien behoefte bestond aan een classificatie van ziekten die meer gericht was op wat in de praktijk van de huisarts voorkomt is de ICPC (International Classification of Primary Care) ontwikkeld. Deze classificatie kent dezelfde structuur als de ICD, een indeling naar orgaansystemen, en kent een onderverdeling naar klachten, diagnose en verrichtingen (Lamberts e.a., 1987).

In een classificatie worden begrippen hiërarchisch geordend en voorzien van een code. De hoofdklasse 'Ziekten van ademhalingsstelsel' uit de ICD-10 bijvoorbeeld omvat de codes J00-J99, acute bronchitis heeft code J20. De code kan verder worden uitgebreid naarmate het te classificeren begrip meer gespecificeerd wordt; J20.4 staat voor acute bronchitis als gevolg van het parainfluenza virus. De hiërarchie is niet bij alle classificaties even gedetailleerd. Weinig gedetailleerde classificaties worden daarom ook wel aangeduid als code-lijsten, evenals indelingen van begrippen waar geen logisch indelingsprincipe ten grondslag aan ligt. Indien door een beroepsgroep meerdere classificaties worden gebruikt, wordt er wel gesproken van een classificatiesysteem.

Paramedici en classificaties

Kenmerkend voor paramedische zorg is de verwijzing door een arts: de arts stelt vast aan welke ziekte de patiënt aan lijdt en - als daarvoor een indicatie bestaat - verwijst de arts de patiënt naar een paramedicus. De paramedicus verricht vervolgens een eigen onderzoek naar de klachten van de patiënt. Dit onderzoek heeft betrekking op de gevolgen van de ziekte op het functioneren van de patiënt (Dekker, 1997). Voor het onderzoek van de paramedicus is de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) relevant. Dit is een classificatie voor de functionele gevolgen van ziekten. De ICIDH bestaat uit drie afzonderlijke classificaties: een classificatie van stoornissen, een classificatie van beperkingen en een classificatie van handicaps (WHO, 1980). Sinds 1991 is de WHO bezig met de revisie van de ICIDH; verwacht wordt dat in 2000 de vernieuwde ICIDH-2 beschikbaar zal zijn. Belangrijke veranderingen zijn de opsplitsing van stoornissen in 'stoornissen in functie' en 'stoornissen in structuur'. De term 'handicaps' zal vervangen worden door de term 'participatie'; tevens zal een lijst 'omgevingsfactoren' worden toegevoegd (Heerkens e.a., 1997).

Bij de paramedische beroepen dateert de belangstelling voor classificaties van de laatste tien jaar. In de periode van 1990 tot 1996 heeft het Nederlands Paramedisch Instituut diverse ontwerpclassificaties en voorlopige classificaties ontwikkeld voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, podotherapeuten, ergotherapeuten. Voorbeelden van classificaties die in deze projecten ontwikkeld zijn, zijn de ontwerpclassificatie 'Medische' termen voor Paramedische Beroepen (Heerkens e. a., 1998a), een bewerking van de ICIDH voor Paramedische Beroepen (van Ravensberg e a., 1995) en voorlopige classificaties Verrichtingen, Hulpmiddelen en Anatomische Lokalisatie voor Paramedische Beroepen¹ (WCC, 1995; van den Heuvel e.a., 1996; van Klaveren e.a., 1998). In 1993 is door het NIVEL onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor toepassing van de ICIDH in de logopedie (Raaijmakers e.a., 1993); voor diëtisten is in 1996 een eerste stap gezet op weg naar

1 Met 'Paramedische Beroepen' worden hier de vijf beroepsgroepen bedoeld die deel hebben genomen aan deze projecten: fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, ergotherapeuten en podotherapeuten.

classificaties (Paas e.a., 1996). In de periode van 1996 tot 1998 zijn classificaties ontwikkeld voor logopedisten door het NPi (Heerkens e.a., 1998b).

Activiteiten in het BKPZ-programma

De ontwikkeling en het gebruik van classificaties vormt de basis voor andere kwaliteitsactiviteiten die belangrijk zijn in de gezondheidszorg. Bovendien vormt een eenduidig begrippenkader een belangrijke voorwaarde voor efficiënte communicatie en een goede informatievoorziening. Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn nog geen classificaties beschikbaar. Daarom hebben deze beroepsgroepen besloten om in het kader van het BKPZ-programma classificaties te ontwikkelen.

De oefentherapeuten-Mensendieck beschikken al over classificaties. Bij deze beroepsgroep bestaat de behoefte om meer uitgebreide informatie aan de zorgverzekeraar te verstrekken. Tot op heden zijn de verwijsggegevens van de arts de enige inhoudelijke informatie die de oefentherapeut-Mensendieck aan de zorgverzekeraar geeft. Deze verwijsggegevens worden door oefentherapeuten-Mensendieck veelal gecodeerd met behulp van VNZ-codes: een door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde lokalisatie- en pathologiecodering². De verwijsggegevens van de arts geven echter onvoldoende informatie over de inhoud en de duur van de benodigde zorg. De zorgverzekeraar kan op basis daarvan niet beoordelen in hoeverre de zorg en vooral het aantal behandelsessies adequaat is.

Voor het bepalen van de inhoud en de duur van de zorg zijn de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck zelf van groot belang. Aan de hand van de eigen bevindingen wordt namelijk het behandelplan vastgesteld. Tezamen met de verwijsgdiagnose zijn deze bevindingen bepalend voor het vaststellen van de behandeldoelen, en daarmee op de inhoud en de duur van de behandeling en het aantal behandelsessies. In het BKPZ-programma wordt daarom een aanvullende codering ontwikkeld voor het vastleggen van de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck.

Oefentherapeuten-Cesar beschikken eveneens over classificaties. Ook zij leggen de verwijsggegevens van de arts vast met behulp van VNZ-codes. De VBC is van mening dat deze codering onvoldoende specifiek is om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van patiënten en de hoeveelheid benodigde zorg. Sinds 1992 wordt daarom door de VBC gewerkt aan de ontwikkeling van een beroepsspecifieke diagnosecodering. Bij de aanvang van het BKPZ-programma was dit project afgerond en werd gewerkt aan de eindrapportage over de uitgevoerde activiteiten.

2.2 De ontwikkeling van classificaties en een aanvullende codering

In deze paragraaf zal eerst worden beschreven hoe classificaties door het NPi worden ontwikkeld. Vervolgens zal geëvalueerd worden of de projecten volgens plan zijn verlopen.

2 De VNZ-codering is een 4-cijferige code die gebruikt wordt om de medische diagnose en/of verwijsggegevens vast te leggen. Het bestaat uit een 2-cijferige lokalisatiecode, onderverdeeld in subcodes voor hoofd- en subgroepen, en een 2-cijferige pathologiecode, ook weer onderverdeeld in hoofd- en subgroepen.

Uitvoering van de projecten

Het NPi ontwikkelt classificaties volgens de WCC-praktijkrichtlijn (WCC, september 1990)³. Het totale classificatietraject bestaat volgens deze richtlijn uit vijf fasen. Een classificatie is pas afgerond als alle fasen zijn doorlopen (zie schema 2.1).

Schema 2.1: Fasen uit de WCC-praktijkrichtlijn

1 Vooronderzoeksfase	In deze fase wordt geïnventariseerd of er behoefte bestaat aan een classificatie en of kan worden aangesloten bij een bestaande classificatie.
2 Ontwerpfase	In deze fase wordt een eerste globale indeling van de gewenste classificatie ontwikkeld (ontwerpclassificatie).
3 Commentaarfase	Een commentaarronde wordt gehouden onder een breed publiek. Deze ronde leidt tot een voorlopige classificatie.
4 Formaliseringsfase	Testen en vaststellen van de definitieve classificatie.
5 Beheerfase	Zo nodig leidend tot een 'up-date' of tot een gereviseerde classificatie.

Het ontwikkelen van classificaties is een langdurig traject dat meerdere jaren in beslag neemt. Binnen het BKPZ-programma worden ontwerpclassificaties ontwikkeld. Dit beslaat in feite fase 1 en 2 van bovenstaande indeling. Het testen van de classificaties in de praktijk en de implementatie van de classificaties vallen buiten het BKPZ-programma.

Evaluatie van de uitvoering van de projecten

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag of de projecten volgens plan zijn verlopen is de uitvoering van de projecten in de interviews met werkgroepleden en projectleiders besproken. Nagegaan is of de projecten zijn uitgevoerd zoals vastgelegd in de projectplannen in de eerste NIVEL-rapportage (Sluijs e.a., 1998). In dit rapport is vastgelegd welke stappen door het NPi zullen worden doorlopen om de ontwerpclassificaties voor diëtisten en mondhygiënisten te ontwikkelen. In bijlage 5 is een gedetailleerd overzicht opgenomen van deze stappen. De ontwikkeling van de aanvullende codering voor oefentherapeuten-Mensendieck vindt plaats in drie stappen, eveneens weergegeven in bijlage 5. In dit project wordt gebruik gemaakt van peilstation-praktijken die de ontwikkelde codering uittesten.

Allereerst wordt ingegaan op de *voorwaarden* voor een goed verloop van een project: de projectplanning. In de vragenlijsten is gevraagd naar de samenstelling van de werkgroepen, de condities waaronder het project wordt uitgevoerd en de projectuitvoering zelf⁴.

Een belangrijke voorwaarde voor het vlot van start gaan van een project is dat de werkgroepen op tijd en volgens de wensen kunnen worden samengesteld. Ten aanzien van de classificatieprojecten kon de wens worden vervuld dat in de werkgroep zoveel mogelijk werkvelden vertegenwoordigd zouden zijn. De wens van de oefentherapeuten-Mensendieck dat de vertegenwoordigers werkzaam moesten zijn in het veld kon eveneens worden vervuld.

Door het NPi is bij aanvang van het BKPZ-programma het 'NPi-programma Bevordering kwaliteit paramedische zorg' opgesteld. In dit programma wordt de globale aanpak van de projecten beschreven. Daarna zijn er meer gedetailleerde projectplannen voor de afzonderlijke projecten geschreven. Aan de geïnterviewden is gevraagd of er bij aanvang van het project een activiteitenplan, tijdsplanning en taakverdeling voor de werkgroepleden beschikbaar

3 De WCC is de voormalige Vaste Commissie voor Classificaties en Definities van de - eveneens voormalige - Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV).

4 Over deze gegevens is verslag gedaan in de tussentijdse evaluatie (Hofhuis e.a., 1999). Hier worden de belangrijkste resultaten samengevat.

waren. De mate waarin dergelijke zaken uitgewerkt en beschikbaar zijn bij het begin van een project kunnen eveneens bepalend zijn voor een vlotte start. Bovendien is gevraagd of er in de werkgroep consensus was over de te volgen werkwijze en de te bereiken doelen. Bij aanvang beschikten alle drie de werkgroepen over een activiteitenplan en een tijdsplanning. De taakverdeling is twee gevallen vastgesteld in de loop van het project. Bij de mondhygiënisten was er een nadere uitwerking van het projectplan nodig om de doelen te verduidelijken.

In de interviews kon vastgesteld worden dat de drie classificatieprojecten *volgens plan* zijn uitgevoerd. Er waren geen bijstellingen nodig van de werkplannen; de stappen zoals vastgelegd in de nulmeting (Sluijs e.a., 1998) zijn gevolgd (zie bijlage 5). De classificatieprojecten van de diëtisten en mondhygiënisten konden binnen de gestelde tijd worden afgerond.

Bij het coderingsproject van de oefentherapeuten-Mensendieck is de ontwikkelde codering getest in peilstations. Tijdens het project is er een groot verloop geweest in de peilstations. Er zijn peilstations uitgevallen, maar er zijn in de loop van het project ook weer nieuwe stations bijgekomen. Oorzaken voor de uitval waren wisselend, variërend van de hoge werkbelasting tot zwangerschap. Uiteindelijk hebben er bij de laatste fase van de ontwikkeling van de codering, de registratiefase, 19 peilstations meegedaan. Het geplande aantal van 800 patiënten waarvoor formulieren door de peilstations moest worden ingevuld kon niet worden gerealiseerd, ondanks bijstelling van het gewenste aantal formulieren naar 600 en verlenging van de registratieperiode. Uiteindelijk zijn er 593 registratieformulieren ingevuld. Vanwege deze tegenvallers heeft het project een vertraging opgelopen van enkele maanden.

In de tussentijdse evaluatie staat een uitgebreid verslag van de uitvoering van de projecten, waarbij ook wordt ingegaan op werkgroepbijeenkomsten, het materiaal voor de bijeenkomsten, en zaken zoals de taakverdeling binnen de werkgroepen. Voor gedetailleerde informatie hierover verwijzen wij naar dat rapport (Hofhuis, 1999).

2.3 Eindproducten

In deze paragraaf wordt een korte beschrijving gegeven van de concrete eindproducten die de projecten 'Classificaties voor de Diëtetiek', 'Classificaties voor Mondhygiëne en Aanvullende codering voor Oefentherapeuten-Mensendieck' hebben opgeleverd. In paragraaf 2.4 zal worden nagegaan of daarmee de streefdoelen zijn gerealiseerd.

De ontwikkelde ontwerpclassificaties, ontwerpcodelijsten, (ontwerp)coderingen en rapporten zijn de concrete eindproducten van de projecten. Van alle projecten is een projectverslag in de vorm van een rapport gepubliceerd (diëtisten: Heerkens e.a., 1999a; mondhygiënisten: Heerkens e.a., 1999b; oefentherapeuten-Mensendieck: Heerkens e.a., 1999c). De ontwikkelde classificaties en codelijsten van de diëtisten en mondhygiënisten zijn in aparte mappen gebundeld (Beens e.a., 1999; Corbey-Verheggen e.a., 1999). De codering van de oefentherapeuten-Mensendieck is als bijlage opgenomen in het rapport (Heerkens e.a., 1999c). Voor een uitgebreide beschrijving van de inhoud van de eindproducten verwijzen wij naar de eindproducten zelf; de inhoudsopgaven van de eindproducten zijn opgenomen in bijlage 6.

Zowel de diëtisten als de mondhygiënisten hebben ontwerpclassificaties ontwikkeld: beiden hebben een ontwerpclassificatie 'Medische' Termen, een ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand, een ontwerpclassificatie Verrichtingen en een ontwerpclassificatie Hulpmiddelen. Beide beroepsgroepen hebben bovendien ontwerpcodelijsten ontwikkeld. De oefentherapeuten-Mensendieck hebben een codering ontwikkeld voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck.

In deze paragraaf zal een korte toelichting worden gegeven op de ontwerpclassificaties, aanvullende codering en overige producten. Bij de classificaties wordt aangegeven waarvoor de classificatie dient, op basis waarvan de classificatie is ontwikkeld, en overeenkomsten en verschillen in classificaties van de verschillende beroepsgroepen. Ter toelichting is in bijlage 7 van iedere classificatie en van één ontwerpcodelijst één bladzijde overgenomen; de bladzijden zijn willekeurig gekozen, afwisselend uit de classificaties van mondhygiënisten en diëtisten. Van de codering voor oefentherapeuten-Mensendieck is eveneens één bladzijde overgenomen.

Eindproducten classificaties voor de diëtetiek

- 1: Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor de Diëtetiek
- 2: Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor de Diëtetiek
- 3: Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor de Diëtetiek
- 4: Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor de Diëtetiek
- 5: Ontwerpcodelijsten
- 6: Projectverslag

Eindproducten classificaties voor de mondhygiëne

- 1: Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Mondhygiëne
- 2: Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor Mondhygiëne
- 3: Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor Mondhygiëne
- 4: Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor Mondhygiëne
- 5: Ontwerpcodelijsten
- 6: Projectverslag

Eindproducten aanvullende codering oefentherapeuten-Mensendieck

- 1: Codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck
 - 2: Projectverslag
-

Ontwerpclassificaties 'Medische' Termen voor diëtisten en mondhygiënisten

Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn twee afzonderlijke ontwerpclassificaties 'Medische' Termen ontwikkeld. Deze ontwerpclassificaties (Ontwerp CMT-diëtetiek en Ontwerp CMT-mondhygiëne) bevatten de 'medische' termen die relevant zijn bij het vastleggen van onder meer de verwijfsdiagnose, nevenpathologie en medische geschiedenis van de patiënt/cliënt.

De ontwerpclassificaties zijn aangepaste versies van de Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Paramedische Beroepen (Heerkens e.a., 1998a), een classificatie die is ontwikkeld op basis van bestaande medische classificaties zoals de ICD-10 en de ICPC. De aanpassingen (aan de ontwerpCMT voor Paramedische Beroepen) bestaan uit specifieke aanvullingen die nodig zijn voor diëtisten en mondhygiënisten. Termen die niet relevant zijn voor de diëtetiek en mondhygiëne zijn weggelaten uit de ontwerpclassificaties.

De indeling van de ontwerp CMT-diëtetiek en de ontwerp CMT-mondhygiëne komt overeen met de bestaande medische classificaties waarop zij zijn gebaseerd. De codes die zijn toegevoegd aan de termen in de classificaties komen niet overeen met de codering in de bestaande classificaties. Aangezien de ontwerpclassificaties voor medische termen samengesteld zijn uit meerdere verschillende bestaande classificaties is een nieuwe codering ontwikkeld. Waar mogelijk is wel de oorspronkelijke code tussen haakjes toegevoegd.

Ontwerpclassificaties voor de gezondheidstoestand voor de diëtetiek en mondhygiëne

Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn twee afzonderlijke ontwerpclassificaties voor de gezondheidstoestand ontwikkeld. Deze ontwerpclassificaties zijn bewerkingen van de ICDH, de 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps'. Door middel van deze ontwerpclassificaties (Ontwerp ICDH-diëtetiek en Ontwerp ICDH-mondhygiëne) kunnen gegevens gecodeerd worden die belangrijk zijn voor het zorgverleningsproces:

- de bevindingen/hulpvraag van de patiënt/cliënt;
- de bevindingen van de diëtist/mondhygiënist tijdens het diëtistisch/mondhygiënisch onderzoek;
- de beoogde behandeldoelen zoals opgenomen in het behandelplan (indirect: met behulp van de ontwerpcodelijst 'Doelen' op basis van o.a. de ICDH);
- de behandelresultaten (uitgaande van de behandeldoelen).

De ontwerpclassificaties voor diëtisten en mondhygiënisten hebben een geheel eigen indeling specifiek gericht op de diëtetiek respectievelijk mondhygiëne, waarbij voor die termen die ook in de ICDH aanwezig zijn tussen haakjes de ICDH-code staat vermeld. De ontwerpclassificaties zijn gebaseerd op de Nederlandse vertaling van de beta-1 draft van de ICDH-2 (RIVM, 1998) (zie ook pagina 12). Voor de diëtisten is daarbij waar mogelijk de hoofdstuk- en verdere indeling gevolgd, voor zover relevant voor de diëtetiek. In de classificatie van de mondhygiënisten is een andere hoofdstukindeling aangebracht dan die in de beta-1 draft van de ICDH-2. Bovendien is voor een andere opzet ten aanzien van de codering gekozen. Dit betekent dat een term in de classificatie van de diëtisten een andere code heeft dan de zelfde term in de classificatie van de mondhygiënisten.

Ontwerpclassificaties Verrichtingen voor diëtisten en mondhygiënisten

Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn twee afzonderlijke ontwerpclassificaties Verrichtingen ontwikkeld (Ontwerp CV-diëtetiek en ontwerp CV-mondhygiëne). Met behulp van deze classificaties kunnen zowel diagnostische handelingen worden beschreven als de preventieve en therapeutische verrichtingen. Bij de ontwikkeling van de ontwerpclassificaties is de Voorlopige Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen (CVPB) als uitgangspunt genomen. Beide classificaties hebben een eigen indeling waarbij waar mogelijk gebruik is gemaakt van hoofdstukken en termen afkomstig uit de Voorlopige CVPB.

Ontwerpclassificaties Hulpmiddelen voor diëtisten en mondhygiënisten

Voor diëtisten en mondhygiënisten zijn twee afzonderlijke ontwerpclassificaties Hulpmiddelen ontwikkeld (Ontwerp CH-diëtetiek en ontwerp CH-mondhygiëne). Met de ontwerp CH-diëtetiek kunnen het voedingsvoorschrift en het dieetvoorschrift worden gecodeerd, andere hulpmiddelen die de patiënt/cliënt gebruikt, en hulpmiddelen die de diëtist gebruikt in het kader van diagnostiek en behandeling. Met de ontwerp CH-mondhygiëne kunnen de middelen voor gebitsreiniging worden gecodeerd, andere hulpmiddelen die de patiënt/cliënt gebruikt en de hulpmiddelen die de mondhygiënist gebruikt in het kader van diagnostiek en behandeling.

De ontwerp CH-mondhygiëne is gebaseerd op de Voorlopige Classificatie Hulpmiddelen voor Paramedische Beroepen (van den Heuvel e.a., 1996). De ontwerp CH-diëtetiek bestaat uit twee delen; het eerste deel is eveneens op deze Voorlopige Classificatie gebaseerd, in het tweede deel zijn de verschillende eisen aan de voeding en dieet die relevant zijn voor de diëtetiek opgenomen.

Ontwerpcodelijsten

Voor de diëtetiek en mondhygiëne zijn ontwerpcodelijsten ontwikkeld voor leefvorm, woon-situatie, opleiding, zorg/hulpverlener en (recreatieve) activiteit. Tevens zijn twee codelijsten

'doelen' ontwikkeld waarmee de behandeldoelen kunnen worden gespecificeerd. In combinatie met andere ontwerpclassificaties, zoals de CMT- en de ICDH-classificaties, kunnen met behulp van deze lijst diagnostische en behandeldoelen worden vastgelegd. De code-lijsten zijn gebaseerd op de ontwerpcode-lijsten die zijn ontwikkeld in het kader van het project 'Classificaties en definities van begrippen voor de paramedische beroepen'. Waar nodig zijn de lijsten aangepast aan diëtetiek en mondhygiëne.

Codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck

Ten behoeve van de communicatie met de zorgverzekeraar is een codering ontwikkeld voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Deze codering is een aanvulling op de met de VNZ-codering gecodeerde verwijfsdiagnose. De ontwikkelde codering bestaat uit zes cijfers waarmee de volgende gegevens kunnen worden vastgelegd:

- het kernprobleem van de patiënt (twee cijfers);
- pijn, een nadere detaillering van het kernprobleem of een kenmerkende stoornis (afhankelijk van het kernprobleem) (één cijfer);
- mogelijke andere stoornissen (één cijfer);
- eventueel aanwezige problemen met het uitvoeren van activiteiten (beperkingen) (één cijfer);
- mogelijk aanwezige complicerende factoren (één cijfer).

Het doel van deze codering is inzicht te geven in het aantal behandelsessies dat nodig is om het behandeldoel te realiseren.

In de registratiefase is een codering gebruikt waarmee 28 kernproblemen van de patiënt kunnen worden gecodeerd (de eerste twee cijfers van de code). De zescijferige codering biedt daarmee ongeveer 280.000 mogelijke codes. In het verslag wordt aangegeven dat dit mogelijk te ingewikkeld is in de communicatie met zorgverzekeraars.

Er wordt een aantal mogelijke oplossingen geboden waaronder een reductie van het huidige aantal van 28 kernproblemen tot de 15 meest voorkomende kernproblemen. Bovendien hoeft niet de volledige codering van zes cijfers gebruikt te worden: er kan gebruik gemaakt worden van de tweecijferige codering voor het kernprobleem en de eencijferige code voor beperkingen. Eventueel kan een extra eencijferige code voor 'belasting - belastbaarheid' worden toegevoegd.

Voor andere, meer specifieke en beroepsinhoudelijke toepassingen kan de volledige codering worden gebruikt. Indien de extra eencijferige code voor 'belasting - belastbaarheid' wordt gebruikt ontstaat dan een zevencijferige codering. Dit impliceert veranderingen in de indeling van de andere codes doordat 'belasting - belastbaarheid' eerst in de coderingen voor 'stoornissen' en 'complicerende factoren' was verwerkt. De beroepsgroep van oefentherapeuten-Mensendieck zal uit de mogelijke opties moeten kiezen. In het rapport is de indeling van zowel de codering met zes cijfers als de codering met zeven cijfers opgenomen (Heerkens e.a., 1999c). Het voorbeeld dat is opgenomen in bijlage 7 heeft betrekking op de codering met zeven cijfers.

2.4 Streefdoelen

Ter beantwoording van de tweede vraagstelling wordt in deze paragraaf nagegaan of de streefdoelen van de projecten zijn behaald.

De streefdoelen van de drie projecten zijn door de beroepsverenigingen van de diëtisten, mondhygiënist en oefentherapeuten-Mensendieck bij aanvang van het BKPZ-programma vastgesteld. Deze streefdoelen zijn vastgelegd in het eerste BKPZ-rapport (Sluijs e.a.,

1998). Als streefdoelen van de projecten zijn zowel eindproducten gedefinieerd als ook de tussenstappen die voor de ontwikkeling van classificaties en coderingen genomen moeten worden. De streefdoelen van de drie projecten staan weergegeven in schema 2.3. Door middel van interviewvragen en documentanalyse is nagegaan of de streefdoelen zijn gerealiseerd.

Schema 2.3: Streefdoelen met betrekking tot classificaties en coderingen

Streefdoelen	Diëtisten	Mondhygiënist	Oefentherapie-Mensendieck
1. Schema van relevante gegevens	+	+	-
2. Consensus over typen classificaties	+	+	-
3. Gezondheidstoestand (ICIDH): schets classificatie	+	+	-
4. Verrichtingen: assen voor een ontwerpclassificatie	+	+	-
5. Medische termen: ontwerpclassificatie	+	+	-
6. Hulpmiddelen: ontwerpclassificatie	+	+	-
7. Anatomische lokalisatie: ontwerpclassificatie	-	+	-
8. Codelijst overige gegevens: vooronderzoek	+	+	-
9. Aanvullende codering van bevindingen	-	-	+
10. Testen aanvullende codering in 15 praktijken	-	-	+
11. Regelmatige rapportages	+	-	-

Diëtisten

De diëtisten hebben 8 streefdoelen geformuleerd, waarvan er vijf hebben geleid tot een eindproduct (streefdoelen 3, 4, 5, 6 en 8). Het projectverslag kan eveneens worden beschouwd als een eindproduct van dit project.

In 1997 is door diëtisten het project 'Naar een doelmatiger POR' uitgevoerd (Probleem geOriënteerd Registreren). In de vooronderzoekfase van het huidige project zijn de resultaten van het POR-project aangevuld om aan de streefdoelen 1 en 2 te voldoen. Van de wijze waarop dit is gebeurd wordt verder geen verslag gedaan in de eindrapportage. Vanwege het voorspoedige verloop van het project konden de streefdoelen 3 en 4 verder worden uitgewerkt dan was voorzien. In plaats van een aanzet tot een classificatie voor de Gezondheidstoestand en assen voor een ontwerpclassificatie Verrichtingen kon in beide gevallen een ontwerpclassificatie worden ontwikkeld. Streefdoelen 5, 6 en 8 zijn gerealiseerd zoals was gepland. Het vooronderzoek in het kader van streefdoel 8 heeft enkele ontwerp-codelijsten opgeleverd. Geconcludeerd kan worden dat de diëtisten de acht geplande streefdoelen hebben gerealiseerd.

Mondhygiënist

De mondhygiënist hebben eveneens 8 streefdoelen geformuleerd, waarvan er vijf hebben geleid tot een eindproduct (streefdoelen 3, 4, 5, 6 en 8). Het projectverslag kan ook worden beschouwd als een eindproduct van dit project.

De streefdoelen 1 en 2 zijn gerealiseerd in de vooronderzoekfase van dit project; van de wijze waarop dit is gedaan wordt verder geen verslag gedaan in de eindrapportage van dit project. Vanwege het voorspoedige verloop van het project konden de streefdoelen 3 en 4 verder worden uitgewerkt dan was voorzien. In plaats van een aanzet tot een classificatie voor de Gezondheidstoestand en assen voor een ontwerpclassificatie Verrichtingen kon in beide gevallen een ontwerpclassificatie worden ontwikkeld. Streefdoelen 5, 6 en 8 zijn gerealiseerd zoals was gepland. Het vooronderzoek in het kader van streefdoel 8 heeft enkele ontwerp-codelijsten opgeleverd.

In de vooronderzoekfase van dit project (zie bijlage 5, stap B), is gebleken dat er geen behoefte bestaat aan een ontwerpclassificatie Anatomische Lokalisatie. Deze ontwerp-

classificatie, streefdoel 7, is derhalve niet ontwikkeld. Geconcludeerd kan worden dat de mondhygiënist van de acht geplande streefdoelen er zeven hebben gerealiseerd.

Oefentherapeuten-Mensendieck

De oefentherapeuten-Mensendieck hebben 2 streefdoelen geformuleerd. Tijdens de interviews is mondeling toegelicht dat streefdoel 9 is ontwikkeld zoals was gepland. Streefdoel 10 betreft het testen van de aanvullende codering door 15 peilstations. Ook dit streefdoel is gerealiseerd, ondanks een groot verloop in de peilstations. Het aantal registratieformulieren dat is ingevuld door de peilstations is echter lager uitgevallen dan was gepland. Het project heeft twee eindproducten opgeleverd, een aanvullende codering, (streefdoel 9) en een projectverslag (de codering is opgenomen in het verslag).

Ondanks de tegenslagen kon de codering op enkele punten worden gewijzigd op basis van het commentaar van de peilstations. Geconcludeerd kan worden dat de oefentherapeuten-Mensendieck beide streefdoelen, het ontwikkelen van een aanvullende codering en het testen daarvan in 15 praktijken, hebben gerealiseerd. Daarbij moet aangetekend worden dat de ontwikkelde codering mogelijk nog weer wordt aangepast op basis van de aanbevelingen in het rapport.

2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de vraagstelling 'zijn de projecten volgens plan verlopen' en de vraagstelling 'zijn de streefdoelen behaald'. Op basis van de gegevens uit de documentanalyse en de interviews kan geconcludeerd worden dat de projecten, ondanks een vertraging, volgens plan zijn verlopen; 17 van de 18 geplande streefdoelen zijn daarbij gerealiseerd. De ontwerpclassificatie Anatomische Lokalisatie voor mondhygiënist is niet ontwikkeld omdat in de vooronderzoekfase is gebleken dat daar geen behoefte aan bestaat. De werkzaamheden aan vier streefdoelen (een aanzet tot classificaties voor de Gezondheidstoestand voor diëtisten en mondhygiënist en assen voor ontwerpclassificaties Verichtingen) verliepen dermate voorspoedig dat in deze gevallen ontwerpclassificaties konden worden ontwikkeld.

3 IMPLEMENTATIE VAN CLASSIFICATIES EN CODERINGEN

In dit hoofdstuk staat de toekomstige implementatie van de ontwikkelde producten centraal. Aandacht hiervoor in deze fase van de ontwikkeling van de classificaties en coderingen is belangrijk: men kan tijdig anticiperen op mogelijke problemen en de juiste voorwaarden scheppen voor het daadwerkelijk gebruik van de ontwikkelde producten. In dit hoofdstuk wordt besproken wat in er in de diverse eindproducten staat over implementatie en wat de mening is van de werkgroepleden over de implementeerbaarheid. Tenslotte wordt geïnventariseerd welke activiteiten al zijn uitgevoerd en nog zullen worden uitgevoerd om het draagvlak voor de ontwikkelde producten te vergroten. Daarbij wordt nagegaan in hoeverre rekening is gehouden met de verwachte implementatieknelpunten die naar voren zijn gekomen in OKPZ-programma. Hiermee wordt antwoord gegeven op de derde vraagstelling van deze evaluatie.

3.1 Implementatie van de eindproducten

De classificaties en coderingen die in het BKPZ-programma zijn ontwikkeld zullen gebruikt worden door de beroepsbeoefenaren voor de vastlegging van patiënt- en behandelgegevens. Maar ook in communicatie met patiënten- en cliëntenorganisaties, andere paramedische en medische beroepsgroepen, zorgverzekeraars, beheerders van landelijke registraties en overheid zullen de classificaties worden gebruikt. Zo ver is het nu echter nog niet.

De ontwikkeling van classificaties verloopt in vijf fasen, zoals uiteen is gezet in hoofdstuk 2. Het traject dat daarbij in het BKPZ-programma wordt doorlopen beslaat de eerste twee fasen: de vooronderzoekfase en de ontwerpfase; implementatie van de ontwikkelde classificaties is daarom nog niet aan de orde. Eerst zal nog de commentaarfase onder een breed publiek moeten worden doorlopen om te komen tot voorlopige classificaties. Daarna volgt de formaliseringsfase waarin de voorlopige classificaties worden getest (proefgebruik) en de definitieve classificaties worden vastgesteld. De implementatie van de aanvullende codering voor oefentherapeuten-Mensendieck valt eveneens buiten het BKPZ-programma.

In de eindrapporten van de classificatieprojecten zijn aanbevelingen opgenomen voor de verdere ontwikkeling van de classificaties. De aanbevelingen zijn beknopt en betreffen het in projectvorm gestalte geven van de commentaar- en formaliseringsfase en bekendheid geven aan de classificaties.

In het rapport van de oefentherapeuten-Mensendieck worden enkele aanbevelingen gedaan voor implementatie van de aanvullende codering. Deze aanbevelingen bestaan uit de ontwikkeling van bij- en nascholingscursussen om vertrouwdheid met de terminologie van het coderingssysteem aan te leren en integratie van de terminologie in het curriculum van de basisopleiding. Het aanbieden van de codering aan de beroepsgroep kan volgens de auteurs het beste gebeuren via opname in een registratieformulier of registratiesysteem.

3.2 Mening werkgroepleden

In de interviews met de werkgroepleden en de projectleiders is de toekomstige implementatie aan de orde gekomen. Gevraagd is of men tijdens het project ideeën heeft ontwikkeld

over de implementatie van de kwaliteitsinstrumenten. Bij alle projecten was dat het geval: aan de hand van interviewfragmenten zal worden toegelicht wat deze ideeën inhouden.

Diëtisten: "Er is in de werkgroep steeds gedachtenwisseling geweest, ook over praktische zaken zoals hoe de classificaties straks in het Elektronische Patiënten Dossier geïntegreerd moeten worden. Er zijn nog geen plannen opgesteld, maar er zijn wel ideeën over. In verpleeghuizen wordt soms met één gezamenlijk patiëntendossier gewerkt. Voor zover bij de geïnterviewden bekend, bestaan in andere sectoren meestal gescheiden dossiers voor de verschillende disciplines. Een eventuele integratie van dossiers zal nog niet eenvoudig zijn, zowel inhoudelijk als wat betreft automatiseringssystemen.

Het doel van dit project is dat de classificaties die ontworpen zijn uiteindelijk landelijk gebruikt zullen gaan worden. Voor het testen van de ontwerpclassificaties is het voorstel dit niet handmatig te doen omdat dit zeer tijdrovend zal zijn. Testen in een elektronisch dossier heeft de voorkeur. Wanneer bij de testfase nog geen voor classificaties bruikbare elektronische dossiers bestaan, zal naar andere software gezocht moeten worden waarmee het testen van dossiers wel mogelijk is."

Mondhygiënist: "Als er in de toekomst gewerkt gaat worden met de classificaties zal er zowel voor mondhygiënist als voor tandartsen een andere werkwijze moeten komen. Tandartsen werken niet met classificaties en coderingen en zullen niet zomaar de classificaties die door mondhygiënist zijn ontwikkeld gaan gebruiken. De implementatie zal hierdoor misschien stroef verlopen. De mondhygiënist in de algemene praktijk heeft hier niet zo veel mee te maken, maar de mondhygiënist uit de andere werkvelden kunnen wel voor dit probleem komen te staan.

Classificaties zijn met name handig bij automatisering van de verwerking van patiëntgegevens. In de toekomst kan het ook nuttig zijn voor het doen van onderzoek. Bij de implementatie speelt het een rol dat mondhygiënist nog helemaal niet met classificaties en coderingen werken, en er dus het nut nog niet van inzien. Zij moeten dit eerst gaan ervaren."

Oefentherapeuten-Mensendieck: "Met de ontwikkeling van nieuwe Standaard Externe Integratie door Vektis is rekening gehouden met de invoering van de uitgebreidere codering, door extra posities te reserveren in de databestanden. De werkgroep heeft geen zicht op de termijn waarop de ontwikkelde codering daadwerkelijk zal worden ingevoerd, dat is aan de NVOM als het product er ligt. Zorgverzekeraars Nederland heeft een projectgroep ingesteld waarin de NVOM, KNGF, VBC, NVE, NVLF, NPi en Vektis participeren. In deze werkgroep wordt gesproken over de ontwikkeling en invoering van beroepsspecifieke coderingen en over het aanpassen en invoeren van uitgebreidere VNZ-codes.

De uitgebreidere codering kan consequenties hebben voor de privacy. De huidige VNZ-codering 'vertaalt' alleen de diagnose. De patiëntgegevens die vastgelegd gaan worden geven een uitgebreider beeld van de patiënt. Gegevens als verslaving, stress-gebonden klachten en privé- of werkomstandigheden worden nu ook bij zorgverzekeraars bekend. Alhoewel dit in de wet al geregeld schijnt te zijn is dit een punt van aandacht in de projectgroep."

Projectleiding NPi: "De volgende fase in de ontwikkeling van classificaties is de commentaarfase, waarin de classificaties voorgelegd worden aan een brede selectie therapeuten uit de betreffende beroepsgroepen. Deze fase wordt gebruikt om de classificaties verder te ontwikkelen, maar heeft ook nut voor het vergroten van het draagvlak."

Belangrijke aandachtspunten die in de gesprekken aan de orde kwamen zijn de integratie van classificaties en coderingen in (geautomatiseerde) registratiesystemen, en het geven van bekendheid aan de nieuwe classificaties. In vervolprojecten zal daar uitgebreid aandacht aan moeten worden besteed. Voor oefentherapeuten-Mensendieck zijn de consequenties van de invoering van de aanvullende codering voor de privacy een punt van aandacht.

3.3 Draagvlak voor classificaties en coderingen

In de eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ) is nagegaan in welke mate men de tot dan toe ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten implementeerbaar achtte in de beroepsgroep. Tevens is vastgesteld wat eventuele knelpunten zouden zijn bij deze implementatie. De bevindingen van dit onderzoek zijn vastgelegd in het rapport 'Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk: eindevaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedische zorg' (Sluijs et al., 1997). Deze meningen over implementatie en knelpunten zijn vastgesteld voor (i) uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg, (ii) geautomatiseerde verslaglegging van de patiëntenzorg, (iii) uniforme richtlijnen/standaarden/protocollen, (iv) intercollegiale kwaliteits-toetsing en voor (v) multidisciplinaire kwaliteitsprojecten. In het OKPZ programma zijn geen classificaties ontwikkeld, waardoor er voor deze kwaliteitsinstrumenten geen specifieke knelpunten zijn vastgesteld. De implementatie van classificaties past binnen het kader van de uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg. De gesignaleerde knelpunten bij de implementatie van dit kwaliteitsinstrument zullen dan ook in grote lijnen overeen komen met eventuele knelpunten bij de invoering van classificaties en coderingen.

In de eindevaluatie van het OKPZ-programma is bij ruim 900 paramedici geïnventariseerd of men in de toekomst de verslaglegging van de patiëntenzorg volgens landelijke richtlijnen wil gaan uitvoeren, en welke knelpunten dit eventueel in de weg zullen staan. Er werden belangrijke verschillen vastgesteld: diëtisten kennen al jaren het systeem van de Probleem Georiënteerde Registratie en bijna de helft zei ook volgens dit systeem te werken. Mondhygiënist en oefentherapeuten-Mensendieck gebruikten nog in grote meerderheid eigen richtlijnen voor de verslaglegging van de patiëntenzorg; 50% van de mondhygiënist was waarschijnlijk wel van plan in de toekomst landelijke richtlijnen te gaan volgen, bij de oefentherapeuten-Mensendieck was dit meer, namelijk 74%.

De twee belangrijkste knelpunten voor implementatie volgens de mening van zowel de diëtisten als de mondhygiënist zijn het vasthouden aan de eigen werkwijze en de diversiteit van opvattingen en inzichten in de beroepsgroep. Voor oefentherapeuten-Mensendieck zijn de belangrijkste knelpunten het vasthouden aan de eigen werkwijze en het gebrek aan computers. Andere knelpunten die worden genoemd zijn weerstand tegen verandering, hoge werkdruk, en het werken op afdelingen of in praktijken waar eigen systemen voor de verslaglegging worden gebruikt (alleen voor mondhygiënist).

In zijn algemeenheid weerspiegelen de knelpunten de visie dat mensen in zijn algemeenheid een geringe bereidheid tot verandering tonen. Het is niet gemakkelijk om hier verandering in aan te brengen. Een belangrijke strategie is om de interesse voor de kwaliteitsactiviteiten te wekken en om in een zo vroeg mogelijk stadium mensen op de hoogte te brengen van de nieuwe ontwikkelingen. Een van de doelstellingen van de classificatieprojecten was het creëren van een draagvlak via de werkgroepen. Dit is gerealiseerd door de werkgroepleden te laten ondersteunen door een achterban of klankbordgroep. In de

interviews met werkgroepleden en projectleiders is gevraagd welke activiteiten men verder gedurende het project heeft uitgevoerd om een draagvlak te creëren.

Diëtisten: "Om de beroepsgroep te informeren is er gerapporteerd via 'Issue', het 'Nederlands Tijdschrift van Diëtisten', het 'NVD Nieuws' en de 'Kringkranten' van de NVD. Deze uitgaven van de NVD worden door een zeer groot deel van de beroepsgroep gelezen waardoor de informatie de beroepsgroep wel bereikt. Omdat het onderwerp classificaties nog erg theoretisch is, zullen nog meer activiteiten ondernomen moeten worden om de beroepsgroep vertrouwd te maken met classificaties. Uit reacties uit het land blijkt dat er nog veel vragen zijn over de classificaties. Het doel is nog niet bereikt, het leeft nog absoluut niet in het veld. De materie is veel te theoretisch; men weet nauwelijks waar het over gaat."

Mondhygiënist: "Er is in de werkgroep wel gedacht over manieren om de resultaten van dit project naar buiten te brengen. Er zijn onder andere publicaties geweest in het vaktijdschrift. Het gevoel van de werkgroepleden is dat classificaties nog geen hoge prioriteit hebben binnen de beroepsgroep, voor veel mensen is het nog de 'ver van mijn bed show'. Er is geen behoefte aan classificaties, een dergelijke behoefte wordt altijd pas gecreëerd na verloop van tijd. Classificaties kunnen handig en zinvol zijn, maar dat moeten mondhygiënist zelf gaan ervaren."

Oefentherapeuten-Mensendieck: "Er heeft een artikel in het NVOM blad gestaan, en de projectleider heeft een lezing gehouden over het onderwerp in een cyclus "MOS" lezingen, die gehouden worden in het kader van de wetenschappelijke profilering van de beroepsgroep. In het veld ziet men wel in dat de coderingen noodzakelijk zijn, maar er is ook wel een stukje angst."

Projectleiding NPi: "Gedurende het project zijn de NVD-leden en de NVM leden geïnformeerd door middel van artikelen in de vaktijdschriften. Ook zijn er voordrachten voor diëtisten gehouden door de projectmedewerker. Van de mondhygiënist zijn minder verzoeken gekomen voor voordrachten, maar daar leeft de materie dan ook minder. De diëtisten zijn al gewend aan gestructureerde verslaglegging. Bovendien bestaat er bij deze beroepsgroep behoefte aan de classificaties, onder andere vanwege de ontwikkeling van het Elektronisch Patiënten Dossier, en protocollen die worden herzien.

De ontwikkelde codering voor oefentherapeuten-Mensendieck zal een groot draagvlak krijgen als het inderdaad informatie verschaft over het aantal benodigde sessies. Op die manier krijgen therapeuten namelijk de mogelijkheid de hoeveelheid zorg die wordt gegeven te verantwoorden."

3.4 Conclusie

Er zullen nog veel stappen gezet moeten worden voordat de implementatie van de classificaties en coderingen een feit is. Deze stappen verschillen tussen diëtisten en mondhygiënist enerzijds, en oefentherapeuten-Mensendieck anderzijds. De laatste beroepsgroep heeft een definitieve classificatie ontwikkeld in tegenstelling tot de ontwerpclassificaties van de eerste twee beroepsgroepen, en er is al een begin gemaakt met de invoering van classificaties in de beroepsgroep. De ideeën voor implementatie bij de diëtisten en mondhygiënist zijn dan ook nog niet uitgekristalliseerd.

Er is wel een begin gemaakt met het op de hoogte brengen van de leden van de beroepsgroepen. Naarmate de implementatie dichterbij komt zullen er meer activiteiten ondernomen moeten worden om dit draagvlak te vergroten.

4 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Dit rapport bevat de evaluatie van drie kwaliteitsprojecten in het BKPZ-programma, namelijk de projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld voor diëtisten, mondhygiënisten en oefentherapeuten-Mensendieck. Dit hoofdstuk betreft een zelfstandig leesbare samenvatting van het rapport.

4.1 Inleiding

Een classificatie is een stelsel van begrippen verbonden door generieke relaties, waarmee bepaalde gegevens uit het zorgverleningsproces op uniforme wijze kunnen worden vastgelegd. Classificaties en coderingen zorgen voor eenheid van taal. Dit is belangrijk voor goede informatievoorziening en efficiënte communicatie naar verwijzers, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid. Eenheid van taal staat bovendien aan de basis van veel andere (kwaliteits)activiteiten: uniforme registratie van patiëntgegevens en behandelgegevens, intercollegiale toetsing, de ontwikkeling van richtlijnen, multidisciplinaire activiteiten, epidemiologisch en effect-onderzoek.

Zowel de diëtisten als de mondhygiënisten hebben in hun project ontwerpclassificaties en ontwerpcodelijsten ontwikkeld:

ontwerpclassificaties 'Medische' Termen: deze bevatten de medische termen die relevant zijn bij het vastleggen van onder meer de verwijzdiagnose, nevenpathologie en medische geschiedenis van de patiënt.

ontwerpclassificaties voor de Gezondheidstoestand: hiermee kunnen gegevens gecodeerd worden die belangrijk zijn voor het zorgverleningsproces, zoals de hulpvraag van de patiënt, de bevindingen van de diëtist/mondhygiënist, behandeldoelen en behandelresultaten.

ontwerpclassificaties Verrichtingen: met deze classificatie kunnen diagnostische handelingen worden beschreven en preventieve en therapeutische verrichtingen.

ontwerpclassificatie Hulpmiddelen: Voor diëtisten kan hiermee het voedingsvoorschrift worden gecodeerd, het dieetvoorschrift, hulpmiddelen die de patiënt gebruikt, en hulpmiddelen die de diëtist gebruikt in het kader van diagnostiek en behandeling. Voor mondhygiënisten kunnen middelen voor gebitsreiniging worden gecodeerd, andere hulpmiddelen die de patiënt gebruikt, en hulpmiddelen die de mondhygiënist gebruikt in het kader van diagnostiek en behandeling.

ontwerpcodelijsten: beide beroepsgroepen hebben ontwerpcodelijsten ontwikkeld voor leefvorm, woonsituatie, opleiding, zorg/hulpverlener, (recreatieve) activiteit en doelen.

Ten behoeve van de communicatie met de zorgverzekeraar is voor de oefentherapeuten-Mensendieck een aanvullende codering ontwikkeld voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Deze codering bestaat uit zes cijfers en is een aanvulling op de met de VNZ-codering gecodeerde verwijzdiagnose.

In dit laatste hoofdstuk gaan we in op de gevonden resultaten aan de hand van de drie onderzoeksvragen die in dit rapport centraal staan, namelijk:

1. Zijn de projecten volgens plan verlopen?
2. Zijn de streefdoelen van de projecten behaald?
3. Welke stappen moeten nog worden gezet voor implementatie van de producten in de praktijk?

Tenslotte zal worden ingegaan op de relatie van de uitgevoerde projecten tot verbetering van de kwaliteit van zorg.

4.2 Verloop van de projecten en streefdoelen

Door middel van documentanalyse en interviews met werkgroepleden en projectleiders kon worden nagegaan dat de projecten grotendeels volgens plan zijn uitgevoerd. Bij het project van de oefentherapeuten-Mensendieck is er sprake geweest van een registratiefase waarin de ontwikkelde codering werd getest in de peilstations. Een tegenvaller bij dit project was de uitval van peilstations waardoor het project een aantal maanden langer heeft geduurd dan was voorzien.

De drie projecten hebben een groot aantal producten opgeleverd. Daarmee werden 17 van de 18 streefdoelen gerealiseerd. De ontwerpclassificatie Anatomische Lokalisatie voor mondhygiënist is niet ontwikkeld. In de vooronderzoekfase van dit project is vastgesteld dat er onder mondhygiënist geen behoefte bestaat aan een dergelijke classificatie. De ontwikkelde codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck wordt mogelijk nog aangepast naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport.

Van de projecten van de diëtisten, mondhygiënist en oefentherapeuten-Mensendieck zijn projectverslagen gepubliceerd (Heerkens e.a., 1999a; Heerkens e.a., 1999b, Heerkens e.a., 1999c). De ontwikkelde classificaties en codelijsten van de diëtisten en mondhygiënist zijn in aparte mappen gebundeld en gepubliceerd (Beens e.a., 1999; Corbey-Verheggen e.a., 1999).

In het kader van multidisciplinaire activiteiten is aansluiting bij de classificaties van andere disciplines van groot belang. Een voorwaarde hiervoor is dat de indelingsprincipes van de classificaties gelijk zijn (bijvoorbeeld op basis van orgaansystemen). Iedere (paramedische) discipline kan dan een eigen detaillering in de classificatie aanbrengen.

De paramedische classificaties zijn waar mogelijk ontwikkeld op basis van bestaande classificaties; de indeling van de classificaties kon hierdoor gelijk blijven. Dit is het geval bij de ontwerpclassificaties 'Medische' Termen en 'Hulpmiddelen'. De classificaties zijn uitgebreid met voor de desbetreffende beroepsgroep specifieke termen, en termen die niet van toepassing zijn, zijn weggelaten. Doordat ontwerpclassificaties in de meeste gevallen zijn samengesteld uit meerdere bestaande classificaties, moest de codering wel worden aangepast. Overeenkomstige termen uit verschillende classificaties (bijvoorbeeld voor diëtisten en mondhygiënist) hebben daardoor verschillende codes.

Vanwege de eigenheid van de betreffende disciplines was het niet altijd mogelijk om classificaties te ontwikkelen met gelijkblijvende indelingen. De ontwikkelde 'ontwerpclassificaties voor de Gezondheidstoestand' voor diëtisten respectievelijk mondhygiënist kennen bijvoorbeeld elk een eigen indeling en codering; dit geldt ook voor de 'ontwerpclassificaties Verrichtingen'.

Geconcludeerd kan worden dat het belang van de eigenheid van de paramedische disciplines voorop heeft gestaan bij de ontwikkeling van classificaties. Waar mogelijk is wel

aansluiting gezocht bij bestaande classificaties. Bij de toekomstige ontwikkeling van software waarin de classificaties zullen worden geïntegreerd zal het een punt van aandacht moeten zijn om er voor te zorgen dat er verbanden kunnen worden gelegd tussen classificaties van verschillende disciplines.

De Oefentherapeuten-Mensendieck hebben een zes-cijferige code ontwikkeld voor het vastleggen van de bevindingen. Naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport wordt deze codering mogelijk nog gewijzigd in een codering met zeven cijfers. In een eerder project hebben oefentherapeuten-Cesar een twee-cijferige beroepsspecifieke codering ontwikkeld (zie bijlage 4). De NVOM participeert in een werkgroep die is ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland. In deze werkgroep, waarin ook de VBC, KNGF, NVE, NVLF, NPi en Vektis participeren, wordt gepraat over de ontwikkeling en invoering van beroepsspecifieke coderingen en over het aanpassen en invoeren van uitgebreidere VNZ-codes.

4.3 Implementatie

De ontwikkelde classificaties zijn ontwerpclassificaties. Een volgende stap in de verdere ontwikkeling van de classificaties is het houden van een commentaarronde onder een breed publiek. In deze ronde wordt nagegaan of de juiste termen zijn opgenomen, of het juiste detailniveau is gerealiseerd en of termen ontbreken. Deze ronde leidt tot een voorlopige classificatie. Daarna volgt de formaliseringsfase: hierin wordt de voorlopige classificatie getest en wordt uiteindelijk de definitieve classificatie vastgesteld.

In de interviews met werkgroepleden en projectleiders is het vervolg van de projecten aan de orde gekomen. Een belangrijk aandachtspunt bij de diëtisten is het integreren van classificaties in bestaande software en het ontwikkelen van nieuwe software. Gezien de uitgebreidheid van de ontwikkelde classificaties en de diversiteit van de softwaresystemen die op dit moment al door diëtisten wordt gebruikt zal dit zeer arbeidsintensief zijn. Daarbij moet bovendien worden bedacht dat de classificaties pas in een ontwerpfase verkeren en dus nog zullen moeten worden aangepast. De ontwikkeling van software is echter een belangrijke voorwaarde voor de verdere ontwikkeling van classificaties. Het handmatig testen van ontwerpclassificaties is namelijk zeer tijdrovend.

Binnen de beroepsgroep van mondhygiënisten wordt nog helemaal niet met classificaties gewerkt: de aandacht gaat op dit moment uit naar het vertrouwd maken van de beroepsgroep met classificaties en coderingen.

In het OKPZ-programma is gesignaleerd dat er een draagvlak is voor het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen. Een meerderheid van de paramedici was waarschijnlijk wel van plan de ontwikkelde kwaliteitsactiviteiten te gaan invoeren. Anderzijds werden er even zo vaak belangrijke knelpunten gesignaleerd die implementatie in de weg zouden kunnen staan. Bij de uitvoering van de classificatie- en coderingsprojecten is hier op ingespeeld door regelmatige publicaties in diverse tijdschriften. Bij de diëtisten en mondhygiënisten leeft de materie echter nog niet. De beroepsverenigingen zullen daar in vervolgpunten veel aandacht aan moeten besteden.

Voor oefentherapeuten-Mensendieck zijn in een vorig project al classificaties ontwikkeld waardoor de vertrouwheid binnen deze beroepsgroep met classificaties groter kan worden geacht. De ontwikkelde codering zal een groot draagvlak krijgen als het inderdaad informatie aan zorgverzekeraars verschaft over het aantal benodigde sessies: men krijgt dan de mogelijkheid de hoeveelheid zorg die wordt gegeven te verantwoorden.

Het feit dat implementatie geen onderdeel uitmaakt van de projecten wordt weerspiegeld in de hoeveelheid aandacht die aan dit onderdeel wordt besteed in de eindproducten. De aanbevelingen die worden gedaan zijn nog niet uitgekristalliseerd, mogelijke implementatieknelpunten worden alleen kort aangestipt.

Voordat daadwerkelijke implementatie een feit is zullen nog een aantal stappen moeten worden gezet. Deze stappen hebben enerzijds te maken met de verdere ontwikkeling van de classificaties en coderingen, anderzijds met de logistieke organisatie van de invoering van classificaties en de voorbereiding van de beroepsgroepleden op het gebruik ervan. Belangrijke knelpunten daarbij zijn de ontwikkeling van software en het vergroten van het draagvlak onder beroepsbeoefenaren.

In schema 4.1 staat een overzicht van de stappen die nog moeten worden gezet.

Schema 4.1: Stappen die nog moeten worden gezet voor de implementatie van classificaties en coderingen van diëtisten en mondhygiënisten

Ontwikkeling classificaties

1. Commentaarfase: commentaarronde houden onder een breed publiek; voorlopige classificatie vaststellen.
2. Formaliseringsfase: testen van de voorlopige classificatie; vaststellen definitieve classificatie.

Invoering classificaties

3. Ontwikkeling software voor integratie classificaties
4. Ontwikkeling van bij- en nascholingscursussen om met classificaties te leren werken.
5. Verhogen van de automatiseringsgraad van de beroepsgroep

Vorbereiding beroepsgroep

6. Vergroten bekendheid met classificaties (publicaties, bijeenkomsten, symposia).
 7. Creëren bereidheid tot het werken met classificaties (publicaties, cursussen aanbieden)
-

De activiteiten in schema 4.1 kunnen voor een deel gelijktijdig worden uitgevoerd, zoals de verdere ontwikkeling van classificaties en het vergroten van bekendheid met classificaties. Dit zal de termijn waarbinnen classificaties geïmplementeerd zijn in de beroepsgroep verkorten.

De stappen die nog moeten worden gezet voor implementatie van de aanvullende codering voor oefentherapeuten-Mensendieck staan in schema 4.2. In dit project worden geen activiteiten meer uitgevoerd in het kader van ontwikkeling; wel wordt de codering mogelijk nog aangepast.

Bij de implementatie ligt een sterk accent op de samenwerking met zorgverzekeraars. Met de externe integratie van de codering door Vektis is al rekening gehouden, door extra posities te reserveren in de databestanden.

Schema 4.2: Stappen die nog moeten worden gezet voor de implementatie van de aanvullende codering voor oefentherapeuten-Mensendieck

Invoering classificaties

1. Ontwikkeling software voor integratie codering
2. Ontwikkeling van bij- en nascholingscursussen om met codering te leren werken.
3. Verhogen van de automatiseringsgraad van de beroepsgroep

Overleg met zorgverzekeraars

4. Overleg m.b.t. invoering en gebruik van codering

Vorbereiding beroepsgroep

5. Vergroten bekendheid met codering (publicaties, bijeenkomsten, symposia).
 6. Creëren bereidheid tot het werken met codering (publicaties, cursussen aanbieden)
-

4.4 Classificaties, coderingen en kwaliteit van zorg

De verwachte resultaten van het BKPZ-programma zijn in twee categorieën in te delen, ten eerste de realisering van de gestelde doelen, en ten tweede de beoogde effecten op de kwaliteit van zorg. In dit rapport heeft het bereiken van de gestelde doelen centraal gestaan. Aangezien implementatie geen onderdeel uitmaakte van de projecten waarin classificaties en coderingen zijn ontwikkeld, konden eventuele effecten op de kwaliteit van zorg niet worden vastgesteld. In deze paragraaf zal kort worden ingegaan op de effecten die in de toekomst kunnen worden verwacht.

In interviews met de beroepsverenigingen en begeleidende instellingen is aan het begin van het BKPZ-programma gevraagd welk soort effecten wordt verwacht van de kwaliteitsinstrumenten die in het BKPZ-programma worden ontwikkeld en ingevoerd (Sluijs, 1998). Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen instrumenten met een directe en instrumenten met een indirecte invloed op de kwaliteit van zorg.

Van alle instrumenten werd verwacht dat er een invloed zal zijn op de kwaliteitsverbetering in het algemeen. Ook wordt verwacht dat de paramedische zorgverlening transparanter wordt voor externe partijen, waardoor de toetsbaarheid toeneemt. Alle kwaliteitsactiviteiten hebben volgens de geïnterviewden ook een public relations functie, en zullen naar verwachting bijdragen aan het imago van de beroepsgroep. Van classificaties wordt verwacht dat zij daarnaast op indirecte wijze zullen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Classificaties zijn voorwaardenscheppend voor andere activiteiten die zelf een directe invloed kunnen hebben op de kwaliteit van zorg. Door het gebruik van classificaties zal bijvoorbeeld methodischer gewerkt gaan worden en eenheid van taal zal worden bewerkstelligd waardoor een betere samenwerking en efficiëntere communicatie mogelijk is. Deze effecten zullen pas op de langere termijn kunnen optreden, nadat de classificaties en coderingen zijn geïmplementeerd.

4.5 Tot slot

Het gebruik van classificaties zorgt voor eenheid van terminologie en taal. Een eenduidig begrippenapparaat is belangrijk in de communicatie tussen paramedici, verwijzers, patiënten, zorgverzekeraars en overheid. De ontwikkeling van classificaties heeft daarom een belangrijke functie en vormt de basis voor veel andere kwaliteitsactiviteiten.

In het BKPZ-programma zijn voor diëtisten en mondhygiënisten ontwerpclassificaties ontwikkeld, en een aanvullende codering voor het vastleggen van de bevindingen voor oefentherapeuten-Mensendieck. De beroepsgroepen hebben daarvoor een grote inspanning geleverd: bij de projecten zijn niet alleen werkgroepleden maar ook veel beroepsbeoefenaren uit het veld betrokken geweest.

Er is echter nog een lange weg te gaan voordat de classificaties en coderingen geïntegreerde systemen zijn die door alle beroepsbeoefenaren worden gebruikt. Belangrijke hindernissen die daarbij moeten worden genomen zijn de ontwikkeling van software en het vergroten van het draagvlak. Belangrijke aandacht verdient ook de onderlinge afstemming en aansluiting tussen de classificaties van de verschillende beroepsgroepen, medisch én paramedisch.

De activiteiten van de werkgroepleden van de diëtisten en mondhygiënisten zijn in de eerste helft van 1999 afgerond, die van de oefentherapeuten-Mensendieck in het najaar van 1999. Voortzetting van de ontwikkeling en implementatie van de classificaties en coderingen zal mogelijk plaatsvinden in een volgend kwaliteitsprogramma voor de paramedische beroepsgroepen, het IKPZ-programma (Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg). Wij wensen de betrokken beroepsgroepen daarbij veel succes.

LITERATUUR

BEENS, M.C., HEERKENS, Y.F. Ontwerpclassificaties en Ontwerpcodelijsten voor de Diëtetiek. Amersfoort: NPi, 1999.

CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne. Amersfoort: NPi, 1999.

DEKKER, J. Ziekte, Functionele gezondheid en paramedische zorg. Amsterdam, EMGO-Instituut, Utrecht: NIVEL, 1997. Oratie, EMGO-Instituut, NIVEL.

DRIESSEN, M.J., SLUIJS, E.M., DEKKER, J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg: evaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 1995.

HALBERTSMA, J. De Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Medisch Contact; 50, 1995, no. 22. p. 710-713

HEERKENS, Y.F., BEENS, M.C. Verslag van het project 'Classificaties voor de Diëtetiek' Amersfoort: NPi, 1999a.

HEERKENS, Y.F., CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H. Verslag van het project 'Classificaties voor Mondhygiëne'. Amersfoort: NPi, 1999b.

HEERKENS, Y.F., SCHULTE, M.B., STORM, I. Ontwikkeling van een codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Amersfoort: NPi, 1999c.

HEERKENS, Y.F., HEUVEL, J. VAN DEN, KLAVEREN, A.A.J. VAN, RAVENSBERG, C.D. VAN. Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Paramedische Beroepen. Amersfoort: NPi, 1998a.

HEERKENS, Y.F., SPIJKER, M.C., KLEIN, A., RAVENSBERG, C.D. VAN. Verslag van het project 'Classificaties voor de Logopedie'. Amersfoort: NPi, 1998b.

HEERKENS, Y.F., RAVENSBERG, D. VAN. ICIDH, hoe zit het daar nu mee. Issue; 1997: no. 2. p. 30-32.

HEERKENS, Y.F., HEUVEL, J. VAN DEN, KLAVEREN, A.A.J. VAN, RAVENSBERG, C.D. VAN (eds.). Voorlopige WCC-standaard CVPB. Zoetermeer: WCC, Vaste Commissie voor Classificaties en Definities, september 1995.

HEUVEL, J. VAN DEN, HEERKENS, Y.F., KLAVEREN, A.A.J. VAN, RAVENSBERG, C.D. VAN. Voorlopige Classificatie Hulpmiddelen voor Paramedische beroepen. Amersfoort: NPi, 1996.

HOFHUIS, H., SLUIJS, E., ENDE, E. VAN DEN. Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Een tussentijdse evaluatie van het verloop van BKPZ-projecten. Utrecht: NIVEL, 1999.

KLAVEREN, A.A.J., HEERKENS, Y.F., HEUVEL, J. VAN DEN, RAVENSBERG, C.D. VAN. Voorlopige Classificatie Anatomische Lokalisatie voor Paramedische Beroepen. Amersfoort: NPi, 1998.

LAMBERTS, H., WOOD, M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen Cure en Care. Advies over een referentiekader voor beleid. NRV: Zoetermeer, 1994.

PAAS, G.R.A., FRIELE, R.D. Plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1996.

RAAIJMAKERS, M.F., DEKKER, J. Toepassing van de ICDH in de logopedie. Gouda, NVLF; Utrecht: NIVEL, 1993.

RAVENSBERG, C.D. VAN, HEERKENS, Y.F., BRANDSMA, J.W. Bewerking van de ICDH. Stoornissen en beperkingen. Amersfoort: NPi, 1995.

RIVM, Internationale Classificatie van Stoornissen, Activiteiten en Participatie. ICDH-2: Concept beta-1 voor field trials 1997. Bilthoven: RIVM, 1997.

SLUIJS, E., ROEBROECK, M., ENDE, E. VAN DEN, DEKKER, J. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht: NIVEL, 1998.

SLUIJS, E. VISSER, E., STEULTJENS, M., DEKKER, J. Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk: eindevaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 1997.

TIMMERMANS, J.E., SLUIJS, E.M, DEKKER, J., HARTOG, W.H.M. DEN. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht, CBO, Utrecht: NIVEL, 1994.

WCC. Voorlopige WCC-standaard. Termen voor classificaties en definities. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Werkgroep Classificatie en Coderingen, mei 1989.

WCC. WCC-Praktijkrichtlijn voor standaardisatie. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Vaste Commissie voor Classificaties en Definities, september 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Beta-1 draft ICDH-2. Geneva: WHO, June 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, tenth revision. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980.

Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma

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

Schema 1: Kwaliteitsprojecten per thema en per beroepsgroep

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

D = Diëtisten

M = Mondhygiënisten

P = Podotherapeuten

E = Ergotherapeuten

C = Oefentherapeuten-Cesar

R = Radiologisch laboranten

F = Fysiotherapeuten

Md= Oefentherapeuten-Mensendieck

L = Logopedisten

O = Orthoptisten

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

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

Classificatiesystemen

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

Verslaglegging patiëntenzorg

Om te bewerkstelligen dat beroepsbeoefenaren de door hen verleende zorg op uniforme wijze registreren wordt voor vijf beroepen een registratie-systeem patiëntenzorg ontwikkeld. De registratiesystemen omvatten een registratie-formulier waarop de paramedicus alle noodzakelijke informatie op geordende wijze kan vastleggen (ook wel patiëntenkaart, status

of dossier genoemd). De registratiesystemen bevatten ook een overzicht van de classificaties en coderingen die dienen te worden gebruikt.

Actualisering van beroepsprofielen

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

Criteria vanuit patiëntenperspectief

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

Richtlijnen, standaarden en protocollen

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

Implementatie van intercollegiale kwaliteitstoetsing

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

Zeven beroepsgroepen beschikken over een eigen methode voor kwaliteitstoetsing; bij hen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. In de projecten ligt dan ook het accent op het opleiden van veel nieuwe toetsingsbegeleiders, mentoren en kwaliteitscoördinatoren, allen met de taak om toetsingsgroepen te begeleiden of kwaliteitsprojecten op te zetten. Op die wijze ontstaat

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

als het ware een nieuw 'kwaliteitskader' in een beroepsgroep dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten. Met dit kwaliteitskader ontstaat op den duur ook een goede infrastructuur voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of standaarden.

De opbouw van deze infrastructuur verloopt bij drie beroepen (fysiotherapeuten, oefen-therapeuten-Cesar en Mensendieck) in een versneld tempo omdat daarvoor buiten het BKPZ-programma om, aparte subsidies ter beschikking zijn gesteld². Zie voor nadere bijzonderheden het eerste onderzoeksrapport (Sluijs e.a., 1998).

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

Visitatiesystemen

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

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

Accreditatiesystemen voor bij- en nascholing

Een accreditatiesysteem heeft als doel de kwaliteit van bij- en nascholing te waarborgen. Daartoe worden de aangeboden cursussen beoordeeld aan de hand van kwaliteitscriteria. Deze beoordeling mondt uit in het al dan niet erkennen of accrediteren van de cursus. Paramedici wordt aangeraden (of verplicht) uitsluitend geaccrediteerde cursussen te volgen. Binnen het vorige programma is een raamwerk voor dergelijke kwaliteitscriteria opgesteld. Binnen het BKPZ-programma zullen deze criteria per beroepsgroep nader worden ingevuld en geconcretiseerd. Ook wordt een opzet gemaakt voor het goed laten functioneren van het accreditatiesysteem. In dit project participeren alle tien de beroepsgroepen. Voor de fysiotherapie wordt daarnaast een systeem voor verplichte na- en bijscholing ontwikkeld inclusief een aantal verplichte onderwijs modules.

Overige projecten

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

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



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

**VRAGENLIJST
VOOR WERKGROEPEN
IN HET BKPZ-PROGRAMMA**

TOELICHTING:

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

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

Wilt u de ingevulde vragenlijst meenemen naar het interview?

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

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Hannelore Hofhuis

Deze vragen gaan over de samenstelling van de werkgroep

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

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

Beroepsgroep:

Project :

2. Uit hoeveel leden bestaat uw werkgroep?

..... leden

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

nee

ja

Zo ja, wat waren deze wensen?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4. Kon de werkgroep overeenkomstig deze wensen worden samengesteld?

ja

nee

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

ja

nee

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

ja

nee

7. Is de werkgroep gestart volgens de tijdsplanning?

ja

nee

8. Is het project op dit moment afgerond?

ja, afgerond in (maand/jaar)

nee, afronding verwacht in (maand/jaar)

De volgende vragen gaan over de werkgroepbijeenkomsten

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

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

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

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

De volgende vragen gaan over het projectplan

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

13. Was er bij de aanvang van uw project:

Een activiteitenplan

- ja
- nee

Een tijdsplanning

- ja
- nee

Een taakverdeling van de werkgroepleden

- ja
 - nee
-

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

- nee
 - ja
-

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

- ja
 - enigszins
 - nee
-

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

- ja
 - enigszins
 - nee
-

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

- projectleider
 - paramedici van de werkgroep
 - anders, namelijk
-

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

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

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

< Bijlage 2 , stappen betreffende project en beroepsgroep >

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

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

- ja
 - nee
-

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

- ja
 - nee
-

20. Is de samenstelling van de werkgroep tussentijds veranderd?

- ja
 - nee
-

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

- ja
 - enigszins
 - nee
-

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

- ja
 - nee
-

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

- ja
- nee

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

- ja
- enigszins
- nee

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

- ja
- enigszins
- nee

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

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

- ja
- nee

28. Is er tijdens het project overleg geweest met:

Bestuur van de vereniging

- ja
- nee

Kwaliteitscommissie van de beroepsgroep

- ja
- nee

Andere paramedici uit de beroepsgroep

- ja
 - nee
-

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

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

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

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

In het interview wordt nader op de streefdoelen ingegaan.

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

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

- ja
 nee
-

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

- ja
 nee
-

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

- ja
 nee
-

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

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

De eigen beroepsgroep

- ja
 nee

Landelijke overheid

- ja
 nee

Zorgverzekeraars

- ja
 nee

Instellingen/werkgevers

- ja
 nee

Andere disciplines

- ja
 nee

Patiënten(organisaties)

- ja
 nee

Opleidingen

- ja
 nee

Bedrijfsleven

- ja
 nee

Tot slot willen we enkele vragen stellen over toekomstige ontwikkelingen

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

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

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

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Geïnterviewde werkgroepleden

Mw. M. Machielse-van Gelderen, oefentherapeut-Mensendieck

Mw. M. Schulte, oefentherapeut-Mensendieck

Mw. E. van der Niet, diëtist

Mw. W. Visser, diëtist

Mw. L. Velthuisen, mondhygiënist

Mw. D. Frequin, mondhygiënist

Mw.. H.C. Hasper, oefentherapeut-Cesar

BIJLAGE 3: Interviewchecklist projectleider en geïnterviewden

1. **Samenstelling van de projectgroepen.**
Is de samenstelling van de projectgroepen vlot verlopen?
Konden paramedici met de gewenste deskundigheden gevonden worden?
Waren de paramedici in voldoende mate toegerust voor hun taken in de projectgroepen?
Hoe verliep de samenwerking in de projectgroepen?
2. **Financiën**
Was het budget toereikend voor de projecten?
Welke vergoedingen kregen de paramedici en waren deze toereikend?
3. **Plan van aanpak**
Aan de projecten lag een plan van aanpak ten grondslag.
Dit plan is beknopt beschreven op pagina < paginanummer > van het bijgaande rapport³.
Is dit plan van aanpak gevolgd? Hebben bijstellingen plaatsgevonden?
4. **Verloop van de projecten**
Welke meevallers en/of tegenvallers of ontwikkelingen hebben het verloop van de projecten beïnvloed?
5. **Streefdoelen**
De streefdoelen van de projecten met betrekking tot < thema > staan beknopt beschreven op pagina < paginanummer > van het bijgaande rapport.
Zijn er al projecten afgerond? Zo nee, wanneer wordt de afronding verwacht?
Welke streefdoelen zijn inmiddels gerealiseerd?
Hoe schat u de haalbaarheid in van nog niet gerealiseerde streefdoelen?
6. **Draagvlak en implementeerbaarheid**
Kunt u al iets zeggen over het draagvlak in de beroepsgroep?
Hoe denkt u over de implementeerbaarheid en wat zou daarvoor moeten gebeuren?
7. **Programmatische aanpak**
U heeft meerdere paramedische beroepen begeleid bij het project < thema >
Had dat een meerwaarde? Zo ja, voor wie en in welke opzichten?
Is er samenwerking geweest tussen de beroepsgroepen? Is er sprake geweest van uitwisseling van ervaring en kennis? Hoe en door wie is dit gebeurd?
8. **Geleerd?**
Wat heeft uzelf van deze projecten geleerd? Wat zou u in vergelijkbare volgende projecten anders doen?
9. **Uw eigen mening**
Zijn er zaken die u graag wilt vertellen en die nog niet aan de orde zijn gekomen?

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

Geïnterviewde projectmedewerker en projectleider

Mw. drs. M.C. Beens, NPi

Mw. dr. Y.F. Heerkens, NPi

Bijlage 4: Beroepsspecifieke diagnosecodering voor oefentherapeuten-Cesar.

Veel oefentherapeuten-Cesar leggen de verwijzingsgegevens van de arts vast met behulp van VNZ-codes: een door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde lokalisatie- en pathologiecodering. De VBC is echter van mening dat deze codering onvoldoende specifiek is om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van patiënten en de hoeveelheid benodigde zorg. Sinds 1992 wordt daarom door de VBC gewerkt aan de ontwikkeling van een beroepsspecifieke diagnosecodering. Het NPi ondersteunt de VBC bij de uitvoering van dit 'VBC-diagnose-project' sinds 1994.

Het project is uitgevoerd in drie fasen:

- 1: Ontwikkeling van twee één-cijferige codelijsten: één voor het belangrijkste aangrijpingspunt voor de behandeling en één voor het voor de behandeling complicerend beeld (in termen van ziekten/aandoeningen, stoornissen en beperkingen) (ontwerpfase).
- 2: Testen van de ontwikkelde codelijsten en aanpassen naar aanleiding van de resultaten (afgerond in mei 1996) (testfase).
- 3: Onderzoek naar de relatie tussen de door de verwijzer opgegeven pathologie, de bevindingen van de oefentherapeut-Cesar, het resultaat van de behandeling en het aantal behandelsessies. In de registratiefase die liep van juli 1996 tot juli 1997 hebben 19 peilstations de ontwikkelde codering gebruikt.

Fase 3 is deels gefinancierd vanuit het BKPZ-programma. Aangezien de fase echter al was afgerond bij de aanvang van het BKPZ-programma, wordt dit project niet op de gebruikelijke manier geëvalueerd. Het verloop van fase 3 en de resultaten van het project zullen hier kort worden besproken. Het materiaal dat voor de beschrijving in deze bijlage is gebruikt is het concept-eindverslag en een interview met een lid van de werkgroep die het project heeft uitgevoerd.

Verloop van het project:

In het project is gebruik gemaakt van 19 peilstations. Dit was ook ongeveer het aantal dat men voor ogen had. Deze peilstations hebben gedurende een jaar (van juli 1996 tot juli 1997) voor alle nieuwe patiënten een registratieformulier ingevuld aan het begin en aan het eind van de behandeling. De verwachting was dat er tussen de 800 en 1000 formulieren binnen zouden komen van patiënten van wie de behandeling was afgerond; uiteindelijk zijn dit 696 volledig ingevulde formulieren geworden.

Een nadeel van een registratiefase van één jaar is dat langlopende behandelingen nog niet zijn afgerond als de registratie wordt stopgezet, hierdoor was het aantal volledig ingevulde formulieren minder dan beoogd. Hier zal in toekomstige projecten rekening mee moeten worden gehouden.

Volgens de auteurs van het conceptverslag is het aantal van 696 formulieren niet groot genoeg om voldoende grote homogene patiëntgroepen te formeren; uit de data analyses kunnen geen absolute uitspraken worden afgeleid. Wel kunnen aanbevelingen worden gedaan omtrent benodigde wijzigingen in de concept-codering en voor vervolgonderzoek (bron: interview en conceptverslag).

Eindproducten:

Eindproducten van dit project zullen de ontwikkelde codering en het projectverslag zijn. Het projectverslag was eind december 1998 in concept gereed.

De opzet van het project is een codering te ontwikkelen die voldoende aanvullende beroepsspecifieke informatie geeft op de VNZ-code en voorts voldoende discrimineert tussen deze aanvullende categorieën. In de registratiefase is echter gebleken dat in bepaalde categorieën weinig en in andere categorieën veel patiënten worden verwezen. Dit probleem kan op twee manieren worden aangepakt, afhankelijk van datgene wat als oorzaak wordt gezien van het niet gevuld zijn van de categorieën. Indien er van uit wordt gegaan dat de oorzaak bij de codering zelf ligt, dan kan de codering worden aangepast. Door bijvoorbeeld categorieën samen te voegen worden categorieën beter gevuld. In het conceptverslag wordt door de auteurs (projectleiding NPi) een voorstel van deze strekking gedaan. Indien er echter van uit wordt gegaan dat de oorzaak niet bij de codering zelf ligt maar bij het verwijspatroon van artsen, dan moet op dat terrein naar een oplossing worden gezocht. De medewerkers van de VBC zijn van mening dat dit de aangewezen weg is. Over de uiteindelijke aanpak van het probleem moet nog overeenstemming worden bereikt door de werkgroepleden en de auteurs (bron: interview en conceptverslag).

Implementatie:

Door middel van overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de VBC in 1992 gestart met de voorbereiding van de implementatie op landelijk niveau. Aan dat overleg namen ook andere beroepsgroepen deel, waaronder de oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM). Deze beroepsgroep was ook gestart met de ontwikkeling van een beroepsspecifieke codering voor de verwijstdiagnose. ZN is echter niet verder gegaan met het overleg nadat het project van de NVOM tijdelijk was stopgezet (intussen heeft de NVOM dit project in het kader van het BKPZ-programma uitgevoerd). ZN wilde alleen met de twee beroepsgroepen gezamenlijk overleg voeren indien beide beroepsgroepen een codering hebben. Tot op heden is dit overleg niet hervat. Implementatie op regionaal niveau is daarom nog niet goed van de grond gekomen. Wel is er overleg met automatiseringsinstellingen om de ontwikkelde codering te integreren in bestaande systemen (bron: interview).

Conclusie:

De oefentherapeuten-Cesar hebben een project uitgevoerd dat vergelijkbaar is met dat van de NVOM. Een belangrijk verschil is de uitgebreidheid van de ontwikkelde codering: de VBC is gestart in een tijd dat er voor deze codering twee posities beschikbaar waren in de gegevensbestanden bij de zorgverzekeraars. Inmiddels zijn de mogelijkheden uitgebreid tot zes posities; de NVOM, later gestart, heeft van deze uitbreiding gebruik gemaakt. Een aanzet voor de implementatie heeft plaatsgevonden; men is in afwachting van de voortzetting van het overleg met Zorgverzekeraars Nederland. Voor stappen die verder nog moeten worden gezet voor implementatie van de codering in de praktijk wordt verwezen naar schema 4.2.

Bijlage 5: Activiteiten voor de ontwikkeling van classificaties en coderingen

In het eerste BKPZ-rapport is vastgelegd welke stappen door het NPi zullen worden doorlopen om de ontwerpclassificaties voor diëtisten en mondhygiënisten te ontwikkelen. Globaal gezien omvatten deze stappen de volgende activiteiten (zie schema 1):

Schema 1: Activiteiten NPi ten behoeve van de ontwikkeling van classificaties

- | | |
|---|---|
| A | Schema ontwikkelen met een overzicht van mogelijke gegevens die geklasseerd of gecodeerd zouden kunnen worden, gebaseerd op de stappen van het methodisch handelen. |
| B | Kiezen van classificaties en coderingen, op basis van de behoefte in de beroepsgroep. |
| C | Inventariseren van beschikbare classificaties. |
| D | Globale schets per classificatiesysteem. |
| E | Ontwerpen van de classificatie. |

Voor de classificatie van verrichtingen van mondhygiënisten zullen assen voor een ontwerpclassificatie worden ontworpen. De inschatting (medio 1998) is dat een ontwerpclassificatie hiervoor niet haalbaar is binnen het BKPZ-programma.

In het kader van de ontwikkeling van classificaties zijn de volgende activiteiten eveneens gepland:

- Binnen de beroepsgroepen wordt een draagvlak gecreëerd via de werkgroepen (met vertegenwoordigers uit de beroepsgroepen) die meewerken aan de ontwikkeling van de classificaties. Deze vertegenwoordigers worden elk weer door een eigen achterban (een klankbordgroep) van vier tot vijf paramedici ondersteund. Concepten van de ontwerpclassificaties worden dus beoordeeld door mensen uit de praktijk maar ze worden nog niet in de praktijk getest.
- Om een draagvlak te creëren zal over de projecten gepubliceerd worden in de vaktijdschriften.

Schema 2: Activiteiten NPi ten behoeve van de ontwikkeling van een aanvullende codering voor oefentherapeuten-Mensendieck

- | | |
|----------|--|
| A | Inventarisatie van patiëntgegevens
Op een uitgebreid registratie-formulier worden circa 200 patiënten geregistreerd (door peilstations). |
| B | Ontwikkelen en testen
De codering wordt ontwikkeld en op beperkte schaal uitgetest in de peilstations |
| C | Invoering in de peilstations
De codering wordt toegepast bij alle nieuwe patiënten in de peilstationpraktijken. |

Bijlage 6: Inhoudsopgaven eindproducten classificatie- en coderingsprojecten

In deze bijlage zijn de inhoudsopgaven opgenomen van de eindproducten van de projecten van de diëtisten, mondhygiënisten en oefentherapeuten-Mensendieck.

De inhoudsopgaven in deze bijlage betreffen de volgende publicaties:

BEENS, M.C., HEERKENS, Y.F. Ontwerpclassificaties en Ontwerpcodelijsten voor de Diëtetiek. Amersfoort: NPi, 1999.

CORBAY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne. Amersfoort: NPi, 1999.

HEERKENS, Y.F., BEENS, M.C. Verslag van het project 'Classificaties voor de Diëtetiek' Amersfoort: NPi, 1999a.

HEERKENS, Y.F., CORBAY-VERHEGGEN, M.J.H. Verslag van het project 'Classificaties voor Mondhygiëne'. Amersfoort: NPi, 1999b.

HEERKENS, Y.F., SCHULTE, M.B., STORM, I. Ontwikkeling van een codering voor de bevindingen / conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Amersfoort: NPi, 1999c.

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1	INLEIDING	1.1
1.1.1	Introductie	1.1
1.1.2	Doelgroepen	1.2
1.1.3	Stappenplan voor het ontwikkelen van ontwerpclassificaties	1.3
1.2	PLAATSBEPALING VAN HET PROJECT ALS GEHEEL	1.5
1.2.1	Eenheid van taal	1.5
1.2.2	Kwaliteitsbeleid	1.5
1.3	STAND VAN ZAKEN IN DE DIËTETIEK	1.6
1.4	PRODUCTEN	1.8
1.4.1	De Ontwerp CMT-diëtetiek	1.8
1.4.2	De Ontwerp ICIDH-diëtetiek	1.8
1.4.3	De Ontwerp CV-diëtetiek	1.8
1.4.4	De Ontwerp CH-diëtetiek	1.9
1.4.5	De Ontwerpcodelijsten	1.9
1.4.6	Het verslag van het project 'Classificaties voor de Diëtetiek'	1.9
1.5	HOOFDSTUKINDELING	1.10

HOOFDSTUK 2 ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR DE DIËTETIEK

2.1	METHODIEK	2.1
2.1.1	Vooronderzoeksfase	2.1
2.1.2	Ontwerpfase	2.2
2.2	TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN	2.5
2.2.1	De voor de Ontwerp CMT-diëtetiek relevante begrippen	2.5
2.2.2	Domein	2.5
2.2.3	Opbouw van de Ontwerp CMT-diëtetiek	2.5
2.2.4	Codering en verwijzing naar andere classificaties	2.10
2.2.5	Belang van een Classificatie 'Medische' Termen (CMT) naast de Classificatie Gezondheidstoestand (ICIDH) voor de diëtetiek	2.11
2.2.6	Regels voor gebruik	2.11
2.3	TECHNISCHE TOELICHTING OP ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR DE DIËTETIEK	2.12
2.3.1	Algemeen	2.12
2.3.2	Hoofdklassen ontleend aan de ICD-10 (00-35)	2.12
2.3.3	Hoofdklassen ontleend aan de CMSV (40-72)	2.13
2.3.4	Overige hoofdklassen (vanaf 75)	2.13
2.4	INDELING PER HOOFDKLASSE	2.14

HOOFDSTUK 3 ONTWERP ICIDH-DIËTETIEK

3.1	DE ICIDH	3.1
3.2	METHODIEK	3.1
3.2.1	Vooronderzoeksfase	3.1
3.2.2	Ontwerpfase	3.4
3.3	TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND VOOR DE DIËTETIEK	3.6
3.3.1	Uitgangspunten	3.6
3.3.2	Codering	3.6
3.3.3	Gebruik en vervolg	3.7
3.3.4	Aanbeveling	3.7
3.3.5	Hoofdstukindeling	3.8
3.4	ONTWERPCLASSIFICATIE (STOORNISSEN IN) FUNCTIES EN STRUCTUUR VOOR DE DIËTETIEK	3.9
3.4.1	Toelichting op de Classificatie Stoornissen ontleend aan de beta-1	

	draft	3.9
	3.4.2 Indeling Classificatie van Stoornissen per hoofdklasse	3.10
3.5	ONTWERPCLASSIFICATIE ACTIVITEITEN VOOR DE DIËTETIEK	3.37
	3.5.1 Toelichting op de Classificatie Activiteiten ontleend aan de beta-1 draft	3.37
	3.5.2 Indeling Classificatie van Activiteiten per hoofdklasse	3.39
3.6	ONTWERPCLASSIFICATIE PARTICIPATIE VOOR DE DIËTETIEK	3.49
	3.6.1 Toelichting op de Classificatie Participatie ontleend aan de beta-1 draft	3.49
	3.6.2 Indeling Classificatie van Participatie per hoofdklasse	
HOOFDSTUK 4 ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR DE DIËTETIEK		
4.1	METHODIEK	4.1
	4.1.1 VOORONDERZOEKSFASE	4.1
	4.1.2 Ontwerpfase	4.2
4.2	Globale opbouw van de voorlopige classificatie verrichtingen PARAMEDISCHE BEROEPEN	4.6
	4.2.1 Toelichting	4.6
	4.2.2 Omschrijving van het begrip 'verrichting'	4.6
	4.2.3 Doelgroepen, doelstellingen en domein van de CVPB	4.6
	4.2.4 Hoofdindeling	4.6
	4.2.5 Kenmerktypen in de Voorlopige CVPB	4.8
	4.2.6 Codering	4.9
	4.2.7 Gebruik van de Voorlopige CVPB bij de ontwikkeling van de Ontwerp CV-diëtetiek	4.9
4.3	ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTING VOOR DE DIËTETIEK	4.11
HOOFDSTUK 5 ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR DE DIËTETIEK		
5.1	METHODIEK	5.1
	5.1.1 Vooronderzoeksfase	5.1
	5.1.2 Ontwerpfase	5.5
5.2	TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR DE DIËTETIEK	5.8
	5.2.1 Hoofdindeling	5.8
	5.2.2 Codering	5.9
	5.2.3 Gebruik en vervolg	5.10
	5.2.4 Aanbeveling	5.10
5.3	ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR DE DIËTETIEK	5.11
HOOFDSTUK 6 ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR DE DIËTETIEK		
6.1	TOELICHTING ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR DE DIËTETIEK	6.1
6.2	ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR DE DIËTETIEK	6.2
HOOFDSTUK 7 ONTWERPCODELIJST MEDICAMENTEN VOOR DE DIËTETIEK		
7.1	TOELICHTING OP ONTWERPCODELIJST MEDICAMENTEN VOOR DE DIËTETIEK	7.1
7.2	ONTWERPCODELIJST MEDICAMENTEN VOOR DE DIËTETIEK	7.3
HOOFDSTUK 8 AANVULLENDE ONTWERPCODELIJSTEN VOOR DE DIËTETIEK		
8.1	TOELICHTING OP DE ONTWERPCODELIJSTEN VOOR DE DIËTETIEK	8.1
8.2	LEEFVORM	8.2
8.3	WOONSITUATIE	8.4
8.4	OPLEIDING	8.6
8.5	ZORG-/HULPVERLENER	8.8
8.6	(RECREATIEVE)ACTIVITEIT	8.12

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:	BETROKKEN PERSONEN/INSTANTIES	I
BIJLAGE 2:	GEHANTEERDE AFKORTINGEN	III
BIJLAGE 3:	GERAADPLEEGDE LITERATUUR	V

CORBEEY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne. Amersfoort: NPi, 1999.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING / HET BELANG VAN EENHEID VAN TAAL VOOR MONDHYGIËNE	
1.1	INLEIDING	1.1
1.1.1	Introductie	1.1
1.1.2	Doelgroepen	1.2
1.1.3	Stappenplan voor het ontwikkelen van ontwerpclassificaties	1.3
1.2	PLAATSBEPALING VAN HET PROJECT ALS GEHEEL	1.5
1.2.1	Eenheid van taal	1.5
1.2.2	Kwaliteitsbeleid	1.5
1.3	STAND VAN ZAKEN IN MONDHYGIËNE	1.6
1.4	METHODISCH HANDELEN VAN DE MONDHYGIËNIST	1.7
1.5	PRODUCTEN	1.10
1.5.1	De Ontwerp CMT-mondhygiëne	1.10
1.5.2	De Ontwerp ICIDH-mondhygiëne	1.10
1.5.3	De Ontwerp CV-mondhygiëne	1.10
1.5.4	De Ontwerp CH-mondhygiëne	1.11
1.5.5	De Ontwerpcodelijsten	1.11
1.5.6	Het verslag van het project 'Classificaties voor Mondhygiën'	1.11
1.5	HOOFDSTUKINDELING	1.12
2	ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR MONDHYGIËNE	
2.1	INLEIDING	2.1
2.2	METHODIEK	2.2
2.3	OPBOUW VAN DE ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR MONDHYGIËNE	2.6
2.4	NOODZAAK VOOR EEN APARTE CLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN (CMT) EN EEN APARTE CLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND (ICIDH) VOOR MONDHYGIËNE	2.13
2.5	TECHNISCHE TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR MONDHYGIËNE	2.15
2.6	INDELING PER HOOFDKLASSE	2.18
*	Klassen ontleend aan ICD-10	2.18
*	Klassen ontleend aan CMSV	2.54
*	Overige (niet aan ICD-10 of CMSV ontleende) klassen	2.70
3	ONTWERPCLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND VOOR MONDHYGIËNE	
3.1	INLEIDING	3.1
3.2	DE ICIDH	3.2
3.2	METHODIEK	3.3
3.4	TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND VOOR MONDHYGIËNE	3.8
3.4.1	Uitgangspunten	3.8
3.4.2	Codering	3.8
3.4.3	Gebruik en vervolg	3.8
3.4.4	Aanbeveling	3.8
3.4.5	Hoofdstukindeling	3.9
3.5	ONTWERPCLASSIFICATIE FUNCTIES EN STOORNISSEN IN FUNCTIES EN STRUCTUUR VOOR MONDHYGIËNE	3.10
*	Functies & structuur en stoornissen in functies & structuur relevant voor mondhygiëne	3.10
*	Activiteiten en beperkingen relevant voor mondhygiëne	3.43

* Participatie en participatieproblemen relevant voor mondhygiëne	3.47
* Omgevingsfactoren en persoonlijke factoren relevant voor mondhygiëne	3.52
* Overige diagnostische termen relevant voor mondhygiëne	3.53

4 ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR MONDHYGIËNE

4.1 INLEIDING	4.1
4.2 METHODIEK	4.2
4.3 GLOBALE OPBOUW VAN DE VOORLOPIGE CLASSIFICATIE VERRICHTINGEN	
PARAMEDISCHE BEROEPEN	4.6
4.3.1 Toelichting	4.6
4.3.2 Omschrijving van het begrip 'verrichting'	4.6
4.3.3 Doelgroepen, doelstellingen en domein van de CVPB	4.6
4.3.4 Hoofdindeling	4.6
4.3.5 Kenmerktypen in de Voorlopige CVPB	4.8
4.3.6 Hulpbestanden	4.9
4.3.7 Codering	4.10
4.4 GLOBALE OPBOUW VAN DE ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR MONDHYGIËNE	4.11
4.5 INDELING VAN DE ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR MONDHYGIËNE	4.13

5 ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR MONDHYGIËNE

5.1 INLEIDING	5.1
5.2 METHODIEK	5.2
5.3 TOELICHTING OP DE ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR MONDHYGIËNE	5.9
5.3.1 Hoofdindeling	5.9
5.3.2 Codering	5.9
5.3.3 Gebruik en vervolg	5.9
5.3.4 Aanbeveling	5.10
5.4 INDELING VAN DE ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR MONDHYGIËNE	5.11

6 ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR MONDHYGIËNE

6.1 INLEIDING	6.1
6.2 INDELING VAN DE ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR MONDHYGIËNE	6.2

7 OVERIGE ONTWERPCODELIJSTEN

7.1 TOELICHTING OP DE ONTWERPCODELIJSTEN	7.1
7.2 ONTWERPCODELIJST LEEFVORM	7.2
7.3 ONTWERPCODELIJST WOONSITUATIE	7.3
7.4 ONTWERPCODELIJST OPLEIDING	7.5
7.5 ONTWERPCODELIJST ZORG- / HULPVERLENER	7.6
7.6 ONTWERPCODELIJST (RECREATIEVE) ACTIVITEIT	7.10

Bijlagen

Bijlage 1	Betrokken personen / instanties
Bijlage 2	Gebruikte afkortingen
Bijlage 3	Geraadpleegde literatuur

HEERKENS, Y.F., BEENS, M.C. Verslag van het project 'Classificaties voor de Diëtetiek'
Amersfoort: NPi, 1999a.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING

1	INLEIDING	1
	1.1 Inleiding	1
	1.2 Plaatsbepaling van het project als geheel	1
	1.3 Stand van zaken in de diëtetiek; de relatie met het project 'Naar een Doelmatiger POR'	2
	1.4 Producten	3
	1.5 Kader van het project: het bkpz-programma	5
	1.6 Hoofdstukindeling	7
2	VOORGAANDE PROJECTEN: CLASSIFICATIE-PROJECT EN PROJECT 'CLASSIFICATIES VOOR DE LOGOPEDIE	9
	2.1 Producten Classificatie-project en project 'Classificaties voor de Logopedie' (1996 - 1998)	9
	2.2 Stappenplan Classificatie-project	9
3	WERKWIJZE PROJECT 'CLASSIFICATIES VOOR DE DIËTETIEK	13
	3.1 Algemeen	13
	3.2 Uit te voeren activiteiten	13
	3.3 Relaties tussen gegevens uit het diëtistisch zorgverleningsproces en de verschillende classificaties en codelijsten	15
4	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR DE DIËTETIEK ..	18
	4.1 Inleiding	18
	4.2 Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Paramedische Beroepen ...	18
	4.3 Een classificatie voor de categorie 'verwijsdiagnose' ten behoeve van de registratie	19
	4.4 Classificatie 'Medische' Termen voor de Diëtetiek: vooronderzoeksfase ..	20
	4.5 Classificatie 'Medische' Termen voor de Diëtetiek: ontwerpfas e	20
	4.6 Gebruik van de Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor de Diëtetiek	21
5	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND VOOR DE DIËTETIEK	22
	5.1 Inleiding	22
	5.2 Beschikbare versies van de ICDH:	22
	5.3 Classificatie Gezondheidstoestand voor de Diëtetiek: vooronderzoeksfase	22
	5.4 Classificatie Gezondheidstoestand voor de Diëtetiek: ontwerpfas e	23
	5.5 Het toetsen van de Ontwerp ICDH-diëtetiek aan de registratie door diëtisten in de praktijk	24
	5.6 Gebruik van de Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor de Diëtetiek	25
6	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR DE DIËTETIEK	26
	6.1 Inleiding	26
	6.2 Voorlopige Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen	26
	6.3 Classificatie Verrichtingen voor de Diëtetiek: vooronderzoeksfase	27
	6.4 Classificatie Verrichtingen voor de Diëtetiek: ontwerpfas e	28

	6.5 Gebruik van de Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor de Diëtetiek	29
7	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR DE DIËTETIEK	30
	7.1 Inleiding	30
	7.2 Voorlopige Classificatie Hulpmiddelen voor Paramedische Beroepen	30
	7.3 Classificatie Hulpmiddelen voor de Diëtetiek: vooronderzoeksfase	30
	7.4 Classificatie Hulpmiddelen voor de Diëtetiek: ontwerpfase	32
	7.5 Gebruik van de Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor de Diëtetiek	33
8	ONTWERPCODELIJSTEN	34
9	ORGANISATIE PROJECT	35
10	AANBEVELINGEN	37
BIJLAGEN		
	BIJLAGE 1: BETROKKEN PERSONEN/INSTANTIES	I
	BIJLAGE 2: GEHANTEERDE AFKORTINGEN	III
	BIJLAGE 3: GERAADPLEEGDE LITERATUUR	V

HEERKENS, Y.F., CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H. Verslag van het project 'Classificaties voor Mondhygiëne'. Amersfoort: NPi, 1999b.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING

1	INLEIDING	
1.1	Inleiding	1
1.2	Plaatsbepaling van het project als geheel	1
1.3	Producten	2
1.4	Kader van het project: het BKPZ-programma	4
1.5	Hoofdstukindeling	5
2	VOORGAANDE PROJECTEN: CLASSIFICATIE-PROJECT (1990-1996) EN PROJECT 'CLASSIFICATIES VOOR DE LOGOPEDIE' (1996-1998)	
2.1	Producten Classificatie-project en project 'Classificaties voor de Logopedie'	7
2.2	Stappenplan Classificatie-project	8
3	WERKWIJZE PROJECT 'CLASSIFICATIES VOOR MONDHYGIËNE'	
3.1	Algemeen	11
3.2	Uit te voeren activiteiten	11
3.3	Relaties tussen gegevens uit het mondhygiënisch zorgverleningsproces en de verschillende classificaties en codelijsten	13
4	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE 'MEDISCHE' TERMEN VOOR MONDHYGIËNE (Ontwerp CMT-mondhygiëne)	
4.1	Inleiding	15
4.2	Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Paramedische Beroepen	15
4.3	Classificatie 'Medische' Termen voor Mondhygiëne: vooronderzoeksfase	16
4.4	Classificatie 'Medische' Termen voor Mondhygiëne: ontwerpfas	17
4.5	Gebruik van de Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Mondhygiëne	17
5	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE GEZONDHEIDSTOESTAND VOOR MONDHYGIËNE (Ontwerp ICDH-mondhygiëne)	
5.1	Inleiding	18
5.2	Beschikbare versies van de ICDH	18
5.3	Classificatie Gezondheidstoestand voor Mondhygiëne: vooronderzoeksfase	18
5.4	Classificatie Gezondheidstoestand voor Mondhygiëne: ontwerpfas	19
5.5	Gebruik van de Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor Mondhygiëne	21
6	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE VERRICHTINGEN VOOR MONDHYGIËNE (Ontwerp CV-mondhygiëne)	
6.1	Inleiding	22
6.2	Voorlopige Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen	22
6.3	Classificatie Verrichtingen voor Mondhygiëne: vooronderzoeksfase	23
6.4	Classificatie Verrichtingen voor Mondhygiëne: ontwerpfas	24
6.5	Gebruik van de Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor Mondhygiëne	25
7	EEN ONTWERPCLASSIFICATIE HULPMIDDELEN VOOR MONDHYGIËNE (Ontwerp CH-mondhygiëne)	
7.1	Inleiding	26
7.2	Voorlopige Classificatie Hulpmiddelen voor Paramedische Beroepen	26

7.3	Classificatie Hulpmiddelen voor Mondhygiëne: vooronderzoeksfase	26
7.4	Classificatie Hulpmiddelen voor Mondhygiëne: ontwerpfas	28
7.5	Gebruik van de Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor Mondhygiëne	29
8	ONTWERPCODELIJSTEN	30
9	ORGANISATIE PROJECT	31
10	AANBEVELINGEN	33

BIJLAGEN

Bijlage 1	Betrokken personen / instanties
Bijlage 2	Gebruikte afkortingen
Bijlage 3	Geraadpleegde literatuur

HEERKENS, Y.F., SCHULTE, M.B., STORM, I. Ontwikkeling van een codering voor de bevindingen / conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Amersfoort: NPi, 1999c.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1	Aanleiding voor het onderzoek	1
1.2	Doelstelling van het onderzoek	1
1.3	Fasering van het onderzoek	1
1.4	Subsidiëring / BKPZ	2

Hoofdstuk 2 Methode / opzet van het project

2.1	Algemeen	3
2.2	Opzet per fase	
2.2.1	Fase 1: voorbereidingsfase	3
2.2.2	Fase 2: inventarisatiefase	5
2.2.3	Fase 3: ontwikkelfase	5
2.2.4	Fase 4: testfase	5
2.2.5	Fase 5: analyse- en bijstellingsfase	5
2.2.6	Fase 6: registratiefase	6
2.2.7	Fase 7: slotfase	6
2.3	Rol projectteam	7
2.4	BKPZ	7

Hoofdstuk 3 Resultaten van het project

3.1	Algemeen	9
3.2	Door de peilstations vastgelegde gegevens	
3.2.1	Algemene gegevens van de patiënten	9
3.2.2	Verwijsgegevens	19
3.2.3	Eerdere zorg	27
3.2.4	Klachtgegevens	29
3.2.5	Bevindingen oefentherapeut-Mensendieck / codering	31
3.2.6	Gegevens behandelplan	39
3.2.7	Gegevens bij afsluiten behandelingsperiode	43
3.3	Peilstations	53
3.4	Stepwise discriminantanalyse	
3.4.1	Onafhankelijke en afhankelijke variabelen	57
3.4.2	Resultaten stepwise discriminantanalyse	60

Hoofdstuk 4 Discussie

4.1	Algemeen	63
4.2	Resultaten van de zorg gegeven door oefentherapeuten-Mensendieck	63
4.3	Aantal sessies	65
4.4	Communicatie met de zorgverzekeraar	65
4.5	VNZ-codering	67
4.6	Factoren	67
4.7	Beroepsspecifieke codering voor oefentherapeuten-Mensendieck	
4.7.1	Algemeen	69
4.7.2	Reductie aantal kernproblemen	71
4.7.3	Nieuwe kolom 'belasting-belastbaarheid	71
4.7.4	Aangepaste kolommen B, C en E	71
4.7.5	Mogelijke samenstelling codering voor de zorgverzekeraar	71
4.7.5	Mogelijke samenstelling codering voor andere toepassingen	72

Hoofdstuk 5	Aanbevelingen	73
-------------	---------------	----

Bijlagen	
Bijlage 1	ICIDH: functies/structuur, activiteiten en participatie
Bijlage 2	Betrokken personen / organisaties
Bijlage 3	Literatuur
	Bijlage 3.1 Geraadpleegde literatuur
	Bijlage 3.2 Publicaties vanuit het project
Bijlage 4	Lijst met afkortingen
Bijlage 5	Registratieformulier gebruikt tijdens de inventarisatiefase
Bijlage 6	Registratieformulier gebruikt tijdens de testfase inclusief conceptcodering
Bijlage 7	Registratieformulier gebruikt tijdens de registratiefase
Bijlage 8	Voorlopige Codering
Bijlage 9	Informatiefolder patiënten
Bijlage 10	Resultaten inventarisatiefase: stoornissen, beperkingen en participatieproblemen
Bijlage 11	Resultaten testfase / conceptcodering
Bijlage 12	VNZ-codering
Bijlage 13	Bij de patiënten voorkomende stoornissen, beperkingen en complicerende factoren (registratiefase)
Bijlage 14	Volledige coderingslijst bevindingen/conclusie van de oefentherapeut- Mensendieck

Bijlage 7: Voorbeelden van classificaties en codelijsten

In deze bijlage zijn voorbeelden opgenomen van de ontwikkelde ontwerpclassificaties en ontwerpcodelijsten van diëtisten en mondhygiënisten, en van de codering van oefentherapeuten-Mensendieck⁴:

1. Ontwerpclassificatie 'Medische' Termen voor Mondhygiëne: pagina 2.34 (op pagina 72 van deze bijlage)
(CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne: Amersfoort: NPi, 1999)
2. Ontwerpclassificatie Gezondheidstoestand voor de Diëtetiek: pag. 3.27 (op pagina 73 van deze bijlage)
(BEENS, M.C., HEERKENS, Y.F. Ontwerpclassificaties en Ontwerpcodelijsten voor de Diëtetiek. Amersfoort: NPi, 1999)
3. Ontwerpclassificatie Verrichtingen voor Mondhygiëne: pag. 4.26 (op pagina 74 van deze bijlage)
(CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne. Amersfoort: NPi, 1999)
4. Ontwerpclassificatie Hulpmiddelen voor de Diëtetiek: pag. 5.16 (op pagina 75 van deze bijlage)
(BEENS, M.C., HEERKENS, Y.F. Ontwerpclassificaties en Ontwerpcodelijsten voor de Diëtetiek. Amersfoort: NPi, 1999)
5. Ontwerpcodelijst Doelen voor Mondhygiëne: pag. 6.2 (op pagina 76 van deze bijlage)
(CORBEY-VERHEGGEN, M.J.H., HEERKENS, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne. Amersfoort: NPi, 1999)
6. Codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck: pag. 4 van Bijlage 14 (op pagina 77 van deze bijlage)⁵
(HEERKENS, Y.F., SCHULTE, M.B., STORM, I. Ontwikkeling van een codering voor de bevindingen / conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck. Amersfoort: NPi, 1999c)

4 Met toestemming.

5 Het voorbeeld in deze bijlage heeft betrekking op een codering met zeven cijfers. De codering die gebruikt is in de registratiefase bestaat uit zes cijfers. Naar aanleiding van de resultaten van de registratiefase zijn aanbevelingen geformuleerd; een daarvan betreft het gebruiken van slechts drie cijfers in de communicatie met zorgverzekeraars (te weten de tweecijferige code voor het kernprobleem en de eencijferige code voor 'beperkingen'). Eventueel kunnen deze drie cijfers worden aangevuld met een code voor 'belasting-belastbaarheid'. Hierdoor ontstaat een codering van zeven cijfers (zie paragraaf 2.3).

Deze hoofdklasse is gebaseerd op hoofdstuk XI van de ICD-10.

14 ZIEKTEN VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL (K00-K93)**14-0 Stoornissen en aandoeningen van gebitselementen (#K00-K03)**

- 14-00 Stoornissen van tandontwikkeling en tanddoorbraak (K00)
- 0 Anodontie (K00.0)
 - incl. hypodontie, oligodontie
 - 1 Hyperodontie (K00.1)
 - 2 Afwijkingen van grootte en vorm van tanden (K00.2)
 - incl. concretescentie van tanden, dens: evaginatus, in dente, invaginatus; emailparels; kegelvormige [conische] tanden; macrodontie; microdontie; taurodontie; tuberculum paramolare; schizodontie; synodontie; mesiodens; diplodontie
 - excl. tuberculum Carabelli (geen aandoening)
 - 3 Gevlekte tanden (K00.3)
 - incl. fluorose; mottled enamel; witte vlekken in glazuur, niet door fluorose
 - excl. afzettingen op tanden [14-03] (#K03.6)
 - 4 Stoornissen van tandontwikkeling (K00.4)
 - incl. glazuur hypoplasie (K00.40); hypocalcificatie; hypomaturatie; Turner-tand (K00.46); glazuurspoor
 - excl. gevlekte tanden [14-003] (K00.3)
 - excl. Hutchinsonson-tanden en moerbeimolaren bij congenitale syfilis [00-041] (A50.5)
 - 5 Erfelijke afwijkingen van tandstructuur, niet elders geclassificeerd (K00.5)
 - 50 Amelogenesis imperfecta (K00.50)
 - 51 Dentinogenesis imperfecta (K00.51)
 - 52 Odontogenesis imperfecta (K00.52)
 - 53 Andere erfelijke afwijkingen van tandstructuur (K00.58)
 - incl. dentine dysplasie; Shell teeth
 - 54 Erfelijke afwijkingen van tandstructuur niet gespecificeerd (K00.59)
 - 58 Overig
 - 6 Stoornissen in tanddoorbraak (K00.6)
 - incl. persisterende melktand; ectosteem; endosteem
 - 7 Overige gespecificeerde stoornissen van tandontwikkeling (K00.8)
 - 70 Intrinsieke verleurings van tanden NNO
 - incl. kleurveranderingen tijdens tandontwikkeling ten gevolge van: bloedgroep antagonisme, stoornis in ontwikkeling van galsysteem, stoornissen van porfyriene- en bilirubinemetabolisme
 - 71 Tetracyclinetanden
 - 78 Overig
 - 8 Stoornis van tandontwikkeling, niet gespecificeerd (K00.9)
- 14-01 Geretineerde en geïmpacteerde elementen (K01)
- excl. geretineerde en geïmpacteerde tanden met abnormale stand van deze of aangrenzende tanden [14-33] (K07.3)
 - 0 Geretineerde tanden (K01.0)
 - 1 Geïmpacteerde tanden (K01.1)
 - 8 Overig

- f60100 Orofagale dysfagie [↳]
 f601000 Kauwen [↳]
 f601001 Slikken [↳]
 f6010010 Slikken van dun vloeibare voeding [↳]
 f6010011 Slikken van dunne voeding [↳]
 f6010012 Slikken van dikke voeding [↳]
 f6010013 Slikken van vaste voeding [↳]
 f6010018 Anders gespecificeerd [↳]
 f6010019 Niet gespecificeerd [↳]
 f601008 Anders gespecificeerd
 f601009 Niet gespecificeerd
- f60101 Oesofagale dysfagie [↳]
incl. oesofagale passagestoornis
- f60108 Anders gespecificeerd [↳]
 f60109 Niet gespecificeerd [↳]
- f6011 Aspiratie [fi50240]**
 Het terechtkomen van voedsel of vocht in de luchtwegen; treedt meestal op bij mensen met een veranderd bewustzijn of bij wie de hoestreflex niet normaal functioneert.
- f6012 Kwijlen** [↳]
f6013 Rumineren [↳]
f6014 Gastro-oesofagale reflux [↳]
f6015 Verslikken [↳]
f6018' Anders gespecificeerd
f6019 Niet gespecificeerd
1e digit achter decimale punt voor klasse f601
k.t. aanwezigheid stoornis
.0 Stoornis niet aanwezig / functie normaal [↳]
.1 Stoornis wel aanwezig / functie niet normaal [↳]
.8 Anders gespecificeerd [↳]
.9 Niet gespecificeerd [↳]
- f602 Andere functies gerelateerd aan voeding [i50400]**
- f6020 Hoeveelheid en frequentie van ingenomen voedsel / drinken** [↳]
- f60200 Hoeveelheid en frequentie van ingenomen voedsel / drinken bij adolescenten en volwassenen [↳]
 f60200.0 Geen afwijkende hoeveelheid en/of frequentie van ingenomen voedsel / drinken [↳]
 f60200.1 In het algemeen te veel eten [↳]
 f60200.2 Eetbuien [↳]
 f60200.3 Eetbuistoornis [↳]
 f60200.4 In het algemeen te weinig eten [↳]
 f60200.5 Anorexie [↳]
 f60200.6 Onregelmatig eten [↳]
 f60200.8 Anders gespecificeerd [↳]
 f60200.9 Niet gespecificeerd [↳]
- f60201 Hoeveelheid en frequentie van ingenomen voedsel / drinken bij kinderen [↳]
 f60201.0 Geen afwijkende hoeveelheid en/of frequentie van ingenomen voedsel / drinken bij kinderen [↳]
 f60201.1 Eetstoornis bij kinderen [↳]
 f60200.8 Anders gespecificeerd [↳]
 f60200.9 Niet gespecificeerd [↳]
- f60208 Anders gespecificeerd [↳]
 f60209 Niet gespecificeerd [↳]
- f6021 Lichaamsgewicht** [↳]
 f6021.0 Gezond lichaamsgewicht [↳]

- 50 INSTRUMENTEEL VERWIJDEREN VAN TANDSTEEN EN AANSLAG**
k.t. techniek
- 500 Scalen supragingivaal**
k.t. techniek
5000 Verwijderen van supragingivaal tandsteen met gebruik van scalers
5001 Verwijderen van supragingivaal tandsteen met gebruik van curettes
5002 Verwijderen van supragingivaal tandsteen met gebruik van ultrasone apparatuur
5008 Overig
- 501 Scalen subgingivaal**
k.t. techniek
5010 Verwijderen van subgingivaal tandsteen met gebruik van scalers
5011 Verwijderen van subgingivaal tandsteen met gebruik van curettes
incl. teflon curette; curvette
5012 Verwijderen van subgingivaal tandsteen met gebruik van vijlen/ files
5013 Verwijderen van subgingivaal tandsteen met gebruik van ultrasone apparatuur
5018 Overig
- 502 Planen**
k.t. techniek
5020 Glad maken van worteloppervlakken met gebruik van curettes
5021 Glad maken van worteloppervlakken met gebruik van hoes
5022 Glad maken van worteloppervlakken met gebruik van files
5023 Glad maken van worteloppervlakken met gebruik van ultrasone apparatuur
5028 Overig
- 503 Polijsten gebitselementen**
k.t. techniek
5030 Verwijderen aanslag van tandglazuur met gebruik van roterend instrument
en borsteltje
incl. met polijstpasta
5031 Verwijderen aanslag van tandglazuur met gebruik van roterend instrument
en rubber cup
5032 Verwijderen aanslag van tandglazuur met gebruik van roterend instrument en
interdental rubber point
5033 Verwijderen aanslag van tandglazuur met gebruik van schuurstrips
5034 Verwijderen aanslag van tandglazuur met gebruik van zout spray
5035 Verwijderen aanslag van wortelcement met gebruik van roterend instrument
en borsteltje
5036 Verwijderen aanslag van wortelcement met gebruik van roterend instrument
en rubber cup
5038 Overig
- 508 Overig**

- T.2 checklisten ㊟
- T.3 tabellen en grafieken ㊟
 - a groeicurven ㊟
 - b referentietabellen ㊟
 - y anders gespecificeerd ㊟
 - z niet gespecificeerd ㊟
- T.4 handboeken ㊟
- T.5 registratieformulieren en programma's ㊟
 - a POR-registratieformulieren/-programma's ㊟
 - b voedingsanamneselijsten ㊟
 - c vochtlijsten ㊟
 - d sondevoeding-aftekenlijsten ㊟
 - e voedingstoestand registratieformulieren ㊟
 - f landelijke registratieformulieren voor sondevoeding en parenterale voeding in de thuissituatie (RET) ㊟
 - y anders gespecificeerd ㊟
 - z niet gespecificeerd ㊟
- T.8 anders gespecificeerd ㊟
- T.9 niet gespecificeerd ㊟

U VOEDING/DIEET MET WIJZIGING IN VOEDINGSSTOFFEN, ENERGIE EN VOEDINGSMIDDELEN / INGREDIËNTEN ㊟

- U.1 voeding/dieet met wijziging in hoeveelheid en mate van constantheid van voedingsstoffen en energie ㊟
 - Extra code bij klasse U.10 t/m U.19: aard aanpassing en mate van constantheid ㊟*
 - 0 *verrijkt [t.o.v. richtlijnen goede voeding] ㊟*
 - 1 *verrijkt [t.o.v. de gebruikelijke voedingsgewoonten van de betrokkene] ㊟*
 - 2 *beperkt [t.o.v. richtlijnen goede voeding] ㊟*
 - 3 *beperkt [t.o.v. de gebruikelijke voedingsgewoonten van de betrokkene] ㊟*
 - 4 *vrij ㊟*
 - 5 *constant ㊟*
 - 8 *anders gespecificeerd ㊟*
 - 9 *niet gespecificeerd ㊟*
- U.10 Eiwitten, eiwitachtige stoffen, biogene aminen en aminozuren ㊟
 - U.100 [totaal] eiwit ㊟
 - U.101 dierlijke eiwitten ㊟
 - U.1010 kippen-ei-eiwit ㊟
 - U.1011 koemelk-eiwit ㊟
 - U.1012 hemoglobine ㊟
 - U.1018 anders gespecificeerd ㊟
 - U.1019 niet gespecificeerd ㊟
 - U.102 plantaardige eiwitten ㊟
 - U.1020 gluten ㊟
 - U.1021 soja ㊟
 - U.1028 anders gespecificeerd ㊟
 - U.1029 niet gespecificeerd ㊟
 - U.103 eiwitachtige stoffen ㊟
 - U.1030 purine ㊟
 - U.1038 anders gespecificeerd ㊟
 - U.1039 niet gespecificeerd ㊟
 - U.104 biogene aminen ㊟
 - U.1040 histamine ㊟
 - U.1041 thyramine ㊟
 - U.1042 fenylamine ㊟
 - U.1048 anders gespecificeerd ㊟
 - U.1049 niet gespecificeerd ㊟

6.2 INDELING VAN DE ONTWERPCODELIJST DOELEN VOOR MONDHYGIËNE

N.B. ter verduidelijking staan bij sommige klassen één of meer voorbeelden (cursief) vermeld, om de lezer een indruk te geven van de mogelijke waarden (kenmerken) voor het verder specificeren van een klasse.

0 INDIVIDUELE DOELEN

00 Individuele diagnostische / evaluatieve doelen

(vaststellen / in kaart brengen / beoordelen / zicht krijgen op)

- 000 Vaststellen reden van komst
incl. de voor een persoon meest bepalende factoren
- 001 In kaart brengen van klachten/ gewaarwordingen
incl. ernst, lokalisatie
- 002 Verzamelen van gegevens over ziekten / aandoeningen / syndromen en medische (tandheekkundige) verrichtingen relevant voor het mondhygiënisch handelen
incl. verklaren consequenties
- 0020 Verzamelen van gegevens over vroegere ziekten / aandoeningen / syndromen en medische (tandheekkundige) verrichtingen
- 0021 Verzamelen van gegevens over huidige ziekten / aandoeningen / syndromen en medische (tandheekkundige) verrichtingen relevant voor het mondhygiënisch handelen
- 0022 Verzamelen van gegevens over dreigende ziekten / aandoeningen / syndromen relevant voor het mondhygiënisch handelen
- 0028 Overig
Zie voor aanvullende code(s) voor klasse 002: [Ontwerp CMT-mondhygiëne]
- 003 Vaststellen in kaart brengen van (voor)geschiedenis van mondverzorging
excl. gebruik hulpmiddelen (005)
- 0030 Verzamelen van gegevens over vroegere mondverzorging
- 0031 Verzamelen van gegevens over huidige mondverzorging
bijv. vaststellen van de poetsfrequentie
- 0038 Overig
- 004 Vaststellen / in kaart brengen van de mondgezondheidstoestand
- 0040 Vaststellen / in kaart brengen van anatomische eigenschappen / bouw van voor mondhygiëne relevante structuren / organen
incl. daarin voorkomende stoornissen in structuur
- 00400 Vaststellen van het vòòrkomen van (stoornissen in) structuur
bijv. vaststellen van de pocketdiepte
- 00401 Vaststellen van de invloed van andere factoren op het vòòrkomen van (stoornissen in) structuur
bijv. vaststellen van de invloed van medicatie op gingivarecessie
- 004002 Vaststellen van de invloed van anatomische afwijkingen op het vòòrkomen van parodontale afwijkingen

A keimprobleem	B beperkingen	C belasting-belastbaarheid	D stoornissen spieren	E andere stoornissen bewegingssysteem	F complicerende factoren
lumbale wervelkolom problematiek incl. SI-gewricht / buikspieren	0 geen beperkingen aanwezig of relevant	0 geen stoornissen balans belasting-belastbaarheid aanwezig of relevant	0 geen stoornissen spieren aanwezig of niet relevant	0 geen andere stoornissen bewegingssysteem aanwezig of relevant	0 geen complicerende factoren aanwezig of relevant
21 lage rugpijn / SI-pijn zonder uitstraling	1 beperkingen in bukken / knielen / tillen	1 stoornis in balans fysieke belasting-belastbaarheid	1 hypertonie en/of verkorte rugspieren	1 afwijkende stand wervelkolom	1 zwangerschap
22 lage rugpijn / SI-pijn met uitstraling	2 beperkingen in lang (stijl) (blijven) staan / zitten / liggen	2 stoornis in balans psychische belasting-belastbaarheid	2 verminderde spierkracht en/of hypotonie rugspieren	2 afwijkende stand bekken	2 postpartum
28 problematiek lumbale wervelkolom - anders	3 1+2 4 beperkingen in gaan, fietsen, slenteren 5 3+4 6 beperkingen in activiteiten gerelateerd aan fysieke aspecten van werk / school / vrije tijd incl. hardlopen	3 1 + 2 8 andere stoornis in balans belasting-belastbaarheid	3 verminderde spierkracht en/of hypotonie buikspieren	3 verminderde beweeglijkheid lumbale / lumbosacrale wervelkolom	3 psychische stoornis / aandoening
			4 combinatie van twee of meer van de stoornissen genoemd bij 1 t/m 3	4 vermeerderde beweeglijkheid lumbale / lumbosacrale wervelkolom	4 postoperatief / chronische aandoening / overgewicht
			5 hypertonie en/of verkorte spieren onderste extremititeit (incl. bilsieren) (zoals verkorte hamstrings en verkorte m. iliopectoas)	5 combinatie van twee of meer van de stoornissen genoemd bij 1 t/m 4	5 3 + 4 6 1 + 3 / 4 7 2 + 3 / 4
			6 verminderde spierkracht spieren onderste extremititeit	6 (deels) afwezige tegengestelde horizontale rotatie van bekken en schouder bij het snelle lopen	8 werkomstandigheden, al dan niet in combinatie met één of meer van de factoren genoemd bij 1 t/m 4
			7 5 + één of meer van de stoornissen genoemd bij 1 t/m 3	7 6 + één of meer stoornissen genoemd bij 1 t/m 4	9 andere complicerende factor(en)
			8 6 + één of meer van de stoornissen genoemd bij 1 t/m 3	8 andere stoornis(sen) bewegingssysteem	
			9 andere stoornis(sen) spieren		
versie december 1999					

