

# **INTERCOLLEGIALE TOETSING DOOR PARAMEDICI: ERVARINGEN EN EFFECTEN**

## **EINDEVALUATIE VAN HET PROGRAMMA ONDERSTEUNING KWALITEITSBELEID PARAMEDISCHE ZORG (OKPZ)**

### **Deelrapport 2**

**Emmy Sluijs  
Joost Dekker**

  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg  
drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

**Utrecht, september 1997**

**NIVEL. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Drieharingstraat 6 - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht  
Telefoon: 030 - 2729700 - Telefax: 030 - 2729729**

Dit project werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Sluijs, E.

Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Eindevaluatie van het programma kwaliteitsbeleid paramedische zorg / E. Sluijs, J. Dekker

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

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-340-3

Trefw.: intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, paramedici

# INHOUD

pag.

VOORWOORD	5
1 HET PROGRAMMA OKPZ	
1.1 Doel van het programma OKPZ	7
1.2 Het evaluatie-onderzoek	10
1.3 Deelonderzoek naar intercollegiale toetsing	11
2 INTERCOLLEGIALE TOETSING	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Toetsingsprojecten per beroepsgroep	14
2.3 Methode en respondenten	20
3 HET SCHOLINGSPROGRAMMA	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Waardering van het scholingsprogramma	23
3.3 Effectiviteit van het scholingsprogramma	24
3.4 Aanbevelingen voor verbetering	25
4 DE GETOETSTE ONDERWERPEN	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Toetsingsonderwerpen	29
4.3 Conclusies	33
5 DE EFFECTEN VAN TOETSING	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Effecten van toetsing	35
5.3 Conclusies	39
6 VOOR- EN NADELEN VAN TOETSING	41
6.1 Inleiding	41
6.2 Voor- en nadelen van toetsing	41
6.3 Conclusies	44
7 CONTINUERING VAN TOETSING	47
7.1 Inleiding	47
7.2 Continuering van toetsing	47
7.3 Conclusies	50
8 SAMENVATTING EN CONCLUSIES	53
LITERATUUR	57
BIJLAGE: Vragenlijst	



## VOORWOORD

Voor u ligt een rapport over intercollegiale toetsing door paramedici. Dit is één van de vier deelrapporten die samen de eindevaluatie vormen van het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ). In dit programma is door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) en het NPi (Nederlands Paramedisch Instituut) ondersteuning geboden aan de tien paramedische beroepen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

Het programma had een looptijd van 3 jaar, van 1 januari 1994 tot 31 december 1996. Het programma is jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL zodat het programma tussentijds bijgesteld kon worden. Het eerste interimrapport is verschenen in juni 1995 en het tweede interimrapport in mei 1996. In de huidige eindevaluatie wordt de balans opgemaakt van het driejarige ondersteuningsprogramma voor paramedici.

De eindevaluatie bestaat uit vier deelrapporten. In elk deelrapport staat een onderwerp centraal namelijk:

### **1. Het kwaliteitsbeleid**

Het eerste deelrapport beschrijft het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Beschreven wordt welke vorderingen de paramedische beroepsgroepen sinds 1994 hebben gemaakt met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid, alsmede de bijdrage die het ondersteuningsprogramma daaraan heeft geleverd.

### **2. Intercollegiale toetsing**

In dit deelrapport staat intercollegiale toetsing centraal. Beschreven wordt wat de effecten zijn van intercollegiale toetsing door diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, radiotherapeutisch laboranten en radiodiagnostisch laboranten.

### **3. Richtlijnen, standaarden en protocollen**

Het derde deelrapport beschrijft op welke wijze vijf paramedische beroepen gestart zijn met de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen. De verschillen in aanpak worden belicht en de gemaakte keuzes verduidelijkt.

### **4. Draagvlak van het kwaliteitsbeleid in de praktijk**

In het vierde deel staan de paramedische beroepsbeoefenaren zelf centraal. Het rapport bevat de resultaten van een enquête onder alle tien de paramedische beroepsgroepen. Beschreven wordt wat het draagvlak is voor de huidige kwaliteitsontwikkelingen en wat deze ontwikkelingen betekenen voor de dagelijks praktijk van de beroepsuitoefening.

De deelrapporten zijn afzonderlijk te lezen. De overlap tussen de rapporten betreft alleen de eerste twee paragrafen van hoofdstuk 1, die identiek zijn in elk deelrapport. Deze bevatten een overzicht van het gehele ondersteuningsprogramma en de opzet van het evaluatie-onderzoek.

Utrecht, September 1997



# 1 INLEIDING

## 1.1 Doel van het programma OKPZ

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

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

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

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

Het programma omvatte ten eerste persoonlijke advisering aan de beroepsgroepen door CBO-consulenten. Deze consulenten adviseerden de beroepsvereniging onder andere omtrent de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Ten tweede omvatte het programma een groot aantal gemeenschappelijke werkconferenties en studiedagen over onderwerpen die betrekking hebben op ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. Ten derde werden voor elke beroepsgroep specifieke projecten uitgevoerd, gericht op de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, intercollegiale toetsing, visita-

tie en deskundigheidsbevordering. Zie schema 1 voor een globaal overzicht van de verrichte activiteiten.

#### Schema 1: Overzicht activiteiten binnen het programma OKPZ

---

<b>Kwaliteitsbeleid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulentenschap per beroepsgroep (CBO)</li></ul>
<b>Normering:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Richtlijnen voor de fysiotherapie (KNGF*, NPi, CBO)</li><li>- Standaarden voor de logopedie (CBM**)</li><li>- Standaarden voor de ergotherapie (CBO)</li><li>- Richtlijn voor de orthoptie (CBO)</li><li>- Raamwerk voor protocollen in de diëtetiek (CBO)</li><li>- Inventarisatie paramedische protocollen (NPi)</li></ul>
<b>Toetsing:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intercollegiale toetsing in de ergotherapie (CBO)</li><li>- Intercollegiale toetsing in de diëtetiek (CBO)</li><li>- Intercollegiale toetsing in de fysiotherapie (CBO)</li><li>- Kwaliteitstoetsing door radiotherapeutisch laboranten (CBO)</li><li>- Kwaliteitstoetsing door radiodiagnostisch laboranten (CBO)</li><li>- Intercollegiale gespreksgroepen van mondhygiënisten (CBO)</li><li>- Intercollegiale toetsing oefentherapie-Mensendieck (CBO)</li><li>- Systematische kwaliteitsbevordering oefentherapie-Cesar (CBO)</li><li>- Visitatie in de podotherapie (CBO)</li></ul>
<b>Deskundigheidsbevordering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Advisering bij/nascholingssystemen radiologisch laboranten (NPi)</li><li>- Raamwerk kwaliteitscriteria voor scholing (NPi)</li><li>- Regelingen voor herintredende orthoptisten (CBO)</li><li>- Onderwijsmodule kwaliteitszorg radiodiagnostiek (CBO)</li></ul>
<b>Overig</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ontwikkeling diagnosecode oefentherapie-Cesar (NPi)</li><li>- Inventarisatie knelpunten in de orthoptie (NPi)</li><li>- Registratie patiëntengegevens in de orthoptie (NPi)</li><li>- Werkgroep publikaties (CBO, NPi)</li><li>- Werkgroep financiering kwaliteitsbeleid (CBO, NPi)</li><li>- Documentatie- en informatievoorziening (NPi)</li></ul>
<b>Werkconferenties/studiedagen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zeven gezamenlijke werkconferenties</li><li>- Twee gezamenlijke studiedagen</li><li>- Een symposium</li><li>- Een afsluitende manifestatie</li></ul>

---

\*) KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

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

Voor een gedetailleerde beschrijving van de inhoud van alle activiteiten verwijzen we naar de Eindrapportage van het Programma OKPZ: periode januari 1994 tot en met december 1996, uitgegeven door het CBO in januari 1997. We beperken ons hier tot de hoofdlijnen en geven een toelichting op schema 1.

*Kwaliteitsbeleid.* Het programma had als hoofddoel de paramedici te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Daartoe is aan elke paramedische beroepsgroep een eigen CBO-consulent toegewezen. Deze consulenten hebben de beroepsgroep gedurende drie jaar met name terzijde gestaan bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. In het eerste deelrapport wordt de voortgang van het kwaliteitsbeleid beschreven.



*Normering.* In het schema is te zien dat zes projecten zijn uitgevoerd gericht op normering van de beroepsuitoefening. Het accent ligt daarbij op de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden of protocollen. Dit is onderwerp van het derde deelrapport. Het is de bedoeling dat ook na 31 december 1996 de ontwikkeling van richtlijnen, standaarden of protocollen en de implementatie daarvan wordt doorgezet in een vervolgprogramma dat medio 1997 van start gaat.

*Toetsing.* In het programma lag een zwaartepunt op intercollegiale toetsing. Voor zeven beroepsgroepen zijn door het CBO methodieken voor intercollegiale toetsing ontwikkeld, zoals het schema laat zien. Vervolgens is intercollegiale toetsing op experimentele schaal in de diverse beroepsgroepen ingevoerd en zonodig bijgesteld. Dit tweede deelrapport is geheel aan intercollegiale toetsing gewijd en aan de effecten daarvan zoals deze door de deelnemers zijn gepercipieerd.

*Deskundigheidsbevordering.* Door het NPi is een raamwerk ontwikkeld om de kwaliteit van bij- en nascholing vast te stellen. Op basis van dit raamwerk kan elke beroepsgroep zelf invullen welke kwaliteitseisen zij aan de na- en bijscholing stellen. Het vaststellen van deze eisen vormt de aanloop tot accreditatie van bij- en nascholing. Het schema laat daarnaast zien dat voor orthoptisten de herintreding is gereguleerd. Een kwaliteitsmodule voor de opleiding van radiodiagnostisch laboranten is voltooid. (Buiten beschouwing blijven in dit rapport de activiteiten van het NPi die binnen het eigen budget zijn uitgevoerd, los van het programma OKPZ).

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

*Werkconferenties en studiedagen.* Op de conferenties en studiedagen (totaal tien) werd steeds één onderwerp met betrekking tot kwaliteitszorg verkend (kwaliteitsbeleid, richtlijnen, toetsing enzovoorts). Deze werkconferenties en studiedagen zijn steeds voor alle paramedische beroepsgroepen gezamenlijk gehouden. Hierdoor konden de vertegenwoordigers van elk paramedisch beroep onderling ideeën uitwisselen en leren van elkaars ervaringen. Het programma OKPZ is formeel afgesloten met de geslaagde slotmanifestatie 'Kwaliteit in beweging' in het najaar van 1996 (CBO, 1997).

Uit het overzicht blijkt dat een scala van projecten en activiteiten binnen het programma OKPZ is ondernomen. Het accent lag daarbij op het ontwikkelen van methodieken en de experimentele invoering daarvan. Het programma OKPZ was niet gericht op implementatie. Implementatie zal wel centraal staan in het vervolgprogramma. Veel projecten waren specifiek op maat van een bepaalde beroepsgroep toegesneden, zoals ook door de beroepsgroepen werd gewenst. De programmatische aanpak in het programma kwam met name tot uiting in de gemeenschappelijke thema's van de activiteiten: kwaliteitsbeleid, normering, toetsing en deskundigheidsbevordering.

## 1.2 Het evaluatie-onderzoek

### *Doelen en vraagstelling*

De voortgang van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg is jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL. Deze jaarlijkse evaluaties dienden gegevens aan te leveren voor tussentijdse bijstelling van het programma. Dit is inderdaad gerealiseerd op basis van de beide eerder verschenen interimrapporten. Zie Driessen, Sluijs en Dekker, 1995; Sluijs en Dekker, 1996. In deze rapporten is de onderzoeksoepzet uitgebreid beschreven. We beperken ons hier tot de hoofdlijnen.

Conform het onderzoeksvoorstel had het onderzoek het karakter van een proces-evaluatie op hoofdlijnen. Het onderzoek had tot doel: 'te onderzoeken of het programma erin slaagt een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid door de tien paramedische beroepen'. Deze algemene doelstelling is vertaald in de volgende vier concrete onderzoeksvragen:

- 1a In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid (verder) te ontwikkelen?
- 1b In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid te vertalen in concrete kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten?
- 1c In hoeverre zijn deze kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten implementeerbaar in de beroepsgroep en welke van deze activiteiten zijn in het kader van het programma geïmplementeerd?
- 2 In hoeverre draagt het Programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg bij aan deze ontwikkelingen?

### *Evaluatie op het niveau van de beroepsvereniging*

De actuele voortgang van het kwaliteitsbeleid en van de kwaliteitsbewakende en bevorderende activiteiten (vraag 1a en 1b) is in kaart gebracht via een enquête onder de tien beroepsverenigingen. Deze enquête is gedurende de looptijd van het ondersteuningsprogramma drie maal door de beroepsverenigingen ingevuld: begin 1995, 1996 en 1997). De enquête is als bijlage opgenomen in het eerste deelrapport. Jaarlijks werd aan de beroepsvereniging gevraagd de veranderingen ten opzichte van het vorige jaar aan te geven.

De bijdrage van het ondersteuningsprogramma (vraag 2) is eveneens jaarlijks geëvalueerd. Daartoe zijn interviews gehouden met de besturen en kwaliteitscommissies van de tien paramedische beroepsverenigingen. De interviews vonden plaats aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst die vooraf aan het bestuur was toegezonden (Driessen e.a., 1995). In de vragenlijst wordt o.a. gevraagd naar de ondersteuning door de CBO consultants, de uitvoering van de specifieke projecten binnen het programma, de werkconferenties enzovoorts. Naast de actuele voortgang werd gevraagd in hoeverre men tevreden was over de voortgang van het programma.

*Evaluatie op het niveau van de toetsingsgroepen*

Voor de evaluatie van alle toetsingsprojecten zijn vragenlijsten ontwikkeld voor de begeleiders van en de deelnemers aan de toetsingsgroepen. In deze vragenlijsten wordt gevraagd naar het oordeel over het scholingsprogramma, de onderwerpen die zijn getoetst en de gepercipieerde effecten en voor- en nadelen van toetsing (zie bijlage). Deze vragenlijsten zijn toegezonden aan de deelnemers en begeleiders van toetsingsgroepen in de ergotherapie, diëtetiek, fysiotherapie, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten. Dit tweede deelrapport beschrijft de respons op en de resultaten van de enquêtes.

*Evaluatie op het niveau van het kader van de beroepsgroep*

Voor het beantwoorden van vraag 1c - de implementatie van de kwaliteitsactiviteiten - is een vragenlijst ontwikkeld voor het kader van elke beroepsgroep. Het kader vormt de verbinding tussen bestuur en veld. Voor dit 'tussenniveau' was gekozen omdat niet verwacht kon worden dat nieuw ontwikkelde instrumenten al gedurende de looptijd van het OKPZ-programma op grote schaal in de beroepsgroep geïmplementeerd zouden zijn. In de vragenlijst wordt gevraagd in hoeverre men op de hoogte is van de ontwikkelde activiteiten, in hoeverre men deze implementeerbaar acht en welk belang men daaraan hecht. In totaal zijn ruim 900 enquêtes ingevuld. De respons en de resultaten worden beschreven in het vierde deelrapport.

*Evaluatie bij de uitvoerders van het programma*

Tenslotte zijn jaarlijks eveneens interviews gehouden met de uitvoerders van het programma, namelijk met vertegenwoordigers van het CBO en met vertegenwoordigers van het NPi. Ook zij hebben hun oordelen over de voortgang van het ondersteuningsprogramma gegeven.

Samenvattend zijn tussen 1994 en 1997 de volgende metingen verricht

Metingen	Voormetingen	Tussenmetingen	Eindmetingen
Interviews beroepsvereniging/kwaliteitscommissie	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Enquêtes beroepsverenigingen	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Interviews uitvoerders van het programma	najaar '94	najaar '95	najaar '96
Enquêtes onder het kader van de beroepsgroepen	--	--	najaar '96
Enquêtes onder de leden van toetsingsgroepen	steeds na afloop van een project		

De metingen startten steeds in het najaar en werden afgerond in het voorjaar van het jaar daarop.

In elk deelrapport wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van de getrokken steekproeven, de respons en de resultaten.

### 1.3 Het deelonderzoek naar intercollegiale toetsing

Het vervolg van dit rapport beschrijft één deelonderzoek, namelijk het onderzoek naar intercollegiale toetsing. Het CBO heeft in de periode 1994 t/m 1996 voor zeven paramedische beroepsgroepen een methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld en op

experimentele schaal ingevoerd. Daartoe zijn door het CBO paramedici uit elke beroepsgroep opgeleid tot interne procesbegeleider. Deze interne procesbegeleiders zorgen voor een goed verloop van de toetsing in de praktijk. De opzet en inhoud van de toetsingsprojecten vindt u in hoofdstuk 2 van dit rapport.

De evaluatie door het NIVEL vond plaats steeds wanneer een toetsingsproject was afgelopen. Deze evaluaties hebben plaatsgevonden in de jaren 1995 en 1996. Ten behoeve van de evaluatie zijn door het NIVEL twee vragenlijsten ontwikkeld, namelijk een voor de begeleiders en een voor de deelnemers aan de toetsingsgroep. In totaal zijn 935 vragenlijsten aan de begeleiders en de deelnemers verstuurd. Hiervan zijn er 646 geretourneerd. Dit is een respons van 69%. De hiernavolgende hoofdstukken bevatten de resultaten van deze enquêtes.

Hoofdstuk 3 gaat in op de effectiviteit van het trainingsprogramma. Een belangrijke vraag hierbij is of de begeleiders na het trainingsprogramma in staat zijn zelfstandig toetsingsgroepen te begeleiden.

Hoofdstuk 4 beschrijft de onderwerpen die door de toetsingsgroepen zijn gekozen.

Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de effecten die tengevolge van de toetsing zijn opgetreden in de ogen van de begeleiders en de deelnemers.

Hoofdstuk 6 gaat in op de gepercipieerde voor- en nadelen van toetsing.

Hoofdstuk 7 behandelt de plannen die men heeft tot continuering van toetsing. Het rapport besluit met conclusies en aanbevelingen.

## 2 INTERCOLLEGGIALE TOETSING

### 2.1 Inleiding

Intercollegiale toetsing staat centraal in dit tweede deelrapport. Binnen het programma OKPZ is op verzoek van de volgende beroepsgroepen een methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld en op beperkte schaal ingevoerd. Het betreft de volgende paramedische beroepsgroepen:

- Ergotherapeuten
- Diëtisten
- Fysiotherapeuten
- Mondhygiënist
- Oefentherapeuten-Cesar
- Oefentherapeuten-Mensendieck
- Radiotherapeutisch laboranten
- Radiodiagnostisch laboranten

Intercollegiale toetsing, ook wel kwaliteitstoetsing genoemd, is een methode voor systematische kwaliteitsbevordering. Het doel is de zorg voortdurend te verbeteren, meer uniformiteit in de beroepsuitoefening aan te brengen en onderling van elkaar te leren. Er worden toetsingsgroepen van collega's samengesteld die begeleid worden door procesbegeleiders. Dit zijn eveneens paramedici die door het CBO tot procesbegeleider zijn opgeleid. De groepen volgen in grote lijnen de stappen van de kwaliteitscyclus, namelijk:

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

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

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

De evaluatie heeft geen betrekking op implementatie en verdere verspreiding van intercollegiale toetsing omdat dit geen onderdeel was van de toetsingprojecten. Voordat we de methode en respondenten presenteren geven we eerst een korte beschrijving van de toetsingsprojecten per beroepsgroep. Deze beschrijvingen zijn ontleend aan de eindrapporten en verslagen die door het CBO zijn gepubliceerd (Bik, 1994; Evers, 1995; CBO, 1996; CBO, 1997).

- N.B. In deze notitie gebruiken we de term 'begeleiders' voor de paramedici die de toetsingsgroepen leiden en de term 'CBO-medewerkers' voor de degenen die de scholing, ondersteuning en begeleiding vanuit het CBO verzorgen.
- N.B. Deze evaluatie is beperkt tot de toetsingsprojecten die eind 1996 afgerond waren. De nog niet afgeronde projecten (totaal vier met 23 toetsingsgroepen) blijven buiten beschouwing).

## 2.2 De toetsingsprojecten per beroepsgroep

Hieronder wordt in grote lijnen beschreven hoe de begeleiders van de toetsingsprojecten zijn geschoold en welke toetsingsprojecten per beroepsgroep zijn uitgevoerd. Voor gedetailleerde informatie over de toetsingsprojecten verwijzen we naar de rapportages van het CBO (Bik, 1994; Evers, 1995; CBO, 1996; CBO, 1997). Ook is voor elke beroepsgroep een 'Handleiding voor de toetsingsgroep' geschreven, waarin de te volgen stappen tot in detail zijn uitgewerkt.

De inhoud van de scholing die de begeleiders hebben gekregen is beschreven in de cursusboeken voor elke beroepsgroep. In grote lijnen was de inhoud van de scholing voor elke beroepsgroep vergelijkbaar en bestond uit de volgende onderdelen:

1. Introductie: doorgaans werd gestart met een introductie en kennismakingsbijeenkomst, waarin het doel en de opzet van de scholing werd uitgelegd;
2. Training van de begeleiders: daarna volgde een training van drie tot vier dagen. In deze training lag het accent op het leren van de toetsingsmethode. Daarnaast werden algemene principes van kwaliteitszorg onderwezen. Ook komt het invoeren van veranderingsprocessen in de scholing aan bod.  
De vorm van deze training kon per toetsingsgroep verschillen. Dat wil zeggen dat de trainingdagen of aaneengesloten waren of verspreid over het jaar.
3. Begeleiding van de toetsingsgroep: de CBO-medewerker woonde doorgaans een of meerdere bijeenkomsten van de toetsingsgroep bij om de begeleider van de toetsingsgroep ter plekke te coachen en te assisteren bij het begeleiden van de toetsingsgroep.
4. Terugkomdagen: verspreid over het jaar werd een aantal terugkomdagen georganiseerd waarop de begeleiders ervaringen konden uitwisselen. Tijdens deze terugkomdagen werd aanvullende scholing en training gegeven.
5. Afsluitende bijeenkomst met een evaluatie door de cursisten.
6. Helpdesk: gedurende de gehele toetsingsperiode konden de begeleiders van de groepen een beroep doen op de telefonische helpdesk van het CBO om telefonisch assistentie te krijgen of problemen voor te leggen.

In het scholingsprogramma wordt afwisselend theorie aangeboden en wordt geoefend aan de hand van praktijksituaties. Tijdens de terugkomdagen zijn de thema's zoveel mogelijk afgestemd op de voortgang in de toetsingsgroepen. Er wordt dieper op elke toetsingsstap ingegaan en diverse vergadertechnieken en vaardigheden komen aan bod (doorvragen, feedback en kritiek geven, enzovoorts). In intervisiegroepjes worden problemen en ervaringen uitgewisseld.

Hoewel de inhoud van de scholing in grote lijnen vergelijkbaar is, moet bij de hierna te presenteren resultaten in acht worden genomen dat het CBO na ieder toetsingsproject (kleine) bijstellingen in het scholingsprogramma heeft aangebracht op grond van zowel de eigen CBO-evaluaties als de tussentijdse evaluaties door het NIVEL. Dit betekent

dat de toetsingsmethode en de scholing in de loop van het ondersteuningsprogramma steeds zijn aangepast en verbeterd. In feite is dit een continu ontwikkelingstraject geweest. Hierdoor is het niet goed mogelijk in het onderhavige onderzoek een duidelijke scheidslijn te trekken tussen 'oude' en 'nieuwe' toetsingsmethoden. Er bestaan wel enkele accentverschillen tussen de diverse toetsingsprojecten. Op deze verschillen gaan we hierna nader in bij het beschrijven van de toetsingsprojecten per beroepsgroep. Voor alle beroepsgroepen geldt dat alleen de toetsingsprojecten zijn geëvalueerd die in het najaar van 1996 zijn afgerond. Nog lopende toetsingsprojecten zijn niet in de evaluatie betrokken.

#### *Ergotherapeuten*

Het project Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie had als doel het ontwikkelen en (experimenteel) invoeren en evalueren van intercollegiale toetsing binnen de ergotherapie. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt is de kern van toetsing: de werkelijk verleende ergotherapeutische zorg te vergelijken met vooraf opgestelde criteria op basis waarvan verbeteringen (kunnen) worden aangebracht.

Het eerste toetsingsproject in de ergotherapie was reeds gestart in 1992 en werd eind 1994 afgerond (Bik, 1994). Dit maakte het mogelijk om de langere termijn effecten van intercollegiale toetsing te onderzoeken. In 1995 - dus een jaar na afronding van het toetsingsproject - zijn de ervaringen van de toetsingsgroepen geëvalueerd. Daarnaast zijn nieuwe toetsingsgroepen gestart in 1995; deze zijn in 1996 geëvalueerd, direct na afloop van het project.

In totaal zijn in het onderzoek 25 toetsingsgroepen van ergotherapeuten door het NIVEL geëvalueerd. Hierin hebben 232 ergotherapeuten geparticipeerd. De toetsingsgroepen en de verschillen daartussen kunnen als volgt worden getypeerd:

*Afdelingen ergotherapie.* In 1993 zijn 9 afdelingen ergotherapie gedurende ruim een jaar in de toetsingsmethode opgeleid. Het betrof afdelingen in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen. Van iedere afdeling ergotherapie werd een interne procesbegeleider opgeleid om toetsing op de eigen afdeling in te voeren en te begeleiden. De opleiding bestond uit een 3-daagse introductiescholing en een middag voor het management van de instelling. Verspreid over het jaar zijn 7 terugkomdagen georganiseerd op het CBO om de begeleiders te ondersteunen. Daarnaast heeft de CBO-medewerker zelf één en in sommige gevallen twee begeleidingsbezoeken aan de afdeling gebracht. Ook heeft telefonische begeleiding vanuit het CBO plaatsgevonden. De meeste afdelingen hebben gewerkt met een toetsingscommissie die de stappen van de methode voorbereidt. De NIVEL-evaluatie van deze groepen heeft plaatsgevonden in 1995.

In 1995 is een nieuw project in de ergotherapie gestart waaraan nog eens vijf afdelingen ergotherapie hebben meegedaan. Deze keer betrof het een gecombineerd toetsingsproject waarin ook afdelingen fysiotherapie participeerden. Deze toetsingsgroepen zijn geëvalueerd door het NIVEL in 1996, direct na afloop van het project.

*Regiogroepen.* Eveneens in 1993 zijn 7 regiogroepen door het CBO geschoold en begeleid. Regiogroepen zijn bestaande overlegstructuren van ergotherapeuten die binnen een regio werkzaam zijn in hetzelfde werkveld. Vertegenwoordigd waren de werkvelden psychiatrie, verpleeghuizen, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Iedere regiogroep heeft twee (soms drie) lokale begeleiders gekozen. Deze begeleiders hebben in totaal 5 dagen scholing ontvangen waarvan één introductiedag. Een CBO-medewerker heeft de eerste zeven bijeenkomsten van deze regiogroepen begeleid. Deze

begeleiding werd in de loop van het jaar afgebouwd. Telefonische begeleiding was altijd mogelijk.

In 1995 zijn nog eens vier regiogroepen van ergotherapeuten gestart. De NIVEL-evaluatie van het eerste project vond plaats in 1995, van het tweede project in 1996.

Eerder was (in 1994) door het CBO een proces-evaluatie uitgevoerd gericht op het verder ontwikkelen en verbeteren van het scholings- en invoeringsprogramma (Bik, 1994). Daaruit bleek dat bij de afronding van het project Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie 7 van de 16 toetsingsgroepen hun eerste toetsingscyclus nog niet hadden afgerond (o.a. doordat veel tijd besteed was aan probleemanalyse en het opstellen van criteria; doordat men over een langere tijd wilde registreren of doordat het onderwerp minder frequent voorkwam dan men had gedacht) (Bik, 1994).

In zijn algemeenheid kwam uit de evaluatie naar voren dat "de regiogroepen en afdelingen tevreden waren over een jaar intercollegiale toetsing. Men achtte de methode van intercollegiale toetsing bruikbaar voor afdelingen en regiogroepen. Men was echter wel van mening dat het doorlopen van alle stappen veel tijd kost" (Bik, 1994). Uit de tussentijdse evaluatie van het NIVEL - een jaar later - bleek dat toetsing in het tweede jaar aanzienlijk minder tijd kost omdat men dan de toetsingsmethode beheerst en geen tijd meer in scholing hoeft te investeren (Sluijs en Dekker, 1996).

#### *Diëtisten*

Voor de diëtisten is het toetsingsproject gefaseerd uitgevoerd. Het eerste project had de naam 'Protocolen en Intercollegiale Toetsing in de Diëtetiek'. Dit project was in november 1993 van start gegaan en formeel afgerond per 1 januari 1996. In dit project is zowel een - op de praktijk van diëtisten afgestemde - methode van intercollegiale toetsing ontwikkeld, als een raamwerk voor het ontwikkelen van protocollen in de diëtetiek (Evers, 1995; Evers, 1996). Zie het derde NIVEL-deelrapport voor de behandeling van protocollen en richtlijnen (Visser e.a., 1997).

In dit eerste project zijn 43 diëtisten door het CBO opgeleid tot begeleider van een toetsingsgroep (ITB-er). Elke begeleider vertegenwoordigt een groep van gemiddeld 7 diëtisten. In totaal participeerden 324 diëtisten, met name uit academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en de thuiszorg. Het project omvatte drie trajecten: in april '94 gingen 12 groepen van start, in oktober '94, 18 groepen en in februari '95 nog eens 13 groepen.

Het scholingsprogramma bestond uit 3 scholingsdagen en 3 terugkomdagen voor de begeleiders. Daarnaast bood de CBO-medewerker individuele ondersteuning, een telefonische 'help-desk' en een eindgesprek. Gedurende dit traject is het scholingsprogramma steeds bijgesteld (Evers, 1995).

Uit de tussentijdse NIVEL-evaluatie (Sluijs en Dekker, 1996) bleek dat de diëtisten het scholingsprogramma hoog waardeerden (gemiddeld cijfer 8). Een klein aantal diëtisten meldde behoefte te hebben aan meer scholingsdagen. Als belangrijkste effect van intercollegiale toetsing meldde tweederde van de diëtisten dat men door de toetsing uniformer was gaan werken ten aanzien van het getoetste onderwerp. Ditzelfde effect werd gemeld door de hierboven besproken ergotherapeuten. In hoofdstuk 5 van dit rapport wordt in detail ingegaan op de effecten van toetsing.

Eind 1995 is een tweede project gestart voor diëtisten uit verpleeg- en verzorgingshuizen, de psychiatrie en de vrije vestiging. In dit tweede project is met een verkorte methode van intercollegiale toetsing geëxperimenteerd. Daarnaast werden in dit project



bestaande protocollen als toetsingsonderwerp gekozen. Aan dit tweede project hebben in totaal acht groepen meegedaan waarin 52 diëtisten participeerden. Bij de analyses wordt nagegaan of deze verkorte toetsingsmethode anders gewaardeerd wordt dan de oorspronkelijke uitgebreidere methode.

#### *Mondhygiënist*

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

In het project zijn vijf regionale gespreksgroepen samengesteld. Deze gespreksgroepen hebben onder leiding van twee begeleiders een onderwerp behandeld. De begeleiders van de groepen zijn gedurende vier dagen, verspreid over het jaar, geschoold door het CBO. Daarnaast is de CBO-medewerker bij de eerste drie bijeenkomsten van de gespreksgroepen aanwezig geweest om ondersteuning te bieden. De gespreksgroepen zijn elk, verspreid over het jaar, acht maal bij elkaar geweest.

In september 1995 heeft de CBO-medewerker het project tussentijds geëvalueerd om te zien of bijstellingen gewenst waren. Uit die evaluatie bleek volgens het CBO dat de deelnemers in het algemeen enthousiast waren over de gespreksgroepen om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Dit werd ondersteund door de tussentijdse NIVEL-evaluatie (Sluijs en Dekker, 1996). Ook bleek dat bij het CBO veel aanmeldingen binnenkwamen voor een vervolgtraject (daarin worden 24 nieuwe begeleiders opgeleid). Verschillen in werkveld vormen geen belemmerende factor binnen de gespreksgroepen, de reisafstand soms wel zodat deze bij de nieuwe groepen zo kort mogelijk is gehouden. De ervaringen leerde dat de beroepscode wel maar het beroepsprofiel niet goed bruikbaar is in de gespreksgroepen: het beroepsprofiel blijkt soms moeilijk toepasbaar of vertaalbaar naar de praktijk. Op basis van onder andere deze bevindingen is de methode door het CBO aangepast. In de gespreksgroepen kunnen nu ook andere onderwerpen gekozen worden zoals protocollen, tijdschriftartikelen of casuïstiekbesprekingen. Ook het scholingsmateriaal is aangepast en vereenvoudigd. Het laatste project was ten tijde van het onderzoek nog niet afgerond zodat dit project buiten de evaluatie blijft.

#### *Oefentherapeuten-Cesar*

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

De vier groepen zijn geformeerd uit individuele oefentherapeuten uit bestaande regio's. Aan het project hebben 34 oefentherapeuten deelgenomen, waarvan acht begeleiders. De groepen hebben 4 dagdelen scholing in kwaliteitszorg gehad, verspreid over het jaar. Daarnaast zijn de acht begeleiders in twee dagdelen aanvullend geschoold. Uit de door het CBO uitgevoerde evaluatie bleek dat de deelnemers bij aanvang geen duidelijk beeld hadden van wat hen te wachten stond: men had moeite met de terminologie en de methode leek niet duidelijk en toepasbaar binnen de oefentherapie-Cesar. Na afloop van het project bleken deze bedenkingen verdwenen. Hoewel de groepen het zinvol vonden om éénmaal alle stappen van de toetsingscyclus uitgebreid te doorlopen,

hebben zij behoefte aan vereenvoudiging van het materiaal en aan een verkorte toetsingsmethode. Het kiezen van een onderwerp bleek voor de groepen een probleem: niet alle onderwerpen zijn voor toetsing geschikt en soms was het lastig een gezamenlijk onderwerp te vinden dat door alle individueel werkende groepsleden relevant werd geacht, aldus het CBO. Uit de tussentijdse evaluatie van het NIVEL bleek onder andere dat slechts een vijfde van de oefentherapeuten-Cesar van mening was dat toetsing tot meer uniformiteit in het handelen had geleid (Sluijs en Dekker, 1996). Zie voor meer details hoofdstuk 5 in dit rapport.

Op basis van de evaluaties wordt de methode door het CBO bijgesteld. De bijgestelde methode wordt toegepast in vier nieuw gestarte toetsingsgroepen.

#### *Oefentherapeuten-Mensendieck*

Begin 1995 is het project Intercollegiale Toetsing Oefentherapie Mensendieck van start gegaan. De leiding van het project is binnen de Nederlandse Vereniging voor Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) in handen van een bestuurslid. De acht toetsingsgroepen zijn vier dagdelen geschoold, verspreid over het jaar. De zestien begeleiders hebben daarnaast aanvullende scholing gehad in procesbegeleiding. Het scholingstraject is geëvalueerd door het CBO; de effecten zijn in kaart gebracht door het NIVEL (Sluijs en Dekker, 1996).

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

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

Uit de tussentijdse NIVEL evaluatie blijkt dat toetsing bij minder dan de helft van de Oefentherapeuten-Mensendieck heeft geleid tot meer uniformiteit in het handelen. Daarentegen meldt tweederde dat men vooral geleerd heeft van elkaar en meer zicht op elkaars werk heeft gekregen (Sluijs en Dekker, 1996).

#### *Radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten*

In het project 'Kwaliteitstoetsing Radiologisch Laboranten, zijn vanaf april 1995 14 radiotherapeutisch laboranten opgeleid tot interne procesbegeleider. Zij begeleiden verbeterprojecten op afdelingen radiotherapie. Een vergelijkbaar project is in september 1995 gestart voor radiodiagnostisch laboranten.

De scholing en begeleiding door het CBO omvat:

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

Op deze afsluitende bijeenkomst is het project mondeling door het CBO geëvalueerd. Daaruit blijkt dat de methode van kwaliteitstoetsing zeer bruikbaar wordt gevonden: "de bottom-up gedachte, die de basis vormt voor de methode van kwaliteitstoetsing, werd

als zeer positief ervaren" aldus het CBO. Bij de begeleiders van de verbeterprojecten bestaat behoefte met elkaar een netwerk op te richten, waarbij het CBO ingeschakeld kan worden voor begeleiding en het verzorgen van een deel van het onderwijs. Over de begeleiding door het CBO was men tevreden; suggesties voor verbetering van het scholingsprogramma zijn inmiddels door het CBO verwerkt.

Uit de tussentijdse NIVEL-evaluatie van het project bij de radiotherapeutisch laboranten bleek dat binnen deze beroepsgroep bijna de dubbele tijd aan kwaliteitstoetsing werd besteed, vergeleken met de andere paramedische beroepen. Ook werden door de radiotherapeutisch laboranten de meest 'harde' effecten van toetsing gemeld. Naast meer uniformiteit werd gewag gemaakt van tijdwinst en het voorkomen van fouten (Sluijs en Dekker, 1996). Zie verder hoofdstuk 5.

### *Fysiotherapie*

De fysiotherapeuten nemen in dit rapport een aparte positie in, omdat de fysiotherapeutische toetsingsprojecten geen onderdeel waren van het OKPZ-programma. In de fysiotherapie was toetsing reeds eerder ontwikkeld. Sinds 1994 is toetsing in de fysiotherapie een structurele activiteit van het CBO, waarbij de fysiotherapie-afdelingen zelf de cursusgelden opbrengen. Sinds 1994 zijn meer dan 100 afdelingen fysiotherapie door het CBO opgeleid, in omvang variërend van vier tot 45 fysiotherapeuten per afdeling.

Het opleidingsprogramma komt in grote lijnen overeen met de eerder beschreven toetsingsprojecten. Na afloop van een toetsingsproject houdt de CBO-begeleider een individueel gesprek met elke toetsingsbegeleider om de uitkomsten van de toetsingsstudie te bespreken en vervolgactiviteiten te plannen. Ongeveer 80% van de fysiotherapiebegeleiders neemt daarna deel aan het vervolgprogramma, bestaande uit drie terugkomdagen. De toetsingsgroepen in de fysiotherapie zijn bij deze evaluatie meegenomen, omdat in dit project ook ergotherapeuten participeerden, die wel onder het OKPZ-programma vielen.

Door de beroepsgroepen worden verschillende termen voor toetsing gebruikt (intercollegiale toetsing, kwaliteitstoetsing, systematische kwaliteitsbevordering, verbeterprojecten en gespreksgroepen). Dit weerspiegelt de behoefte van elke paramedische beroepsvereniging eigen accenten te leggen. Ondanks deze verschillen in naamgeving hebben alle projecten de volgende gemeenschappelijke elementen:

- er wordt gewerkt in groepen met een of meerdere begeleiders;
- de groepen zijn intercollegiaal samengesteld;
- de klassieke methode van de kwaliteitscyclus wordt gevolgd.

In feite gaat het om verbeterprojecten volgens de probleemoplossende methode. In zijn algemeenheid duurt het doorlopen van de gehele toetsingscyclus een jaar, dat wil zeggen dat een toetsingsonderwerp na een jaar geheel is afgerond. Gemiddeld komen de toetsingsgroepen eens per maand bijeen.

De verschillen liggen vooral in het werk en de werksetting van de diverse paramedische beroepsbeoefenaren: vrijgevestigd of in dienstverband; solistisch of in een team, intramuraal of extramuraal werkzaam. Bij de analyses in dit rapport wordt nagegaan of deze verschillen in werksetting van invloed zijn op de voor- en nadelen van toetsing en de effecten die men van toetsing ondervindt.

## 2.3 Methode en respondenten

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

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

Om overlap met de vele tussentijdse proces-evaluaties van het CBO te voorkómen ligt het accent in de vragenlijst op de effecten van toetsing en de continuering. Bij de ergotherapeuten en diëtisten was besloten om geen reminders te sturen naar non-respondenten om ergernis (evaluatie-moeheid) bij hen te voorkómen. Bij de overige projecten zijn wel reminders verstuurd omdat de respons te laag werd geacht.

Het pakket met vragenlijsten was geadresseerd aan de begeleiders van de groep met het verzoek de vragenlijsten (inclusief antwoord-envelop) aan alle deelnemers van de groep uit te delen. Tabel 2.1 geeft de respons:

Tabel 2.1: Overzicht van aantallen respondenten

Beroepsgroep	Verzonden	Terug- ontvangen	Respons
Ergotherapeuten	232	134	58%
Diëtisten	376	282	75%
Fysiotherapeuten	90	62	69%
Mondhygiënist	59	35	59%
Oefentherapeuten-Cesar	34	23	68%
Oefentherapeuten-Mensendieck	63	40	63%
Radiotherapeutisch laboranten	42	40	95%
Radiodiagnostisch laboranten	43	30	70%
Totaal	939	646	69%

De totale respons van 69% is bevredigend maar niet bijzonder hoog. Dit kan veroorzaakt zijn door de getrapte enquêtering: de deelnemers zijn niet persoonlijk benaderd maar aan de begeleiders is gevraagd de enquête uit te delen.

We benadrukken dat de hierna te presenteren resultaten de percepties van de begeleiders en deelnemers weerspiegelen. Daarnaast moet bij de interpretatie van de gegevens rekening worden gehouden met het feit dat het bij vijf beroepsgroepen experimen-

ten betreft met een klein aantal deelnemers (23 tot 40). Beroepsgroepen met een groot aantal deelnemers (diëtisten en ergotherapeuten) leggen een vrij groot gewicht in de schaal, althans als gemiddelden worden berekend. Er is in dit rapport geen weging toegepast. De gegevens kunnen niet worden gegeneraliseerd naar alle beroepsgroepen.



### 3 HET SCHOLINGSPROGRAMMA

#### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de inhoud van het scholingsprogramma besproken in paragraaf 2.2. Het scholingsprogramma heeft als doel begeleiders van toetsingsgroepen op te leiden, zodat zij na afloop van het project zelfstandig toetsingsgroepen kunnen begeleiden.

Op basis van het evaluatie-onderzoek worden in dit hoofdstuk drie vragen beantwoord:

1. Hoe is het scholings- en begeleidingsprogramma gewaardeerd? (paragraaf 3.2)
2. Hoe effectief was het scholingsprogramma, dat wil zeggen kunnen de begeleiders na afloop van het project zelfstandig toetsingsgroepen begeleiden? (paragraaf 3.3);
3. Zijn er aanbevelingen voor verbetering van het programma? (paragraaf 3.4).

#### 3.2 Waardering van het scholingsprogramma

De oordelen over het scholingsprogramma in deze paragraaf zijn afkomstig van de begeleiders van de toetsingsgroepen. In totaal hebben 147 begeleiders de enquête ingevuld en teruggestuurd waarvan:

51 diëtisten

33 ergotherapeuten

14 fysiotherapeuten

9 mondhygiënisten

7 oefentherapeuten-Cesar

10 oefentherapeuten-Mensendieck

13 radiotherapeutisch laboranten

10 radiodiagnostisch laboranten

Hoe het scholingsprogramma is gewaardeerd is in tabel 3.1 te zien, uitgedrukt in rapportcijfers.

Tabel 3.1: Waardering van het scholingsprogramma in rapportcijfers (N=147)

Waardering	gemiddelde	min.	max.
- de inhoud van de scholingsdagen	7,8	3	10
- verstrekt materiaal (cursus-, werkboek enz)	7,7	5	10
- telefonische helpdesk (indien gebruikt)	7,9	5	10
- overall waardering van het gehele programma	7,9	5	10

Het scholingsprogramma van het CBO lijkt geslaagd: de begeleiders waarderen het gehele programma met bijna een acht. Men is tevreden over de inhoud van de scholing en over de help-desk. Over het cursusmateriaal lopen de meningen nogal uiteen: 19 begeleiders geven een vijf of zes terwijl 27 van hen juist een negen of tien geven (de overigen een zeven of acht).

Over de duur van de scholing is een aparte vraag gesteld (niet in de tabel). Van alle begeleiders vindt 74% dat het aantal scholingsdagen precies genoeg was. 23% vindt

meer scholingsdagen wenselijk terwijl 3% van de begeleiders het aantal scholingsdagen teveel vond.

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

### 3.3 Effectiviteit van het scholingsprogramma

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

Het antwoord op deze vraag door 147 begeleiders is:

42% ja (men kan zelfstandig toetsingsgroepen begeleiden);

51% waarschijnlijk wel (men kan dit waarschijnlijk wel);

5% waarschijnlijk niet (men kan dit waarschijnlijk niet);

2% nee (men kan nog niet zelfstandig een groep begeleiden).

De ruime meerderheid van de begeleiders zegt dat men door de scholing in staat is, of waarschijnlijk in staat is, zelfstandig toetsingsgroepen te begeleiden; slechts 2% van de begeleiders acht zich daartoe niet in staat. In het antwoord 'waarschijnlijk' klinkt enige aarzeling door, wellicht omdat men tot nu toe nog steeds terug kon vallen op steun van het CBO. Op welke onderdelen van de toetsingsstappen men nog steun van het CBO nodig denkt te hebben is in tabel 3.2 te zien.

Tabel 3.2: Percentage begeleiders dat nog steun van het CBO denkt nodig te hebben per toetsingsstap (N=147)

Toetsingsstappen	Totaal %
- onderwerpskeuze	4
- analyse van een onderwerp	14
- formuleren van criteria	23
- verzamelen van gegevens	5
- evaluatie of toetsing van gegevens	8
- doorvoeren van veranderingen	10
- anders	19

De tabel toont dat 23% van de begeleiders nog ondersteuning denkt nodig te hebben bij het formuleren van criteria en 14% bij het analyseren van het onderwerp. In deze twee stappen stelt de toetsingsgroep gezamenlijk vast wat de ideale werkwijze zou moeten zijn en men vertaalt dit in concrete meetbare kwaliteitseisen. De overige stappen in de toetsingscyclus leveren voor beduidend minder begeleiders problemen op.

Er zijn wat de behoefte aan ondersteuning betreft grote verschillen tussen de beroepsgroepen. Deze zijn in tabel 3.3 te zien.



Tabel 3.3: Percentage begeleiders dat nog steun van het CBO denkt nodig te hebben (N=147)

Toetsingsstap:	Diët. (n=51)	Ergo. (n=33)	Fysio. (n=14)	Mondh. (n=9)	Cesar (n=7)	Mensd. (n=10)	Radioth. (n=13)	Radiod. (n=10)
Onderwerpkeuze	2%	-	-	-	14%	40%	-	-
Analyse van het onderwerp	18%	18%	7%	-	-	30%	15%	-
Formuleren van criteria	41%	18%	14%	22%	-	-	23%	-
Verzamelen van gegevens	6%	-	7%	11%	-	-	15%	-
Evaluatie/toetsing van gegevens	10%	6%	7%	33%	-	-	8%	-
Doorvoeren van veranderingen	8%	9%	21%	22%	-	-	15%	-
Anders	28%	15%	21%	22%	29%	10%	8%	-

Alle radiodiagnostisch laboranten geven aan geen steun meer van het CBO nodig te hebben bij het begeleiden van de toetsingsgroepen. Bij de diëtisten daarentegen is 41% van mening dat men nog steun van het CBO nodig heeft bij het formuleren van criteria, dat wil zeggen het vaststellen van meetbare kwaliteitseisen. Bij oefentherapeuten-Mensendieck betreft de ondersteuning vooral het kiezen en analyseren van een toetsingsonderwerp. Bij de mondhygiënisten blijkt het evalueren van de verzamelde gegevens relatief vaak op problemen te stuiten.

In zijn algemeenheid geeft een kwart van de begeleiders overigens aan dat ondersteuning van of overleg met het CBO nog welkom zou zijn, bijvoorbeeld als achterwacht of als men niet weet hoe het verder moet (categorie 'anders'). In veel gevallen heeft het CBO hierop ingespeeld door het organiseren van follow-up bijeenkomsten voor de begeleiders en/of door het continueren van de telefonische helpdesk.

Samenvattend kan gesteld worden dat het scholingsprogramma voor de meerderheid effectief was. Aanvullende ondersteuning is bij enkele beroepsgroepen met name gewenst bij het opstellen van criteria en ook wel bij het kiezen en analyseren van het onderwerp. Bik (1994) constateerde reeds dat het vaststellen van meetbare kwaliteitseisen niet eenvoudig is. In zijn algemeenheid ontbreekt het tot nu toe in de gezondheidszorg aan meetbare kwaliteitseisen die als indicator voor de kwaliteit van zorg kunnen fungeren. In die zin is hier geen sprake van een typisch paramedisch probleem. Dat de behoefte aan ondersteuning per beroepsgroep verschilt heeft, volgens de CBO-medewerkers, o.a. te maken met de mate waarin men vergadertechnieken en projectmanagement beheerst. Daarnaast blijken problemen verderop in de toetsingscyclus te ontstaan, indien men geen grondige analyse van het te toetsen onderwerp maakt (bijvoorbeeld bij het inkorten van de toetsingsmethode). Het vaststellen van meetbare criteria moet dan later alsnog gebeuren.

### 3.4 Aanbevelingen voor verbetering

In de vragenlijst is aan de begeleiders gevraagd welke suggesties zij hebben voor verbetering van het scholingsprogramma. In de eerder verschenen interimrapporten van het NIVEL zijn deze suggesties zeer gedetailleerd weergegeven zodat het CBO deze kon benutten voor verbetering van het scholingsprogramma (Sluijs en Dekker, 1996). In de eindrapportage van het CBO is te lezen dat inmiddels ook vele aanpassin-

gen hebben plaatsgevonden. In dit eindrapport beperken we ons voor de overzichtelijkheid tot de grote lijnen.

Naast de waarderende opmerkingen (goed zo, prima, doorgaan zo!) werden door de begeleiders in totaal 93 suggesties voor verbetering van het scholingsprogramma gedaan. Zie tabel 3.4.

Tabel 3.4: Top 5 van aanbevelingen voor verbetering van het scholingsprogramma

	Aantal
Minder theorie en meer toespitsen op de praktijk	20
Meer scholing en begeleiding	13
Cursusonderdelen beter laten aansluiten op waar de groep mee bezig is	10
Handleiding en cursusboek overzichtelijker structureren	10
Follow-up bijeenkomsten na afloop van het project	8
Overige suggesties	32
Totaal	93

Het meest frequent werd opgemerkt dat men de methode te theoretisch vond en graag een praktischere invulling zou zien. Bijvoorbeeld meer praktijkvoorbeelden, concrete tips en eenvoudiger taalgebruik. Deze aanbevelingen zijn vooral afkomstig van ergotherapeuten (8 x) en diëtisten (5 x) en verder van alle andere beroepsgroepen, zei het minder frequent. Ook vanuit het CBO werd al eerder gesignaleerd dat de cursisten niet met abstracte methodieken uit de voeten konden. Het bleek nodig de toetsingsmethode specifiek te vertalen naar de praktijk en naar de terminologie die in elke beroepsgroep gebruikelijk was.

De behoefte aan meer scholing en begeleiding is voornamelijk afkomstig van de diëtisten (9 x). Men pleit bijvoorbeeld voor meer terugkomdagen en voor een extra scholingsdag aan het einde van het project. Vier beroepsgroepen zouden graag follow-up-bijeenkomsten georganiseerd zien na afloop van de projecten (diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten en radiotherapeutisch laboranten). Zoals eerder opgemerkt is dit voor een groot deel reeds door het CBO gerealiseerd, voorzover dit binnen het budget mogelijk was.

De scholing zou beter moeten aansluiten op het onderwerp waar de groep op dat moment mee bezig is. Vanuit drie beroepsgroepen wordt gesignaleerd dat de scholing te ver vooruitloopt op waar de groep mee bezig is. Klaarblijkelijk is er behoefte aan een betere dosering van de scholing, direct aansluitend op de praktijk. Ook werd opgemerkt dat de eerste drie scholingsdagen te zwaar waren en dat men daarin teveel werd overladen met nieuwe informatie ("*veel ging langs me heen*"; "*ook de terugkomdagen waren soms verwarrend omdat het programma teveel voor liep*"). Dit probleem werd gesignaleerd door de vrij recent opgeleide groepen van ergotherapeuten, fysiotherapeuten en radiodiagnostisch laboranten.

Voor de recent opgeleide groepen diëtisten en ergotherapeuten doen ook aanbevelingen voor een betere structurering van het cursusmateriaal. We citeren: "*werkboek en handleiding graag integreren, nu teveel zoekwerk*"; "*het materiaal beter op elkaar afstemmen, nu teveel overlappingsen*"; "*het lesmateriaal graag beter en overzichtelijker in elkaar zetten*". Al eerder was door drie oefentherapeuten-Mensendieck opgemerkt dat

men liever minder papiermassa en een beknopter werkboek had. De mondhygiënist merkten op dat hun werkboek inmiddels in deze zin is aangepast.

De overige aanbevelingen zijn incidenteel. Zij zijn steeds door één begeleider genoemd (bijvoorbeeld: *liever kortere projecten; liever halve dagen dan een hele dag cursus; drie dagen in een conferentie-oord is te lang; de korte cursus was te kort; liever een kleinere groep, de docent moet niet alles wat de cursisten zeggen goedvinden want dat is verwarrend, liever duidelijker aangeven wat goed en fout is, enzovoorts*). Tenslotte wordt door radiotherapeutisch laboranten en fysiotherapeuten nog gesignaleerd dat er behoefte bestaat aan een methode voor multidisciplinaire toetsing.

Samenvattend pleiten de begeleiders voor vereenvoudiging van het lesmateriaal en meer aandacht voor de praktische toepasbaarheid. Een betere afstemming van de scholing op de activiteiten van de groep wordt op prijs gesteld. Tenslotte heeft een kwart van de begeleiders behoefte aan meer scholing en follow-up bijeenkomsten. Het CBO heeft inmiddels voor diverse beroepsgroepen follow-up bijeenkomsten georganiseerd.



## 4 DE GETOETSTE ONDERWERPEN

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de onderwerpen die de toetsingsgroepen hebben gekozen. Deze informatie is bedoeld om een indruk te geven van de onderwerpen die zich voor toetsing blijken te lenen. Door het CBO wordt gesteld dat - om de toetsingsmethode toe te kunnen passen - een toetsbaar onderwerp moet worden gekozen met mogelijkheden voor verbetering. Het onderwerp moet niet te omvangrijk zijn en duidelijk afgebakend kunnen worden. Daarnaast moet gelet worden op de ernst en omvang van het probleem en op de frequentie van voorkomen (Bik, 1994).

De toetsingsonderwerpen zijn ontleend aan de open vragen die door de begeleiders van de groep zijn ingevuld. Deze zijn achteraf handmatig geclusterd voorzover clustering mogelijk bleek.

Achtereenvolgens presenteren we de onderwerpen die in de respectievelijke beroepsgroepen zijn gekozen (paragraaf 4.2). Het hoofdstuk besluit met conclusies en aanbevelingen (paragraaf 4.3).

In het huidige onderzoek is niet onderzocht welke verbeteringen in de getoetste onderwerpen zijn aangebracht. In het hierna geplande effect-onderzoek zal dit wel een punt van aandacht zijn.

### 4.2 Toetsingsonderwerpen

#### **Ergotherapeuten**

In het NIVEL-onderzoek zijn 24 toetsingsgroepen van ergotherapeuten geëvalueerd. Zij hebben in totaal 42 toetsingsonderwerpen behandeld of nog in behandeling. Dit betekent dat 8 groepen één en 17 groepen twee onderwerpen behandeld hadden ten tijde van dit evaluatie-onderzoek. De toetsingsgroepen waren vrij in het kiezen van een onderwerp. Dit onderwerp kon zowel de zorgverlening zelf als de organisatie van de zorg betreffen. Het doel is in alle gevallen verbetering van het handelen te bewerkstelligen inclusief een verandering in attitude (Bik, 1994). De gekozen onderwerpen zijn in schema 4.1 te zien, (handmatig) geclusterd in drie groepen: inhoud van de behandeling, registratie en verslag en organisatie van de zorg.

Zie schema 4.1 volgende pagina.

Van de in totaal 42 onderwerpen hebben er 21 betrekking op de zorgverlening zelf, dat wil zeggen op de inhoud van de ergotherapeutische behandeling, 14 maal is de organisatie van de zorg als onderwerp gekozen en 7 maal rapportage aan verwijzers en verslaglegging.

Schema 4.1: Onderwerpen van de toetsingsgroepen van ergotherapeuten

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie
(rol)stoeladvisering 4	rapportage verwijzer 3	overdracht 5
intake 3	patiëntendossier 2	voorlichting ergoth. 3
handfunctie 3	rapportage algemeen 1	WVG-aanvragen 2
behandeling rugpatiënten 2	inventarisatielijst 1	uitleen materialen 2
gebruik spalk 2		patiëntenbespreking 1
handondersteuning bij CVA 2		huisbezoek 1
zitvoorziening 1		
ergonomische adviezen 1		
eet/drinkproblematiek 1		
prioriteiten bij CVA behandeling 1		
vaardigheden 1		
Totaal 21	Totaal 7	Totaal 14

Bij de ergotherapeutische behandeling is relatief vaak gekozen voor advisering omtrent hulpmiddelen zoals het gebruik van stoel of rolstoel en het gebruik van een spalk. Vier maal was handfunctie-onderzoek of handondersteuning onderwerp van toetsing. Drie groepen hebben gewerkt aan verbetering van de intake. De overige onderwerpen zijn steeds één maal gekozen.

Ten aanzien van de verslaglegging is rapportage maar de verwijzer door drie groepen gekozen en het patiëntendossier door twee groepen.

Vijf groepen hebben de overdracht van patiënten getoetst en drie groepen hebben gewerkt aan (een betere) voorlichting over de behandel mogelijkheden door ergotherapeuten.

### Diëtisten

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

De onderwerpen die door de eerste drie groepen van diëtisten zijn gekozen zijn in schema 4.2 te zien, ingedeeld in behandeling, registratie en verslaglegging en organisatie van de zorg.

Schema 4.2: Onderwerpen van de toetsingsgroepen van diëtisten.

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie
Diabetes mellitus 6	Probleem georiënteerde registratie 14	Overdracht 2
Overgewicht 2	Rapportage 6	Planning poli 1
Evaluatie behandeling 2	Registratie 2	Spreekuur 1
Dieet counseling 1		Taakverdeling 1
Methodisch werken 1		
Checklist adipositas 1		
Oncologische patiënt 1		
Protocol koemelkeiwitallergie 1		
Ondervoeding 1		
Totaal 16	Totaal 22	Totaal 5

Van de 43 onderwerpen die in de eerste toetsingsronde gekozen zijn hebben er 22 betrekking op registratie en verslaglegging. Daarbij is de Probleem Georiënteerde Registratie (POR) favoriet. 16 groepen kozen de dieetbehandeling zelf als onderwerp, waarbij relatief vaak werd gekozen voor dieetvoorlichting bij diabetes mellitus. Tenslotte hebben vijf toetsingsgroepen zich gericht op de organisatie van de zorg, met name de overdracht van patiënten.

De toetsingsgroepen hebben niet of nauwelijks gekozen voor het invoeren van binnen de beroepsgroep ontwikkelde protocollen. Het onderwerp was ook relatief vaak administratief van aard. Dit was voor het CBO reden om in een nieuw toetsingsproject (in 1996) dieetbehandelingsprotocollen centraal te stellen. De getoetste protocollen in de negen nieuwe groepen betroffen dieetadvisering bij diabetes mellitus II, obstipatie, verhoogd cholesterol, gewichtsverlies en ondervoeding, decubitus en slikproblemen. Drie van deze toetsingsgroepen hebben te kennen gegeven als tweede toetsingsonderwerp toch te kiezen voor de Probleem Georiënteerde Registratie. De overige groepen beraaden zich nog over het tweede toetsingsonderwerp.

### Fysiotherapeuten

Door de 15 groepen intramuraal werkende fysiotherapeuten zijn in totaal 26 toetsingsonderwerpen gekozen. Vier van deze onderwerpen konden moeilijk worden geclusterd, namelijk: het uitwisselen van deskundigheden op de afdeling; het bestuderen van vakliteratuur; verbetering van een tilproject op de afdeling; en, toetsing van de inbreng van patiënten in het behandelplan. De overige onderwerpen zijn geclusterd in behandeling, registratie en verslaglegging en organisatie. Zie schema 4.3.

Schema 4.3: Onderwerpen van de toetsingsgroepen van fysiotherapeuten.

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie
Total hip patiënt 1	Statusvoering 10	Overdracht 2
Klinisch bronchustolet 1	Registratie behandeldoelen 1	
Mobiliteitsonderzoek 1	Registratie onderzoeksgegevens 1	
Onderzoek astmapatiënt 1	Registratie patiënteninformatie 1	
Voorlichting HNP patiënt 1	Klinische patiëntenlijst 1	
Chronische pijnpatiënt 1		
Totaal 6	Totaal 14	Totaal 2

Relatief vaak is door de fysiotherapeuten gekozen voor registratie van patiëntengegevens in de patiëntenstatus of het patiëntendossier (in totaal 14 maal). Het betreft hier zowel klinische als poliklinische patiënten. Eénmaal werd expliciet vermeld dat het hierbij ging om integratie van de fysiotherapeutische statusvoering naar het multidisciplinair overleg. Bij de registratie van patiëntengegevens is in eerste instantie niet uitgegaan van de landelijke richtlijn die hieromtrent is opgesteld omdat men hiervan niet op de hoogte bleek te zijn. Deze richtlijn is wel gebruikt in de analysefase. De ervaring leerde dat een aanpassing c.q. vertaling van de richtlijn nodig bleek omdat de patiëntenregistratie moet aansluiten bij de systematiek van verslaglegging die in de instelling wordt gehanteerd.

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat de fysiotherapeuten een grote variëteit aan toetsingsonderwerpen hebben gekozen. Een minderheid daarvan heeft betrekking op de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling.

### **Mondhygiënisten**

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

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

In de groepen is bekeken welke taakomschrijvingen uit het beroepsprofiel en welke normen uit de gedragscode op de onderwerpen van toepassing zijn. Op basis daarvan zijn criteria geformuleerd waarmee het handelen in de praktijk is getoetst. Door de groepen is op basis daarvan een hygiëne protocol ontwikkeld en een checklist voor het opstellen van een behandelplan voor parodontologie. De groepen achten de Beroepscode wel bruikbaar voor toetsing maar het Beroepsprofiel veel minder: het Beroepsprofiel is te omvangrijk, met veel verdubbelingen en vaak moeilijk vertaalbaar naar de praktijk. Daarom is besloten om de volgende toetsingsgroepen meer vrij te laten in het kiezen van onderwerpen.

### **Oefentherapeuten-Cesar**

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

- behandeling van hoofdpijnklachten voortkomend uit nek/schouder problematiek
- service aspecten
- instructie geven aan patiënten
- verslaglegging

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

### **Oefentherapeuten-Mensendieck**

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

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

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

### **Radiotherapeutisch laboranten**

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

- efficiënt(er) werken op versnellers/bestralingstoestel (2 groepen)
- statuscontrole door laboranten (2 groepen)



- verschillen in tafel-isoc-afstanden tussen simulator en bestralingstoestel
  - blaas vol of leeg
  - statistiek t.b.v. bestralingsverrichtingen
  - informatievoorziening (informatieproces structureren en standaardiseren)
  - overdracht gegevens tussen de verschillende onderdelen
  - overdracht patiëntgegevens voor planning van versneller
- Door de groepen is in totaal aan 10 onderwerpen gewerkt in de verbeterprojecten. Enkele groepen hebben meer dan één onderwerp behandeld.

#### **Radiodiagnostisch laboranten**

De acht toetsingsgroepen van radiodiagnostisch laboranten hebben nagenoeg allemaal gekozen voor toetsingsonderwerpen op organisatorisch gebied. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat er in de radiodiagnostiek per definitie protocollair wordt gewerkt waarmee de behandeling van de patiënt (c.q. diagnostiek) vast ligt. De gekozen onderwerpen betreffen voor het merendeel de communicatie en informatie-overdracht op de afdelingen. Daarnaast is driemaal gekozen voor toetsing van de voorlichting aan patiënten. Eén groep heeft gewerkt aan een structuur voor de verspreiding van gewijzigde protocollen. Twee groepen hebben respectievelijk de attitude en de bijscholing als tweede toetsingsonderwerp gekozen.

### **4.3 Conclusies**

Uit dit hoofdstuk blijkt dat een grote variëteit aan onderwerpen is getoetst. Naast de behandeling zelf blijken veel onderwerpen gekozen te zijn in de voorwaardenscheppende sfeer zoals registratie van de behandeling en organisatie van de zorg. Incidenteel zijn ook geheel andere onderwerpen gekozen, bijvoorbeeld een tilproject op de afdeling of het kritisch lezen van onderzoeksliteratuur. Hieruit kan geconcludeerd worden dat uiteenlopende onderwerpen zich lenen voor toepassing van de toetsingsmethode. De term 'intercollegiale toetsing' is in dit opzicht een te eng begrip. In feite gaat het om verbeterprojecten volgens de probleemoplossende methode. Enkele beroepsgroepen spreken dan ook van verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten, zoals in hoofdstuk 2 is toegelicht.

Door de meerderheid van de groepen zijn onderwerpen gekozen in de voorwaardenscheppende sfeer. Het meest frequent is dat de patiëntenstatus (welke gegevens dienen over diagnose en behandeling te worden geregistreerd), de verslaglegging naar de verwijzer en de interne communicatie en werkoverdracht op de afdeling. Volgens de CBO-medewerkers zijn er verschillende redenen waarom deze onderwerpen zo frequent worden gekozen. Ten eerste wordt verslaglegging als basis voor de behandeling gezien. Ten tweede is het een onderwerp waar iedereen dagelijks en frequent mee te maken heeft. Ten derde leidt onduidelijke verslaglegging tot ergernissen bij waarneming en overdracht zodat op dit gebied veel winst valt te behalen.

Een voordeel van de hiervoor genoemde 'administratieve' onderwerpen is dat zij de specifieke aandoeningen overstijgen en dus doorwerken in het totale handelen van de paramedicus. Daarnaast is het zo dat onderlinge vergelijking van behandelingen en de effecten daarvan pas mogelijk wordt wanneer collega's op uniforme wijze dezelfde gegevens over de patiënt registreren.

Door de medewerkers van het CBO wordt altijd aangeraden zoveel mogelijk een patiëntgericht onderwerp te kiezen, dat wil zeggen de specifieke behandeling van een bepaalde patiëntencategorie. Deze aanbeveling vloeit voort uit het doel van toetsing, ongewenste variatie in behandelingen binnen een beroepsgroep terug te dringen. Minder dan de helft van de toetsingsgroepen heeft de behandeling van de patiënt als onderwerp gekozen. Volgens de CBO-medewerkers heeft dit o.a. te maken met hun aanbeveling om in eerste instantie een klein, overzichtelijk onderwerp te kiezen, dat geschikt is om de toetsingsmethode te leren. Dit leren moet niet vertroebeld worden door de discussies over controversiële onderwerpen of 'hete hangijzers' in de beroepsgroep. Praktisch is het zo dat niet iedereen in de groep of op de afdeling dezelfde categorie patiënten behandelt (niet iedereen werkt all-round) zodat het soms moeilijk is een gemeenschappelijk onderwerp te vinden. Bij paramedici die part-time werken is de ervaring dat de gekozen aandoening of patiëntencategorie relatief weinig wordt gezien, zodat de gegevensverzameling een lange periode in beslag neemt. Onder andere deze overwegingen hebben ertoe geleid dat minder patiëntgerichte onderwerpen zijn gekozen dan door het CBO was geadviseerd.

In het eerste project voor de diëtisten was ervan uitgegaan dat (onder andere) de door de beroepsgroep ontwikkelde protocollen gebruikt zouden worden om aan de hand daarvan te kunnen toetsen of de diëtistische behandeling conform het protocol verloopt. Bovendien zou dat de groepen tijd besparen omdat in dergelijke protocollen de ideale werkwijze reeds is vastgelegd. Dit betekent dat twee stappen in de toetsingscyclus overgeslagen zouden kunnen worden namelijk het analyseren van het onderwerp en het vaststellen van de criteria. In het eerste project zijn echter nauwelijks protocollen als toetsingsonderwerp gekozen. Als reden werd onder andere genoemd dat de bestaande protocollen nauwelijks meetbare kwaliteitscriteria bevatten, zodat toetsing aan de hand daarvan ook niet goed mogelijk was. Inmiddels is door het CBO een raamwerk voor diëtistische protocollen opgesteld met eisen waaraan een protocol dient te voldoen.

In het meest recente project van de diëtisten was het gebruik van protocollen verplicht gesteld om te onderzoeken of dit een tijdbesparing op zou kunnen leveren. Opnieuw is gebleken dat protocollen nauwelijks meetbare kwaliteitscriteria bevatten. De toetsingsgroepen moesten zelf een vertaling naar criteria maken. Wel bleek het gebruik van protocollen tijdswinst op te leveren, met name in de fase waarin het onderwerp wordt geanalyseerd. De ervaringen met dit project laten zien dat het gebruik van protocollen mogelijk is in de toetsingsgroepen maar dat de voordelen daarvan beperkt zijn tot een geringe tijdswinst.

Bij de mondhygiënisten was de Beroepscode en het Beroepsprofiel uitgangspunt in de toetsingsgroepen. De ervaringen laten zien dat met name het Beroepsprofiel weinig bruikbaar blijkt te zijn om daaruit normen voor het praktisch handelen uit af te leiden. Ook hier weer is dus het ontbreken van concrete meetbare kwaliteitscriteria een probleem. In toekomstige groepen worden de mondhygiënisten daarom vrijer gelaten in het kiezen van toetsingsonderwerpen.

Tenslotte bleken de oefentherapeuten-Cesar problemen te ondervinden bij het kiezen van onderwerpen die door alle individueel werkende therapeuten in de groep relevant werden geacht.

## 5 DE EFFECTEN VAN TOETSING

### 5.1 Inleiding

De vraag wat toetsing tot nu toe aan effecten opgeleverd heeft wordt in dit hoofdstuk beantwoord. Deze vraag is zowel aan de begeleiders als aan alle deelnemers gesteld, zodat we in dit hoofdstuk uitgaan van alle 646 respondenten. We herinneren eraan dat het gaat om effecten die opgetreden zijn volgens de respondenten zelf; het betreft dus gepercipieerde effecten.

### 5.2 Effecten van toetsing

Bij de vraag welke effecten door de toetsing zijn opgetreden maken we onderscheid in specifieke en algemene effecten. Onder specifieke effecten verstaan we effecten met betrekking tot het getoetste onderwerp. Onder algemene effecten verstaan we verbeteringen die in zijn algemeenheid opgetreden zijn in de werkwijze van de paramedicus, dus ook buiten het getoetste onderwerp: het zijn uitstralingseffecten.

Letterlijk is in de enquête gevraagd: "Wat zijn voor u de belangrijkste effecten die opgetreden zijn?" Tabel 5.1 geeft de antwoorden van de begeleiders en de deelnemers. Gemiddeld zijn per persoon ruim 5 effecten aangekruist zodat de tabel optelt tot meer dan 100%.

Tabel 5.1: Percentage begeleiders en deelnemers dat specifieke en algemene effecten rapporteert op onderstaande gebieden (N=646)

Effecten m.b.t.:	Begeleiders (N=147)		Deelnemers (N=499)		Totaal (N=646)	
	spec.	alg.	spec.	alg.	spec.	alg.
Meer uniformiteit	63%	17%	61%	19%	61%	19%
Concrete verbeteringen	63%	27%	52%	20%	55%	22%
Tijdwinst	10%	6%	11%	4%	11%	5%
Inzicht in eigen handelen	39%	42%	42%	40%	42%	41%
Methodischer werkwijze	52%	33%	54%	29%	53%	30%
Kritischer/bewuster	37%	58%	36%	47%	36%	49%
Geleerd van elkaar	50%	44%	47%	43%	48%	43%
Zicht op elkaars werk	57%	31%	48%	30%	50%	30%
Samenwerking/communicatie	27%	31%	23%	23%	24%	25%
Effectiever vergaderen	27%	25%	14%	10%	17%	13%

De tabel moet als volgt gelezen worden. Van de 147 begeleiders meldt 63% dat meer uniformiteit is bereikt met betrekking tot het getoetste onderwerp; 17% van de begeleiders meldt dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is opgetreden. De deelnemers melden vergelijkbare cijfers: 61% specifieke en 19% algemene effecten. Meer begeleiders dan deelnemers vinden dat concrete verbeteringen gerealiseerd zijn

aangaande het getoetste onderwerp, namelijk 63% van de begeleiders en 52% van de deelnemers.

Met het gegeven dat bijna tweederde van de toetsingsgroepen meer uniformiteit meldt ten aanzien van het getoetste onderwerp lijkt een van de doelstellingen van intercollegiale toetsing - het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren - bij tweederde van de respondenten inderdaad te zijn gerealiseerd. Voor eenderde van de respondenten behoorde dit niet tot de belangrijkste effecten.

Bijna eenvijfde van de respondenten maakt melding van een uitstralingseffect, dat wil zeggen dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is gerealiseerd. De ruime meerderheid heeft dit niet als effect van toetsing aangemerkt.

Hoewel de helft aangeeft dat concrete verbeteringen zijn aangebracht betekenen deze zelden tijdwinst, slechts 11% geeft aan dat tijdwinst is geboekt; bij de grote meerderheid is dit niet het geval.

Ten aanzien van het getoetste onderwerp meldt bijna de helft van alle respondenten dat men meer inzicht heeft gekregen in het eigen handelen, en dat men methodischer en gestructureerder is gaan werken ten aanzien van het getoetste onderwerp. Door 58% van de begeleiders en 47% van de deelnemers wordt gesteld dat men in zijn algemeenheid kritischer naar het eigen werk is gaan kijken: "Wat doen we en waarom? Waarom doen we dit zo?". Bij deze categorie worden duidelijk meer algemene dan specifieke effecten gerapporteerd. Dit wijst in de richting van een attitude verandering, dat wil zeggen een kritischer opstelling ten aanzien van het eigen handelen.

De laatste vier effecten in tabel 5.1 hebben te maken met de onderlinge samenwerking. Door een minderheid - 30% van de begeleiders en ruim 20% van de deelnemers - wordt gemeld dat de samenwerking en onderlinge communicatie is verbeterd. Dat geldt zowel voor het getoetste onderwerp als in zijn algemeenheid. Voor de meerderheid van de groepen was dit niet het belangrijkste effect. Dat men van elkaar heeft geleerd en meer zicht heeft gekregen op elkaars werkwijze wordt door bijna de helft van de respondenten wel en door de helft niet als belangrijk effect gerapporteerd.

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

De tabellen 5.2 en 5.3 geven de verschillen tussen de paramedische beroepsgroepen. Per beroepsgroep zijn begeleiders en deelnemers samen genomen. Tabel 5.2 geeft de specifieke effecten weer, tabel 5.3 de algemene effecten. We maken erop attent dat bij de radiologisch laboranten een extra vraag was toegevoegd: men kon ook als effect aankruisen: minder fouten/voorkómen van fouten.

Tabel 5.2: Specifieke effecten per beroepsgroep in procenten (deelnemers + begeleiders) N=646

Specifieke effecten m.b.t.:	Diët. (N=282)	Ergo. (N=134)	Fysio. (N=62)	Mondh. (N=35)	Cesar (N=23)	Mensd. (N=40)	Radioth. (N=40)	Radiod. (N=30)
Meer uniformiteit	68%	65%	65%	34%	30%	45%	60%	57%
Concrete verbeteringen	54%	57%	65%	34%	35%	43%	63%	73%
Tijdwinst	10%	10%	10%	3%	4%	8%	18%	27%
Inzicht in eigen handelen	43%	48%	42%	31%	39%	45%	28%	30%
Methodischer werkwijze	57%	55%	58%	29%	26%	58%	40%	60%
Kritischer/bewuster	36%	35%	34%	46%	48%	45%	30%	30%
Geleerd van elkaar	47%	51%	44%	54%	57%	68%	28%	40%
Zicht op elkaars werk	55%	56%	39%	46%	35%	58%	28%	27%
Samenwerking/communicatie	21%	23%	27%	29%	22%	35%	18%	47%
Effectiever vergaderen	14%	13%	11%	23%	52%	35%	5%	37%
Voorkómen van fouten	-	-	-	-	-	-	25%	37%

De tabel toont dat aanzienlijke verschillen tussen de beroepsgroepen te zien zijn in specifieke effecten die worden gerapporteerd. Hierna zullen we per beroepsgroep op de meest opvallende verschillen ingaan. Daarbij moeten de grote verschillen in aantallen respondenten in acht worden genomen, met als uitersten diëtisten 282 respondenten en oefentherapeuten-Cesar 23.

De effecten die diëtisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten rapporteren vertonen veel overeenkomst met het gemiddelde beeld dat in de vorige paragraaf is geschetst. Van alle beroepsgroepen rapporteren zij het meest frequent dat meer uniformiteit is bereikt (respectievelijk 68%, 65% en 65%). Het enige verschil tussen deze beroepsgroepen is dat relatief weinig fysiotherapeuten meer zicht op elkaars werk hebben gekregen (39%) vergeleken met de diëtisten en ergotherapeuten (respectievelijk 55% en 56%).

Mondhygiënisten en vooral ook oefentherapeuten-Cesar rapporteren op veel gebieden aanzienlijk minder specifieke effecten dan de overige beroepsgroepen. Van de mondhygiënisten is 34% van mening dat meer uniformiteit bereikt is ten aanzien van het getoetste onderwerp en bij de oefentherapeuten-Cesar is dat 30%. Bij mondhygiënisten kan een mogelijke verklaring zijn dat het door hen gebruikte beroepsprofiel te breed en te veelomvattend was om uniformiteit ten aanzien van een specifiek onderwerp te bewerkstelligen. Bovendien is het beroepsprofiel op zich natuurlijk al een uniform onderwerp. Bij oefentherapeuten-Cesar zou het zo kunnen zijn dat men reeds uniform werkte omdat men maar één behandelmethode toepast, namelijk de oefentherapie-Cesar. Dit geldt ook voor oefentherapeuten-Mensendieck. En ook zij scoren relatief laag wat betreft het bereiken van meer uniformiteit (45%).

In positieve zin rapporteren deze drie beroepsgroepen het meest frequent dat men kritischer naar het eigen werk is gaan kijken en dat men veel van elkaar heeft geleerd. Dit laatste wordt door 68% van de oefentherapeuten-Mensendieck gemeld. Ruim de helft van de oefentherapeuten-Cesar zegt dat men tengevolge van de toetsing effectiever is gaan vergaderen.

De effecten die de radiologisch laboranten rapporteren laten een ander beeld zien. Zij vallen ten eerste op doordat tweederde van hen concrete verbeteringen heeft aangebracht. Dat fouten worden voorkómen wordt gemeld door 25% van de radiotherapeutisch laboranten en door 37% van de radiodiagnostisch laboranten. Vaker dan de andere beroepsgroepen melden zij dat tijdwinst is geboekt (respectievelijk 18% en 27%). Deze tijdwinst is verklaarbaar: minder fouten betekent minder dubbel werk. Vergeleken met de andere beroepsgroepen rapporteren de radiologisch laboranten minder vaak dat zij meer zicht hebben gekregen op elkaars werk of van elkaar hebben geleerd.

Het hier geschetste beeld over effecten ten aanzien van het getoetste onderwerp wordt genuanceerder wanneer we naar de algemene effecten kijken in tabel 5.3, dat wil zeggen de effecten die het dagelijks handelen in zijn totaliteit betreffen.

Tabel 5.3: Algemene effecten per beroepsgroep in procenten

Algemene effecten m.b.t.:	Diët. (N=282)	Ergo. (N=134)	Fysio. (N=62)	Mondh. (N=35)	Cesar (N=23)	Mensd. (N=40)	Radioth. (N=40)	Radiod. (N=30)
Meer uniformiteit	20%	17%	23%	20%	-	18%	13%	27%
Concrete verbeteringen	21%	22%	26%	26%	13%	20%	20%	30%
Tijdwinst	4%	2%	3%	9%	-	8%	10%	17%
Inzicht in eigen handelen	40%	44%	31%	57%	57%	40%	23%	40%
Methodischer werkwijze	27%	35%	37%	43%	9%	30%	30%	23%
Kritischer/bewuster	46%	52%	32%	63%	61%	58%	55%	60%
Geleerd van elkaar	42%	41%	39%	57%	65%	53%	20%	47%
Zicht op elkaars werk	32%	28%	34%	40%	30%	33%	15%	20%
Samenwerking/communicatie	24%	21%	34%	26%	22%	23%	23%	40%
Effectiever vergaderen	8%	13%	15%	23%	39%	20%	5%	27%
Voorkómen van fouten	-	-	-	-	-	-	15%	37%

In de vorige paragraaf is reeds opgemerkt dat meer effecten optreden ten aanzien van het getoetste onderwerp vergeleken met de zogenaamde algemene of uitstralingseffecten. Tabel 5.3 toont dat ook ten aanzien van deze algemene effecten enkele opvallende verschillen tussen de beroepsgroepen te zien zijn.

Ten eerste blijkt dat van de oefentherapeuten-Cesar niemand meldt dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit is bereikt. Slechts weinig oefentherapeuten-Cesar (9%) zeggen methodischer te zijn gaan werken terwijl dat bij 43% van de mondhygiënisten wel het geval is. Ten tweede laat de tabel zien dat mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck - de beroepsgroepen die relatief weinig specifieke effecten rapporteerden - juist wel melden dat zij in zijn algemeenheid veel van elkaar hebben geleerd en dat zij meer inzicht hebben gekregen in het eigen handelen en daar kritischer tegenover staan.

Bij de radiodiagnostisch laboranten blijken de gerapporteerde specifieke effecten voor een groot deel ook hun weerslag te hebben op het totale dagelijks handelen. Zij melden het vaakst concrete verbeteringen in het dagelijks handelen, meer uniformiteit en minder fouten, terwijl ook de onderlinge samenwerking is verbeterd.

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

### 5.3 Conclusies

De algemene conclusie is dat door de deelnemers aan toetsing veel effecten worden gerapporteerd, gemiddeld ruim vijf per persoon. Dat het hierbij om een zelfrapportage gaat moet in acht worden genomen. Omdat gevraagd is alleen de belangrijkste effecten aan te kruisen is het niet verwonderlijk dat de effecten verschillen per persoon. De helft van de respondenten geeft bijvoorbeeld aan concrete veranderingen in de eigen werkwijze te hebben aangebracht, voor de andere helft was dit niet het belangrijkste effect. Zij hebben andere accenten gelegd.

Het meest genoemde effect is meer uniformiteit ten aanzien van het getoetste onderwerp (specifiek effect). Dit betekent dat intercollegiale toetsing - zoals in de CBO-projecten wordt gehanteerd - inderdaad bij tweederde van de respondenten heeft geleid tot het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren. Bij eenderde van de deelnemers is dit effect niet of in mindere mate opgetreden. Dat geldt met name voor mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en ook wel voor oefentherapeuten-Mensendieck. Een speculatieve verklaring hiervoor is dat de oefentherapeuten naar eigen zeggen reeds volgens een uniforme vaste methode werken, zodat op dit gebied weinig winst valt te behalen. De toetsing van de mondhygiënisten was bedoeld om het beroepsprofiel te implementeren, welk document achteraf minder geschikt voor toetsing bleek te zijn, zoals in hoofdstuk 4 is verduidelijkt.

Het minst genoemde effect is tijdwinst. Dit betekent dat intercollegiale toetsing zelden heeft bijgedragen tot vergroting van de doelmatigheid (hetgeen overigens ook geen primaire doelstelling van toetsing is). Des te opmerkelijker is het, dat ruim een kwart van de radiodiagnostisch laboranten wel tijdwinst zegt te hebben geboekt. Bij hen leidt vermindering van fouten tot minder dubbel werk.

Intercollegiale toetsing lijkt bij de helft van de respondenten ook een attitudeverandering teweeg te hebben gebracht. Men heeft een kritischer opstelling ten aanzien van de eigen werkwijze gekregen. Dit kan een uitstralingseffect genoemd worden omdat dit effect het getoetste onderwerp overstijgt. Naar onze mening kan het verwerven van een kritische attitude als een van de belangrijkste effecten worden aange-merkt. In die zin is het jammer dat dit effect niet bij alle respondenten is opgetreden.

Intercollegiale toetsing leidt bij een minderheid (een kwart) tot verbetering van de samenwerking en onderlinge communicatie tussen beroepsbeoefenaren. Het meest frequent wordt dit gemeld door de radiodiagnostisch laboranten. Dit is niet verwonderlijk omdat de meerderheid van hen het verbeteren van de communicatie als toetsingsonderwerp had gekozen.

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

Er bestaan opvallende verschillen tussen de beroepsgroepen in het soort effecten dat wordt gerapporteerd. Zonder in details te treden kunnen de verschillen als volgt worden getypeerd: diëtisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten wijken in zijn algemeenheid

weinig af van de gemiddeld gerapporteerde effecten. Mondhygiënisten en oefentherapeuten-Cesar en ook wel oefentherapeuten-Mensendieck melden relatief weinig specifieke effecten maar relatief veel algemene effecten. Radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten melden relatief veel 'tastbare' effecten namelijk concrete verbetering, minder fouten en tijdwinst. De in dit hoofdstuk gesuggereerde verklaringen voor deze verschillen zijn speculatief en zullen in het vervolgonderzoek nader worden bestudeerd. Overigens zijn deze verschillen ook een afspiegeling van het feit dat de toetsingsmethode van het CBO veel vrijheidsgraden kent waardoor toetsingsgroepen hun eigen onderwerpen kunnen kiezen en verbeterdoelen kunnen formuleren die zijzelf relevant achten.

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



## 6 VOOR- EN NADELEN VAN TOETSING

### 6.1 Inleiding

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

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

Het hoofdstuk eindigt met de conclusies.

### 6.2 Voor- en nadelen van toetsing

Door het CBO (Evers, 1995) wordt gesteld dat het gemiddeld een jaar duurt voordat een eerste toetsingscyclus geheel is afgerond. De tijd die de begeleiders en deelnemers gemiddeld per maand aan toetsing besteden is in tabel 6.1 uitgezet. Daarbij is aangegeven in welke mate toetsing in vrije tijd dan wel in diensttijd plaatsvindt (c.q. werkgeverstijd).

Tabel 6.1: Gemiddelde tijd die per maand aan toetsing wordt besteed in uren

	Gemiddelde uren	Sd.	Min.	Max.	(N*)
Begeleiders	7,1	5,4	0,5	40	(140)
- vrije tijd	2,1	2,2	0,0	10	(134)
- werkgeverstijd	5,0	5,6	0,0	36	(134)
Deelnemers	3,6	1,9	0,5	16	(460)
- vrije tijd	1,1	1,6	0,0	10	(437)
- werkgeverstijd	2,6	2,1	0,0	16	(438)
Begeleiders + deelnemers	4,4	3,4	0,5	40	(600)
- vrije tijd	1,4	1,8	0,0	10	(571)
- werkgeverstijd	3,1	3,4	0,0	36	(572)

\*) Een wisselend aantal respondenten heeft onderdelen van deze vraag niet ingevuld.

De begeleiders geven aan gemiddeld 7,1 uur per maand aan intercollegiale toetsing te besteden. Daarvan komt vijf uur voor rekening van de werkgever terwijl gemiddeld 2 uur vrije tijd wordt geïnvesteerd. Dit is exclusief de reistijd, zoals expliciet in de enquête is gevraagd. De deelnemers zijn aanzienlijk minder tijd kwijt. Zij investeren gemiddeld 3,6 uur per maand, waarvan ruim 1 uur in vrije tijd.

Globaal komt de tijdsinvestering per maand neer op een hele dag voor begeleiders en een halve dag voor de deelnemers. Voor de deelnemers zou dit omgerekend neerkomen op 6 hele dagen per jaar, dit is 2½% van de werktijd.

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

Tabel 6.2 geeft de tijdsbesteding per beroepsgroep. In de eerste kolom staat de totaal bestede tijd per maand terwijl de tweede kolom weergeeft hoeveel van deze tijd 'vrije tijd' is geweest.

Tabel 6.2: Aantal uren dat gemiddeld per maand aan toetsing is besteed, totaal en in vrije tijd (N=646)

	Totale tijd	Waarvan vrije tijd
Radiotherapeutisch laboranten	8,4	1,6
Radiodiagnostisch laboranten	6,9	0,4
Fysiotherapeuten	6,0	1,3
Oefentherapeuten-Cesar	4,0	3,9
Diëtisten	4,0	0,9
Ergotherapeuten	3,5	1,2
Oefentherapeuten-Mensendieck	3,3	3,0
Mondhygiënisten	3,2	3,1
<b>Totaal</b>	<b>4,4</b>	<b>1,4</b>

Het eerste wat opvalt in de tabel is dat drie beroepsgroepen bijna tweemaal zoveel tijd in toetsing hebben geïnvesteerd vergeleken met de anderen, namelijk radiotherapeutisch- en radiodiagnostisch laboranten en fysiotherapeuten. Bij de ergotherapeuten is de tijdsinvestering gemiddeld 3,5 uur per maand gerekend over alle groepen. In het tweede interimrapport (Sluijs e.a., 1996) bleek overigens dat de ergotherapeuten in het tweede jaar van de toetsing aanzienlijk minder tijd kwijt zijn dan in het eerste jaar wanneer de methode nog geleerd moet worden.

Er zijn grote verschillen in de **vrije tijd** die door de verschillende beroepsgroepen wordt geïnvesteerd. De minste vrije tijd wordt geïnvesteerd door radiodiagnostisch laboranten, gemiddeld 0,4 uur per maand, terwijl er ook beroepen zijn waar toetsing geheel of nagenoeg geheel in vrije tijd plaatsvindt, namelijk bij mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck (gemiddeld 3 tot 4 uur per maand). Bij de oefentherapeuten is dit verklaarbaar omdat zij voor het overgrote deel vrijgevestigd zijn. Een T-toets toont dat vrijgevestigden gemiddeld 2,2 uur per maand meer vrije tijd investeren dan 'dienstverbanders' ( $p < 0.01$ ). Bij de mondhygiënisten, die ook merendeels in dienstverband werken, wekt de geïnvesteerde vrije tijd verwondering. Blijkbaar wordt in de tandartspraktijk (nog) geen tijd voor toetsing beschikbaar gesteld. Ongetwijfeld heeft de vrije tijd die men investeert invloed op de gepercipieerde balans tussen voor- en nadelen van toetsing, waar we nu op ingaan.

Gemiddeld vindt 58% van alle respondenten dat er wel en 41% dat er geen nadelen aan toetsing zijn verbonden (1% is niet ingevuld). Tussen de beroepsgroepen zijn verschillen in het percentage deelnemers en begeleiders dat nadelen ervaart, zie tabel 6.3.

Tabel 6.3: Percentage respondenten dat van mening is dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn (N=646)

Oefentherapeuten-Cesar	87%
Radiotherapeutisch laboranten	75%
Oefentherapeuten-Mensendieck	70%
Fysiotherapeuten	69%
Ergotherapeuten	57%
Radiodiagnostisch laboranten	57%
Diëtisten	54%
Mondhygiënisten	17%

De beroepsgroepen verschillen zeer in de mate waarin men (naast effecten) ook nadelen van toetsing percipieert: 87% van de oefentherapeuten-Cesar tegenover 17% van de mondhygiënisten vindt dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn. Deze verschillen zijn opmerkelijk omdat bij beide beroepsgroepen toetsing nagenoeg geheel in vrije tijd plaatsvindt, zoals in tabel 6.2 was te zien. De beroepsgroepen die relatief weinig vrije tijd investeren, diëtisten en ergotherapeuten, zijn gematigd in hun oordeel over de nadelen van toetsing (door respectievelijk 54% en 57% van hen aangekruist). Gemiddeld vindt 72% van de vrijgevestigden dat er nadelen aan toetsing verbonden zijn tegenover 57% van degenen die in dienstverband werkzaam zijn ( $p < .05$ ).

In de vragenlijst is gevraagd wat de belangrijkste nadelen van toetsing zijn. Men kon negen mogelijkheden aankruisen (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4: Percentage begeleiders en deelnemers dat onderstaande nadelen van toetsing heeft aangekruist (N=209)\*

Nadelen	Begeleiders N=58	Deelnemers N=151	Totaal N=209
Tijdsinvestering	27%	21%	23%
De cyclus duurt te lang	26%	21%	22%
Toetsing is bedreigend	5%	2%	3%
De methode is te complex	5%	5%	5%
Consensus bereiken is moeilijk	3%	5%	5%
Het moeten veranderen van eigen werkwijze	5%	2%	2%
Zich moeten aanpassen aan anderen	3%	1%	2%
Van collega's valt weinig te leren	1%	0%	1%
Anders	4%	5%	5%

\*) Deze vraag is in een latere fase (medio 1995) aan de vragenlijst toegevoegd. In een eerder versie van de vragenlijst aan ergotherapeuten en diëtisten was deze vraag nog niet opgenomen.

De tabel laat zien dat de tijdsinvestering en het feit dat de cyclus te lang duurt door respectievelijk 27% en 26% van de begeleiders als nadeel van toetsing wordt ervaren. Van de deelnemers vindt 21% dat een nadeel. De overige mogelijke nadelen spelen nauwelijks een rol van betekenis. Slechts 5% van de begeleiders en deelnemers vindt dat de toetsingsmethode te complex is. Hoewel in hoofdstuk 2 bleek dat relatief vaak gepleit werd voor vereenvoudiging van het cursusmateriaal en ook wel de methode, lijkt het erop dat deze vereenvoudiging vooral het cursusmateriaal betreft. Slechts 3% is van mening dat toetsing bedreigend is.

Ondanks de genoemde nadelen blijkt dat in totaal 81% van alle respondenten vindt dat toetsing meer vóór- dan nadelen heeft. 13% acht aan toetsing evenveel vóór- als nadelen verbonden en 2% signaleert meer na- dan voordelen (4% niet ingevuld). De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn in tabel 6.5 te zien.

Tabel 6.5: Oordeel over de verhouding tussen voor- en nadelen van toetsing in percentages (N=646)

	Diët. (N=282)	Ergo. (N=134)	Fysio. (N=62)	Mondh. (N=35)	Cesar (N=23)	Mensd. (N=40)	Radioth. (N=40)	Radiod. (N=30)
Meer voordelen dan nadelen	81%	84%	84%	86%	52%	70%	93%	90%
Evenveel voordelen als nadelen	13%	9%	14%	11%	35%	18%	5%	10%
Meer nadelen dan voordelen	-	2%	2%	3%	4%	10%	0%	-
Niet ingevuld	6%	5%	-	-	9%	3%	2%	-

De tabel laat zien dat 93% van de radiotherapeutisch laboranten en 90% van de radio-diagnostisch laboranten meer vóór- dan nadelen ervaart. Bij de overige beroepsgroepen is dit ruim 80%. Bij de oefentherapeuten-Cesar valt het oordeel negatiever uit: 52% van hen ziet meer voor- dan nadelen terwijl 35% evenveel voor- als nadelen ervaart. Bij een kleine minderheid hebben de nadelen de overhand, bij 10% van de oefentherapeuten-Mensendieck is dat het geval. Volgens de CBO-medewerkers is deze 10% toe te schrijven aan een groep erg verspreid wonende oefentherapeuten die zeer veel reistijd voor elke bijeenkomst kwijt waren. Het verschil tussen vrijgevestigden en 'dienstverbanders' is significant: 74% tegenover 86% ervaart meer vóór- dan nadelen ( $p < .01$ ).

### 6.3 Conclusies

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

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

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

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



## 7 CONTINUERING VAN TOETSING

### 7.1 Inleiding

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

### 7.2 Continuering van toetsing

Op de vraag of men zelf van plan is om met toetsing door te gaan antwoordt driekwart (76%) van de begeleiders dat men dat zeker van plan is. Nog eens 21% meldt waarschijnlijk wel met toetsing door te zullen gaan (3% gaat niet of waarschijnlijk niet door). Bij de deelnemers klinkt meer aarzeling door: de helft (52%) zegt zeker wel door te gaan terwijl 38% waarschijnlijk wel doorgaat met toetsing. Een minderheid (10%) gaat niet of waarschijnlijk niet door.

Er zijn verschillen tussen de beroepen in de stelligheid waarmee men zegt door te gaan met toetsing, zoals tabel 7.1 laat zien.

Tabel 7.1: Percentage respondenten dat van plan is wel of niet met toetsing door te gaan (N=646)

	Diët. (N=282)	Ergo. (N=134)	Fysio. (N=62)	Mondh. (N=35)	Cesar (N=23)	Mensd. (N=40)	Radioth. (N=40)	Radiod. (N=30)
<b>Doorgaan:</b>								
Jazeker wel	60%	60%	58%	83%	13%	60%	53%	33%
Waarschijnlijk wel	36%	29%	39%	11%	61%	30%	43%	27%
Waarschijnlijk niet	3%	6%	2%	-	17%	-	3%	30%
Nee	1%	2%	2%	6%	9%	10%	3%	10%
Niet ingevuld	1%	2%	-	-	-	-	-	-

De mondhygiënisten zijn het meest stellig in hun plannen door te gaan met toetsing: op de vraag of men van plan is door te gaan met toetsing antwoordt 83% jazeker wel. 6% van de mondhygiënisten gaat niet door. Ook bij de overige beroepen meldt de ruime meerderheid dat men zeker of waarschijnlijk wel met toetsing door zal gaan. Er zijn twee uitzonderingen: een kwart van de oefentherapeuten-Cesar gaat (waarschijnlijk) niet door met toetsing terwijl dat bij de radiodiagnostisch laboranten zelfs 40% is. Ter vergelijking is datzelfde percentage bij de radiotherapeutisch laboranten 6%. Binnen eenzelfde beroepsgroep blijken dus grote verschillen voor te komen die niet verklaard worden door de tijdsinvestering of de gepercipieerde voor- en nadelen (meer dan 90% van alle radiologisch laboranten is van mening dat toetsing meer vóór- dan nadelen heeft, zie vorige hoofdstuk).

Om te onderzoeken waarom men wel of niet doorgaat geven we hierna een overzicht van de toelichtingen die door **alle** radiodiagnostisch laboranten bij deze vraag zijn gegeven (er heeft geen selectie van citaten plaatsgevonden).

Eerst komen de citaten van de radiodiagnostisch laboranten die waarschijnlijk wel doorgaan (schema 7.1), daarna van degenen die (waarschijnlijk) niet doorgaan (schema 7.2). We maken een onderscheid in begeleiders en deelnemers.

**Schema 7.1: Radiodiagnostisch laboranten die (waarschijnlijk) wel doorgaan.**

---

**Begeleiders:**

*"Omdat dit een methode is waarbij de gehele afdeling actief moet participeren waardoor het makkelijker wordt om bepaalde dingen te veranderen".*

*"Omdat ik het heel belangrijk vind dat iedereen zich bewust is van zijn/haar handelen. Door na te denken over eventuele verbeterprojecten en over werkwijzen word je zelf ook gestimuleerd over je eigen handelen na te denken".*

*"Omdat het projecten zijn die door de afdeling gedragen worden. Ook in het tweede project heb ik een begeleidende rol".*

*"Omdat het nuttig, belangrijk en interessant is".*

*"Omdat het van overheidswege niet is opgelegd maar leuk is om te doen".*

*"Omdat er duidelijk verbeteringen zijn ontstaan".*

*"Omdat er nog veel te verbeteren valt".*

*"Omdat het een werkbare methode is voor verschillende onderwerpen".*

**Deelnemers:**

*"Omdat er nog voldoende aspecten op de afdeling zijn die in kwaliteit verbeterd kunnen worden. Door ermee door te gaan komt dit ten goede aan de afdeling en aan de patiënt".*

*"Omdat er meerdere verbeterprojecten op de afdeling aanwezig zijn".*

*"Omdat het van groot belang is kritisch te blijven kijken naar je eigen functioneren".*

*"Je kan nu meedenken bij het verbeteren binnen de organisatie en daar concreet aan meewerken, dat is leuk".*

*"Omdat het uiteindelijk meer duidelijkheid schept en het drukt de medewerkers duidelijk met de neus op de feiten - om tot verandering te komen".*

*"Omdat kwaliteitsbeleid behoort tot het algemene beleid van de functiegroep radiodiagnostiek".*

---

**Schema 7.2: Radiodiagnostisch laboranten die (waarschijnlijk) niet doorgaan.**

---

**Begeleiders**

*"Omdat ik nu een nieuwe cursus ga volgen waaraan ik veel tijd kwijt zal zijn. Hoogstens zal ik als project-groepslid meedoen".*

**Deelnemers**

*"Omdat mijn functie als praktijkbegeleider veel tijd en energie vergt in mijn part-time aanstelling".*

*"Omdat dit project nog lang niet afgelopen is. Hier zijn we nog wel enige tijd mee zoet. Misschien ga ik wel door als dit helemaal afgelopen is".*

*"Ik denk dat er nu weer anderen in de gelegenheid worden gesteld om aan zo'n project mee te werken. Mocht dit niet het geval zijn dan wil ik wel weer meedoen".*

*"Omdat er nu andere collega's deelnemen aan de volgende projectgroep. Dit om de spreiding onder de laboranten te bevorderen".*

*"Ik zat bij een projectgroep die steeds wisselt van samenstelling".*

*"Omdat ik nu druk bezig ben met een nieuw automatiseringsproject".*

*"Omdat ik verwacht dat er binnen de afdeling te weinig motivatie is om in de praktijk ook echt te werken aan veranderingen. Er wordt wel vergaderd en op papier uitgewerkt, maar niet in de praktijk. Ik ben een beetje teleurgesteld in het eindresultaat".*

*"Omdat er weinig feedback komt op ons project. Dit geldt zowel voor de leiding als voor de collegae".*

---

Degenen die wel doorgaan met toetsing wijzen op de positieve effecten die reeds in hoofdstuk 5 besproken zijn, namelijk het belang van veranderen en de verbeteringen die ontstaan, het aanleren van een kritische houding tegenover het eigen handelen en het feit dat het interessant en leuk is om te doen.

Degenen die (waarschijnlijk) niet doorgaan voeren daarvoor uiteenlopende redenen aan: men is druk met nieuwe cursussen en projecten, het huidige project is nog niet



afgelopen, de tijdsinvestering is te groot bij een part-time job of, anderen gaan in de projectgroepen meedraaien om de verspreiding te bevorderen. Navraag leert inderdaad dat men op grote afdelingen van rol wisselt om te bewerkstelligen dat uiteindelijk iedereen een keer geparticipeerd heeft. Slechts bij twee deelnemers spelen negatieve overwegingen een rol: de afdeling is niet gemotiveerd en men ontvangt weinig feedback. We gaan nader in op het belang van feedback bij continuering.

Voor continuering van toetsing is het enerzijds van belang dat toetsing positieve effecten heeft, en anderzijds dat ook andere partijen belang hechten aan intercollegiale toetsing. Door wie begeleiders en deelnemers gestimuleerd worden om met toetsing door te gaan is in tabel 7.2 te zien.

Tabel 7.2: Percentage begeleiders en deelnemers dat gestimuleerd wordt om met toetsing door te gaan (N=646)

Gestimuleerd:	Begeleiders N=147	Deelnemers N=499	Totaal N=646
Door niemand	16%	16%	16%
Door collega's	61%	58%	59%
Door de begeleiders	7%	42%	34%
Door hoofden of leiding	45%	29%	33%
Door het management	17%	9%	11%
Door andere disciplines	5%	2%	3%
Door verzekeraars	-	1%	-

Tabel 7.2 laat zien dat de meeste stimulansen van collega's uitgaan: 59% van alle respondenten zegt door collega's gestimuleerd te worden om met toetsing door te gaan. Daartegenover staat dat weinig stimulansen uitgaan van het management van de instelling (11%) en nog minder van andere disciplines of verzekeraars (respectievelijk 3% en 0%).

Er zijn verschillen tussen deelnemers en begeleiders. De begeleiders ontvangen naast de steun van collega's ook veel stimulansen van hoofden of leiding (45%) terwijl relatief veel deelnemers zich door de begeleiders gestimuleerd voelen om met toetsing door te gaan. In hoeverre dit beeld per beroepsgroep verschilt is in tabel 7.3 te zien (zie volgende pagina).

Tabel 7.3 toont de verschillen tussen de beroepsgroepen. Bij veel beroepsgroepen spelen collega's een belangrijke stimulerende rol - zoals we hierboven hebben gezien - behalve bij mondhygiënisten (23%) en bij radiodiagnostisch laboranten (27%). Opvallend is dat ongeveer de helft van de mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck van niemand stimulansen ontvangt om met toetsing door te gaan. Dat is erg veel vergeleken met bijvoorbeeld diëtisten en fysiotherapeuten, waar dit percentage maar 7% bedraagt.

Tabel 7.3: Percentage paramedici dat gestimuleerd wordt met toetsing door te gaan (N=646)

	Diët. (N=282)	Ergo. (N=134)	Fysio. (N=62)	Mondh. (N=35)	Cesar (N=23)	Mensd. (N=40)	Radioth. (N=40)	Riod. (N=30)
<b>Gestimuleerd door:</b>								
Niemand	7%	18%	7%	51%	48%	40%	13%	20%
Collega's	72%	62%	47%	23%	48%	53%	38%	27%
Begeleiders	38%	25%	48%	20%	9%	18%	60%	30%
Hoofden/leiding	36%	28%	57%	6%	-	5%	48%	47%
Management	12%	9%	13%	-	-	3%	25%	10%
Andere disciplines	1%	8%	3%	-	-	-	5%	-
Verzekeraars	-	-	2%	3%	-	-	-	-

Afdelingshoofden die intercollegiale toetsing stimuleren zijn vooral te vinden bij de fysiotherapeuten en radiologisch laboranten. Bij een kwart van de radiotherapeutisch laboranten blijkt ook het management belang aan toetsing te hechten. Bij de voor het merendeel vrijgevestigde beroepen is er geen sprake van management en komt dit dus nagenoeg niet voor.

Andere disciplines en zorgverzekeraars spelen nauwelijks een rol van betekenis als het erom gaat intercollegiale toetsing te continueren.

Vooralsnog kan geconcludeerd worden dat de motivatie om met intercollegiale toetsing door te gaan vooral ontleend wordt aan collega's, begeleiders en afdelingshoofden. In hoeverre het instellingsmanagement en verzekeraars in de toekomst intercollegiale toetsing zullen stimuleren zal de tijd moeten leren.

In de enquête is tenslotte aan de begeleiders gevraagd of men plannen heeft om de afgeronde toetsingsonderwerpen in de toekomst regelmatig te herevalueren. Uit de resultaten blijkt dat 74% van alle begeleiders een hertoetsing heeft gepland. Zoals bekend is periodieke herevaluatie de laatste stap in de toetsingscyclus, om te toetsen of nog steeds volgens de vastgestelde criteria wordt gewerkt en om te zien of de criteria aanscherping behoeven. Ongeveer een kwart heeft (nog) geen plannen om de getoetsede onderwerpen te hertoetsen. Een verklaring kan zijn dat een aantal toetsingsgroepen nog bezig is met de afronding van de eerste toetsingscyclus.

### 7.3 Conclusies

De ruime meerderheid van de respondenten is van plan om toetsing te continueren. Begeleiders zijn daar wat stelliger in dan de deelnemers. Tussen de beroepsgroepen bestaan verschillen in de zekerheid waarmee men zegt door te gaan met toetsing: mondhygiënist zijn daarin het meest stellig, radiodiagnostisch laboranten en oefen-therapeuten-Cesar zijn daarin het minst stellig.

De redenen om niet met toetsing door te gaan zijn slechts incidenteel terug te voeren tot negatieve ervaringen met toetsing, zo blijkt uit een nadere analyse bij de radiodiagnostisch laboranten. Doorgaans is het zo dat men aan nieuwe opleidingen of projecten begint of anderen op de afdeling ook een kans wil geven. Men wil rouleren om op die wijze de gehele afdeling bij toetsing te betrekken. Incidenteel is het ontbreken van motivatie op de afdeling het probleem of het ontbreken van feedback.

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

Externe partijen spelen nog geen rol van betekenis in het stimuleren (en financieren) van intercollegiale toetsing, volgens de respondenten. Ons is bekend dat verzekeraars, ziekenhuizen en verpleeghuizen inmiddels enkele initiatieven op dit gebied hebben ontplooid. In hoeverre deze op grotere schaal worden nagevolgd zal de toekomst moeten leren.



## 8 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### *Inleiding*

In vier deelrapporten is de eindevaluatie beschreven van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). In dit programma lag een hoofdaccent op intercollegiale toetsing. Dit tweede deelrapport is geheel aan intercollegiale toetsing gewijd. De drie andere rapporten behandelen het kwaliteitsbeleid (deel 1), richtlijnen en protocollen (deel 3) en het draagvlak voor het kwaliteitsbeleid in de praktijk (deel 4). Het programma OKPZ had een looptijd van drie jaar. Jaarlijks zijn tussentijdse evaluatie-rapporten door het NIVEL uitgebracht. De huidige eindevaluatie van het totale programma overlapt daarom voor een deel met de reeds eerder verschenen interimrapporten. Recent is bekend geworden dat in 1997 een 3-jarig vervolgprogramma van start gaat, waarin accenten zullen liggen op implementatie en de ontwikkeling van richtlijnen. Het NIVEL heeft opdracht gekregen de effecten daarvan te onderzoeken.

### *Procesevaluatie*

Het huidige onderzoek heeft het karakter van een procesevaluatie op hoofdlijnen. Het doel was de voortgang van het ondersteuningsprogramma in kaart te brengen en de ervaringen van de participanten te inventariseren. Een proces-evaluatie was aangewezen vanwege het experimentele karakter van het programma. De toetsingsmethoden moesten nog ontwikkeld worden en werden in de loop van het programma steeds bijgesteld. Dit betekent dat het programma uit een continu veranderingstraject bestond. Bij de implementatie in het vervolgonderzoek zal het accent worden gelegd op effectonderzoek.

### *Onderzoeksmethode*

Als onderzoeksmethode is een schriftelijke vragenlijst gebruikt die identiek was voor alle paramedische beroepen om vergelijkingen mogelijk te maken. Deze vragenlijst is steeds na afronding van een toetsingsproject aan de begeleiders van de groep toegezonden met het verzoek deze lijsten ook onder de deelnemers te verspreiden. Deze 'getrapte' enquêtering is waarschijnlijk de oorzaak van de matige respons van 69%. Omdat nagenoeg alle begeleiders wel een enquête hebben geretourneerd is het onwaarschijnlijk dat een sterke vertekening van de resultaten is opgetreden. Desalniettemin zullen in de toekomst, zo mogelijk, ook de deelnemers van de toetsingsgroepen rechtstreeks benaderd worden.

### *Onderzoeksvragen*

De nu volgende samenvatting van de gevonden resultaten vindt plaats aan de hand van de vragen die in dit deelonderzoek centraal stonden, namelijk:

- Hoe effectief was het scholingsprogramma?
- Welke onderwerpen zijn getoetst?
- Wat zijn de gepercipieerde effecten van toetsing?
- Wat zijn de gepercipieerde voor- en nadelen van toetsing?
- Hoe denkt men over continuering van toetsing?

### *Hoe effectief was het scholingsprogramma?*

Negen van de tien begeleiders zijn van mening dat het scholingsprogramma effectief was. Dat wil zeggen dat men zich na afloop van de training in staat acht zelfstandig toetsingsgroepen te begeleiden. Los daarvan stelt ongeveer een kwart van de begeleiders prijs op follow-up of pleit voor het in stand houden van de telefonische helpdesk van het CBO om in de toekomst problemen aan het CBO voor te kunnen leggen. Naar onze mening is follow-up daarnaast van groot belang voor continuering van de toetsingsgroepen. De begeleiders zijn degenen die de projecten 'trekken' en die de deelnemers stimuleren om door te blijven gaan. Ook zij zullen van tijd tot tijd een steuntje in de rug nodig hebben om hun enthousiasme levendig te houden, temeer daar tot op heden nauwelijks stimulansen van buiten de beroepsgroep uitgaan. Follow-up bijeenkomsten worden dan ook van harte aanbevolen. Voor zover het beschikbare budget dit toelaat probeert het CBO daar inmiddels in te voorzien via continuering van de helpdesk en halfjaarlijkse follow-up bijeenkomsten voor de begeleiders.

De begeleiders hebben veel waardering voor het scholingsprogramma van het CBO. Het gemiddelde rapportcijfer is bijna een 'acht'. Desondanks geeft een kwart van de begeleiders suggesties voor verbetering van het programma. Deze komen voornamelijk neer op een praktischer invulling van de toetsingsmethode en vereenvoudiging van het cursusmateriaal. Deze aanbeveling kan voor zover mogelijk ter harte worden genomen. De kwaliteitsliteratuur blinkt tot op heden helaas uit in vakjargon, dat ook in dit rapport moeilijk te vermijden viel. Naar onze mening zal er altijd een spanningsveld blijven bestaan tussen de door cursisten gewenste eenvoud en door docenten noodzakelijk geachte verdieping. In die zin lijkt een minimum aan theoretische onderbouwing onvermijdelijk, maar kan wellicht een duidelijker link met de praktijk worden gelegd.

Nederland telt ruim 40.000 paramedici. Hoewel in het huidige ondersteuningsprogramma veel werk is verzet, kon slechts een minderheid van alle paramedici worden geschoold. Vanuit enkele beroepsverenigingen wordt gesignaleerd dat zij geen middelen hebben om alle leden door het CBO te laten scholen. Voor de verdere verspreiding en implementatie zullen nieuwe wegen gevonden moeten worden. Er bestaan inmiddels plannen om regionale mentoren op te leiden die de verdere opleiding en coaching voor hun rekening zouden moeten nemen, vergelijkbaar met de regionale ondersteuningsstructuur bij huisartsen. In hoeverre dit (financieel) haalbaar is wordt in het vervolgprogramma onderzocht.

### *Welke onderwerpen zijn getoetst?*

De toetsingsgroepen waren vrij in het kiezen van voor hen relevante onderwerpen. Het moest wel een eenvoudig onderwerp zijn, geschikt om de toetsingsmethode te leren; controversiële onderwerpen zijn als 'leer-onderwerp' ongeschikt. Wellicht is dat de reden dat minder dan de helft van de groepen heeft gekozen voor de behandeling van een specifieke aandoening of ziekte. De meerderheid van de gekozen onderwerpen lag in de voorwaardenscheppende sfeer. Het meest frequent waren dat de statusvoering, de rapportage naar verwijzers en de samenwerking op de afdeling. De groepen verwachtten dat op deze gebieden veel winst te behalen viel. Bovendien beschouwt men de registratie en verslaglegging als basis voor het handelen: uniforme registratie vormt de basis voor onderlinge vergelijking van behandelingen en is noodzakelijk voor een goede overdracht van patiënten. Naar onze mening is een bijkomend voordeel dat dergelijke onderwerpen het gehele paramedisch handelen omvatten en niet beperkt zijn tot een enkele aandoening. We vermoeden dat een toetsingsgroep vanzelf bij de be-

handeling uitkomt zodra de registratie en verslaglegging goed zijn geregeld. In het vervolgonderzoek kan deze veronderstelling worden getoetst.

Slechts incidenteel hebben de groepen bestaande protocollen gebruikt om te toetsen of hun werkwijze daarmee in overeenstemming is. Om te onderzoeken in hoeverre protocollen bruikbaar zijn, zijn deze als onderwerp verplicht gesteld in het laatste project van diëtisten. Hieruit bleek dat het gebruik van protocollen inderdaad de verwachte tijdswinst opleverde, echter alleen in de analysefase van de toetsingsmethode. De ervaring was dat de protocollen geen meetbare kwaliteitscriteria bevatten, zodat deze alsnog in de toetsingsgroep ontwikkeld moesten worden. Het ontwikkelen van dergelijke criteria blijkt overigens een van de moeilijkste stappen in de methode te zijn. Hierin staan paramedici niet alleen. In de gehele gezondheidszorg blijkt het een complexe aangelegenheid te zijn om concreet meetbare indicatoren voor de kwaliteit van zorg vast te stellen. In dat opzicht is het naar onze mening waardevol dat - door het ondersteuningsprogramma - nu ook door paramedici een bijdrage aan deze ontwikkeling kan worden geleverd.

*Wat zijn de gepercipieerde effecten van toetsing?*

Volgens de respondenten heeft toetsing veel effecten op uiteenlopende gebieden. De meerderheid meldt dat meer uniformiteit is bereikt en dat concrete verbeteringen zijn aangebracht. Daarmee lijkt de primaire doelstelling, het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren, via toetsing te kunnen worden gerealiseerd. De precieze aard van de verbeteringen is niet bekend. Het vervolgonderzoek is er onder andere op gericht meer zicht op aard en omvang van deze verbeteringen te krijgen.

Toetsing heeft bij de helft van de respondenten geleid tot een attitudeverandering. Deze verandering houdt in dat men in zijn algemeenheid kritischer naar het eigen handelen is gaan kijken, los van het getoetste onderwerp. Een kritische reflectie op het eigen handelen is naar onze mening een waardevol effect van toetsing. Het is jammer dat niet alle respondenten dit als effect van toetsing hebben ervaren. De helft van de respondenten meldt dat men methodischer en gestructureerder is gaan werken. Volgens een kwart van de respondenten is daarnaast de samenwerking en communicatie op de afdeling verbeterd.

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de beroepsgroepen in het soort effecten dat men rapporteert. Deze vallen als volgt te typeren. Bij Diëtisten, Ergotherapeuten en Fysiotherapeuten ligt het accent op de grotere uniformiteit die is bereikt. In veel mindere mate wordt dit gemeld door Mondhygiënist, Oefentherapeuten-Cesar en Oefentherapeuten-Mensendieck. Velen van hen benadrukken dat men in zijn algemeenheid veel van elkaar heeft geleerd en kritischer tegen het eigen werk is gaan aankijken. Radio-diagnostisch en Radiotherapeutisch Laboranten melden de meest 'tastbare' effecten; zij melden veel concrete verbeteringen te hebben aangebracht, minder fouten te maken en tijdswinst te hebben geboekt.

Deze verschillen zijn voor een deel terug te voeren op de aard van het werk dat grote verschillen tussen de paramedische beroepen laat zien. Radiologisch laboranten werken traditioneel volgens protocollen en hun werk is het meest meetbaar van karakter (bijvoorbeeld het aantal goed gelukte foto's). Hoewel totaal anders van karakter hantieren ook Oefentherapeuten-Cesar en Oefentherapeuten-Mensendieck een uniforme methodiek in hun oefentherapie, zodat op het gebied van uniformiteit weinig winst valt

te behalen. Zo zullen vermoedelijk meer verklaringen voor verschillen tussen de beroepsgroepen te vinden zijn die in het vervolgonderzoek nader kunnen worden uitgediept. De verschillen weerspiegelen ook de vrijheidsgraden die de toetsingsmethode van het CBO toelaat: men is vrij in het kiezen van een onderwerp en in het stellen van veranderdoelen die men zelf relevant acht. Daardoor blijkt de methode breed toepasbaar te zijn in diverse werksettingen.

*Wat zijn de gepercipieerde nadelen van toetsing?*

De helft van de respondenten vindt dat er ook nadelen aan toetsing verbonden zijn. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren signaleren significant meer nadelen dan degenen die in dienstverband werkzaam zijn. De tijdsinvestering (gemiddeld vier uur per maand) en het feit dat de gehele cyclus (te) lang duurt (gemiddeld een jaar) worden als belangrijkste nadelen genoemd. Door een aantal respondenten wordt dan ook gepleit voor een vereenvoudigde en verkorte toetsingsmethode, zoals eerder opgemerkt. Er zijn verschillen tussen de beroepsgroepen in de mate waarin nadelen van toetsing worden ervaren, verschillen die maar ten delen verklaard worden door de werksetting of door de hoeveelheid vrije tijd die men in toetsing investeert. Wij vermoeden dat misschien ook de mate van professionalisering of de behoefte aan professionele autonomie een rol speelt. In het vervolgonderzoek hopen we daar meer zicht op te krijgen.

*Hoe denkt men over continuering van toetsing?*

De meerderheid van de respondenten is van plan om toetsing te continueren. De beroepsgroepen verschillen in de stelligheid waarmee men dit van plan is: vrijgevestigden zijn hierin het minst stellig. Hoewel ook een deel van de radiodiagnostisch laboranten niet van plan is toetsing te continueren, blijkt dit voor het grootste deel te verklaren doordat men de aandacht verschuift naar nieuwe cursussen en projecten en doordat de participanten rouleren. Slechts incidenteel is een teleurstellende ervaring met toetsing de oorzaak.

In zijn algemeenheid meldden de respondenten dat (eind 1996) nog weinig steun van externe partijen ontvangen werd voor de continuering van toetsing. In die situatie lijkt verandering te komen, zij het op prille schaal. Inmiddels zijn ons vier projecten bekend waarbij toetsing door paramedici wordt gestimuleerd en gefinancierd door zorgverzekeraars of door een cluster van ziekenhuizen en verpleeghuizen. In hoeverre deze ontwikkeling zich doorzet zal de toekomst leren.



## LITERATUUR

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

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

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

CBO. Eindevaluatie van het programma OKPZ: periode januari 1994 tot en met december 1996. Utrecht, CBO, 1997.

CBO. Kwaliteit in beweging. Verslag van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg. Utrecht, CBO, 1997.

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

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

Sluijs EM, Dekker J. Voortgang van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg: Tweede interimrapport. Utrecht, NIVEL, 1996.

De vier deelrapporten met de eindevaluatie van het OKPZ-programma zijn:

1. **Kwaliteitsbeleid**  
Sluijs EM, Dekker J. Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997. Utrecht, NIVEL, 1997.
2. **Intercollegiale toetsing**  
Sluijs EM, Dekker J. Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Utrecht, NIVEL, 1997.
3. **Richtlijnen, standaarden en protocollen**  
Visser E, Sluijs EM, Dekker J. De ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische beroepsgroepen. Utrecht, NIVEL, 1997.
4. **Draagvlak**  
Sluijs EM, Visser E, Steultjens M, Dekker J. Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk. Utrecht, NIVEL, 1997.



---

**VRAGENLIJST VOOR BEGELEIDERS**

**PROJECT**

**INTERCOLLEGIALE TOETSING**

**FYSIOTHERAPIE**

---

**Toelichting:**

Wilt u een kruisje zetten bij het antwoord dat u kiest.

Er bestaan geen goede of foute antwoorden.

Het gaat om uw eigen mening.

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

Hartelijk bedankt.

Emmy Sluijs.



1. Het project Intercollegiale Toetsing Fysiotherapie was bedoeld om de toetsingsmethode te leren.

Vindt u dat uzelf voldoende geleerd heeft hoe de toetsingsmethode werkt?

- voldoende  
 onvoldoende

2. Bent u van mening dat u als groep in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO) een toetsingscyclus te doorlopen?

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

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

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

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

..... uur per maand

Kunt u dit specificeren:

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

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

5. Waar en hoe bent u werkzaam? (op elke regel graag een kruisje zetten)

- |   |    |  |
|---|----|--|
| <input type="checkbox"/> solistisch       | of | <input type="checkbox"/> in een team           |
| <input type="checkbox"/> intramuraal      | of | <input type="checkbox"/> extramuraal           |
| <input type="checkbox"/> in dienstverband | of | <input type="checkbox"/> in de vrije vestiging |

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

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

---

7. Heeft de toetsing geleid tot een concrete verandering in uw eigen handelen?

- nee
- enigszins
- jazekeer

---

8. Zijn er naar uw mening nadelen aan intercollegiale toetsing verbonden?

- nee ----> ga door naar vraag 8b
- ja

8<sup>a</sup>. Zo ja, wat zijn voor u de belangrijkste nadelen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- tijdsinvestering
- de gehele cyclus duurt lang (doorlooptijd)
- toetsing is bedreigend (beoordeelende aspecten)
- de methode is te complex
- consensus bereiken is moeilijk
- het (moeten) veranderen van eigen werkwijze
- zich (moeten) aanpassen aan anderen
- van collega's valt weinig te leren
- anders, namelijk .....

8<sup>b</sup>. Ik verwacht dat een tweede toetsingscyclus:

- meer tijd zal kosten
- evenveel tijd zal kosten
- minder tijd zal kosten

---

9. Wat vindt u van de verhouding tussen de voor- en nadelen van intercollegiale toetsing?

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

---

10. Bent uzelf van plan om met intercollegiale toetsing door te gaan?

- nee
- waarschijnlijk niet
- waarschijnlijk wel
- jazekeer wel

Toelichting: omdat .....

.....

.....

.....

---

11. Zou u andere fysiotherapeuten aanraden om ook aan intercollegiale toetsing te gaan doen?

- ja
- nee

Toelichting: omdat .....

.....

.....

.....

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

13. Uit welke achtergrond is de toetsingsgroep geformeerd?
- vanuit de instelling (of bestaand team)
  - bestaande regiogroep of overleggroep
  - speciaal geformeerde regiogroep of werkgroep
  - anders
- 

14. Bestaat de toetsingsgroep uit personen die allemaal in hetzelfde werkveld werken of uit personen uit verschillende werkvelden?
- hetzelfde werkveld
  - verschillende werkvelden
- 

15. Uit hoeveel personen bestaat de toetsingsgroep inclusief begeleider(s)?
- ..... personen
- 

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

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

**CIJFER**

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

---

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

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

20. Op welk gebied heeft u nog ondersteuning van het CBO nodig?
- geen
  - het toepassen van de toetsingsmethode
  - het begeleiden van de groep
  - het motiveren van de groep
  - het toepassen van vergadertechnieken
  - anders, namelijk .....
- 

21. Wilt u hieronder in trefwoorden aangeven voor welke onderwerpen inmiddels een toetsingscyclus is afgerond?
1. ....
  2. ....
  3. ....
- 

22. Heeft u concrete plannen om afgeronde toetsingsonderwerpen in de toekomst regelmatig te herevalueren/toetsen?
- ja
  - nee
- 

23. Wilt u hieronder aangeven aan welke toetsingsonderwerpen u op dit moment werkt?
1. ....
  2. ....
- 

24. Begeleidt u of een ander groepslid inmiddels ook een nieuwe andere toetsingsgroep?
- nee
  - ja
- 

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

**Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst!**



Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

**Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997.**

**Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)**

**Auteurs: E.M.Sluijs, J.Dekker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 62 pag., fl. 13,50**

Het rapport beschrijft het paramedische kwaliteitsbeleid anno 1997 en de toekomstplannen van de paramedische beroepen. De paramedische beroepen zijn de Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De afgelopen drie jaar hebben deze beroepen grote vorderingen gemaakt bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en zijn tal van kwaliteitsbevorderende activiteiten in gang gezet. In het rapport wordt beschreven wat het driejarige - door het Ministerie van VWS gesubsidieerde - programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ) heeft opgeleverd.

**Ontwikkeling van richtlijnen, standaarden en protocollen door de paramedische beroepsgroepen**

**Deelrapport 3: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)**

**Auteurs: E.Visser, E.M.Sluijs, J.Dekker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 52 pag., fl. 12,00**

Veel paramedische beroepsgroepen zien zich voor een ingrijpende keuze geplaatst als het gaat om de richtlijnen, standaarden of protocollen die zij de komende jaren willen gaan ontwikkelen. Op dit gebied bestaan diverse varianten die in het rapport worden beschreven. Ook wordt verduidelijkt in welke opzichten diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en orthoptisten verschillen in de aanpak die zij hebben gekozen. Het rapport bevat tal van tips die van belang zijn bij het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden of protocollen en is daarmee een hulpmiddel bij het maken van keuzes op dit gebied.

**Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk**

**Deelrapport 4: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)**

**Auteurs: E.M.Sluijs, E.Visser, M.Steultjens, J.Dekker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 76 pag., fl. 15,50**

Dit rapport beschrijft de opvattingen van paramedische beroepsbeoefenaren over 21 activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. De ruim 900 geënquêteerde paramedici hebben ook hun mening over de implementatie daarvan gegeven. Zij vertegenwoordigen Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De resultaten laten zien dat kwaliteit volop 'leeft' in het veld. De beroepsgroepen verschillen in de prioriteiten die zij stellen en in hun visie op de implementatie. De gegevens kunnen richting geven aan de implementatieplannen die de beroepsverenigingen ontwikkelen.

