

DRAAGVLAK VOOR HET PARAMEDISCH KWALITEITSBE- LEID IN DE PRAKTIJK

EINDEVALUATIE VAN HET PROGRAMMA ONDERSTEUNING KWALI- TEITSBELEID PARAMEDISCHE ZORG (OKPZ)

Deelrapport 4

**Emmy Sluijs
Esther Visser
Martijn Steultjens
Joost Dekker**

Utrecht, september 1997



**nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg**

**drieharingstraat 6
postbus 1568 - 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729**

**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.

Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk: eindevaluatie van het programma kwaliteitsbeleid paramedische zorg / E. Sluijs, E. Visser, M. Steultjens, J. Dekker

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

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-342-x

Trefw.: kwaliteitsbeleid, implementatie, paramedici, meningspeiling

INHOUD

pag.

VOORWOORD	5
1 HET PROGRAMMA OKPZ	7
1.1 Doel van het programma OKPZ	7
1.2 Het evaluatie-onderzoek	9
1.3 Deelonderzoek naar draagvlak van het kwaliteitsbeleid in de praktijk	11
2 METHODE EN RESPONDENTEN	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Methode en respondenten	13
2.3 Typering van de respondenten	15
3 KENNIS OVER HET KWALITEITSBELEID	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Kennis omtrent het kwaliteitsbeleid	19
3.3 Wijze waarop kennis over het kwaliteitsbeleid is verkregen	22
4 OPVATTINGEN OVER PRIORITEITEN	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Deskundigheidsbevordering	26
4.3 Verslaglegging van de patiëntenzorg	28
4.4 Normen voor de beroepsuitoefening	30
4.5 Kwaliteitstoetsing	31
4.6 Overige kwaliteitsactiviteiten	33
4.7 Samenvatting van de prioriteiten per beroepsgroep	34
5 IMPLEMENTATIE	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg	39
5.3 Geautomatiseerde registratie van de patiëntenzorg	42
5.4 Uniforme richtlijnen, standaarden en protocollen	45
5.5 Intercollegiale (kwaliteits)toetsing	46
5.6 Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten	48
6 BESCHOUWING EN CONCLUSIES	51
LITERATUUR	55
BIJLAGEN	57
1. Enquête kaderleden	
2. Samenstelling beroepsgroepen	
3. Typering van de respondenten	
4. Voordelen van uniforme verslaglegging	
5. Voordelen van richtlijnen, protocollen en standaarden	
6. Voordelen van kwaliteitstoetsing	

VOORWOORD

Dit rapport beschrijft de meningen van paramedische beroepsbeoefenaren over het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging. 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 deel twee staat intercollegiale toetsing centraal. Beschreven wordt wat de effecten zijn van intercollegiale toetsing door diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënisten, 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 voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk

In dit 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 dagelijkse praktijk van de beroepsuitoefening.

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

Utrecht, September 1997

1 HET PROGRAMMA OKPZ

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
- Podotherapeuten
- 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 tien 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, visitatie en

deskundigheidsbevordering. Zie schema 1.1 voor een globaal overzicht van de verichte activiteiten.

Schema 1.1: Overzicht activiteiten binnen het programma OKPZ

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

* 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 1.1.

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.

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. Het tweede deelrapport is geheel aan intercollegiale toetsing gewijd en aan de effecten daarvan zoals deze door de deelnemers zijn gepercipieerd.

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 het vervolgprogramma dat medio 1997 van start gaat.

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 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 BKPZ. 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 onderzoeksopzet 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 tweede deelrapport).

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. Het 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 meer dan duizend enquêtes verstuurd. De respons en de resultaten worden beschreven in dit 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 het draagvlak van het kwaliteitsbeleid in de praktijk

Het vervolg van dit rapport beschrijft één deelonderzoek, namelijk het onderzoek naar het draagvlak van het kwaliteitsbeleid in de praktijk. De centrale vraag is in welke mate de leden, en met name het kader van elke beroepsgroep, op de hoogte zijn van de kwaliteitsactiviteiten die de afgelopen jaren binnen de vereniging zijn ondernomen en vooral ook hoe belangrijk zij deze activiteiten vinden voor hun eigen functioneren. De antwoorden op deze vragen geven richting aan de toekomstige implementatie van het kwaliteitsbeleid. Deze implementatie zal centraal staan in het volgende ondersteuningsprogramma dat in 1997 van start gaat.

Bij de resultaten moet in acht worden genomen dat het OKPZ-programma uitsluitend gericht was op het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en kwaliteitsinstrumenten. Implementatie behoorde in deze fase (nog) niet tot de doelstelling. Om die reden is het huidige evaluatie-onderzoek met name ook gericht op het kader van de beroepsgroepen, omdat verwacht kan worden dat nieuwe ontwikkelingen in de beroepsvereniging eerst bij het kader bekend zullen zijn en pas in een latere fase het gehele veld bereiken.

De evaluatie door het NIVEL vond plaats na afloop van het programma OKPZ, in de periode eind december 1996 tot en met de eerste maanden van 1997. Ten behoeve van de evaluatie is een vragenlijst ontwikkeld, die identiek is voor alle beroepsgroepen om een vergelijking tussen de tien beroepsgroepen mogelijk te maken. In totaal zijn 1440 vragenlijsten verstuurd. Hiervan zijn er 909 geretourneerd. Dit is een respons van 63%. De methode en respondenten van dit deelonderzoek vindt u in hoofdstuk 2 van dit rapport.

De overige hoofdstukken bevatten de resultaten. Hoofdstuk 3 gaat in op het kwaliteitsbeleid. Wat weet men af van het ontwikkelde beleid van de beroepsvereniging en hoe is men aan deze kennis gekomen. Hoofdstuk 4 geeft antwoord op de vraag welke activiteiten de paramedici het meest relevant vinden voor hun beroepsgroep. Hoofdstuk 5 gaat in op de implementatie. Gevraagd is in hoeverre de respondenten zelf in kwaliteitsactiviteiten participeren en hoe men denkt over de implementeerbaarheid van bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, centrale richtlijnen of uniforme verslaglegging. Ook is gevraagd welke knelpunten men verwacht te moeten overwinnen om de implementatie te doen slagen. Het rapport besluit met een beschouwing van de gevonden resultaten.

Dit rapport is met name bedoeld om de paramedische beroepsvereniging informatie te verschaffen over de prioriteiten die de leden stellen en de wijze waarop men tegen de implementatie van het kwaliteitsbeleid aankijkt. Dit biedt de beroepsverenigingen de gelegenheid om hun implementatie-strategieën daarop af te stemmen.

2 METHODE EN RESPONDENTEN

2.1 Inleiding

Het draagvlak van het kwaliteitsbeleid in de praktijk staat centraal in dit vierde deelrapport. In dit rapport wordt antwoord gegeven op één van de vier centrale onderzoeksvragen, namelijk: "In hoeverre zijn de kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten implementeerbaar in de beroepsgroep en welke van deze activiteiten zijn in het kader van het programma geïmplementeerd?"

Voor het beantwoorden van deze vraag is een schriftelijke vragenlijst toegestuurd naar de leden en het kader (of tussenniveau) van elke beroepsvereniging. Paragraaf 2.2 beschrijft de gevolgde methode en de respondenten. Omdat de respondenten niet representatief zijn voor de gehele beroepsgroep - het betreft voor de helft kaderleden - geeft paragraaf 2.3 een nadere typering van de respondenten. De paragraaf laat zien hoe de respondenten zich verhouden tot de totale samenstelling van de beroepsgroep.

2.2 Methode en respondenten

Voor het onderzoek is een schriftelijke vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 1). De vragenlijsten zijn identiek voor de tien beroepsgroepen om een vergelijking tussen de beroepsgroepen mogelijk te maken. In algemene zin wordt in de vragenlijst een mening gevraagd over de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten die in het kader van het OKPZ-programma ontwikkeld zijn of in de toekomst ontwikkeld zullen worden.

Meer specifiek komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Bent u bekend met het kwaliteitsbeleid van uw beroepsvereniging?
- Op welke wijze bent u van het kwaliteitsbeleid op de hoogte gesteld?
- Welke kwaliteitsbevorderende activiteiten vindt u het meest en het minst relevant voor uw beroepsgroep?
- Participeert uzelf in (een aantal met name genoemde) kwaliteitsbevorderende activiteiten? Waarom is dat volgens u belangrijk?
- Bent u van plan om deel te gaan nemen aan (een aantal met name genoemde) kwaliteitsbevorderende activiteiten? Welke knelpunten belemmeren dat?

Daarnaast bevat de enquête een beperkt aantal vragen over persoonsgegevens en de werksetting van de respondenten. Ook is gevraagd of men actief participeert in werkgroepen of commissies binnen de beroepsvereniging.

De enquête bevat veel open vragen waarin de respondenten een toelichting konden geven op het aangekruiste antwoord (zie bijlage 1).

Een concept-enquête is voor commentaar toegestuurd aan de besturen van alle beroepsverenigingen en naar het CBO en het NPi. Allen hebben commentaar gegeven dat niet geheel kon worden verwerkt. Het was onder andere niet mogelijk om de - gewenste - beroepsspecifieke terminologie te gebruiken omdat de vragenlijst voor tien beroepsgroepen bestemd was. Ook lukte het ons maar ten dele om het 'kwaliteitsjargon' in de vragenlijst te vermijden. De vragenlijst is tenslotte op proef ingevuld door een tiental paramedici, op basis waarvan nog kleine verbeteringen zijn aangebracht.

In het onderzoeksvorstel was besloten om ongeveer 100 kaderleden per beroepsgroep te enquêteren omdat zij de verbinding vormen tussen het bestuur en het veld.

De adressen zijn aangeleverd door de besturen van de beroepsverenigingen die de adressen hebben geselecteerd. Bij deze selectie zijn twee opmerkingen van belang: de beroepsgroepen die letterlijk 'kaderleden' kennen, hebben deze geselecteerd. De beroepsgroepen die geen 'kaderleden' kennen hebben personen geselecteerd die op een andere wijze een functie in de beroepsvereniging vervullen, bijvoorbeeld regionale coördinatoren, participanten in commissies van de vereniging of anderszins, voor zover dit overigens bekend was op het bureau van de vereniging. Het begrip 'kader' is dus breed geïnterpreteerd als degenen die actief participeren in de infrastructuur van de vereniging.

Ten tweede, niet elke beroepsvereniging beschikt over 100 'kaderleden'. Daarom is de selectie aangevuld met overige leden. Bij elke beroepsgroep bestaat de steekproef dus uit zowel 'kaderleden' als gewone leden. In de analyses wordt nagegaan of 'kaderleden' en 'gewone leden' van elkaar verschillen in kennis en opvattingen over het kwaliteitsbeleid.

Per beroepsgroep zijn ruim 100 adressen aangeleverd. Drie beroepsgroepen hebben meer adressen aangeleverd. Bij fysiotherapeuten en logopedisten zijn zowel de vrijgevestigden als degenen in dienstverband geselecteerd, zodat zij elk ruim 200 adressen hebben aangeleverd. De orthoptisten hebben de adressen van alle leden aangeleverd omdat zij graag wilden dat de gehele beroepsgroep geënquêteerd werd. Om te zorgen dat deze ongelijke aantallen geen vertekening opleveren is in dit rapport een weging toegepast die verderop wordt toegelicht. We presenteren eerst de respons in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Overzicht van aantallen respondenten per beroepsgroep

Beroepsgroep	Verzonden		Respons	
	n		n	%
Diëtisten	98		65	66%
Ergotherapeuten	99		76	78%
Fysiotherapeuten	240		151	63%
Logopedisten	207		117	57%
Mondhygiënist	98		52	53%
Oefentherapie-Cesar	98		76	78%
Oefentherapie-Mensendieck	82		66	81%
Orthoptisten	262		154	59%
Podotherapeuten	101		59	58%
Radiologisch laboranten	155		93	60%
Totaal	1.440		909	63%

In totaal zijn 1440 enquêtes verzonden. Dit is de netto steekproef. Onbestelbare enquêtes zijn niet meegerekend. In totaal zijn 909 enquêtes geretourneerd. Dit is een respons van 63%. De respons is relatief hoog bij de oefentherapie-Mensendieck, de oefentherapie-Cesar en de ergotherapeuten. De respons is het laagst bij de mondhygiënist met 53%. Wij vermoeden dat de lage respons mede veroorzaakt is door het gebruikte 'kwaliteitsjargon' in de vragenlijst. Ondanks onze pogingen in die richting is het ons nauwelijks gelukt dit jargon te vermijden.

Vanwege de verschillen in aantal respondenten per beroepsgroep is er - uitsluitend bij het berekenen van totalen over alle beroepsgroepen - een weging toegepast. Hierdoor krijgen alle beroepsgroepen een evenredig aandeel in de totaalscores. In tabel 2.2 staan de gebruikte wegingsfactoren. Uitgangspunt is het hoogste aantal respondenten bij de orthoptisten, namelijk 154. Om het aandeel van bijvoorbeeld de diëtisten even zwaar te laten wegen zijn de 65 respondenten vermenigvuldigd met 2.37, zodat ook van hen 154 respondenten meetellen in de totaalscore. Zo ook voor de andere beroepsgroepen.

Tabel 2.2: Overzicht wegingsfactoren

Beroepsgroep	Wegingsfactor
Diëtisten	2.37
Ergotherapeuten	2.03
Fysiotherapeuten	1.02
Logopedisten	1.32
Mondhygiënist	2.96
Oefentherapeuten-Cesar	2.03
Oefentherapeuten-Mensendieck	2.33
Orthoptisten	1
Podotherapeuten	2.61
Radiologisch laboranten	1.66

2.3 Typering van de respondenten

In deze paragraaf geven we een beknopt overzicht van de man/vrouw verdeling, de werksetting en de mate waarin de respondenten actief zijn in de beroepsvereniging. In tabel 2.3 is de man/vrouw verdeling en de wijze van vestiging te zien, uitgedrukt in een percentage per beroepsgroep.

Vooraf merken we op dat in dit gehele rapport veel detailgegevens in de bijlagen zijn te vinden. Deze details kunnen relevant zijn voor een specifieke beroepsgroep. Het opnemen van details van elke beroepsgroep in de tekst zou de leesbaarheid en overzichtelijkheid van dit rapport niet ten goede komen.

Tabel 2.3: Man/vrouwverdeling en vestigingwijze van de respondenten (N=909)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Geslacht											
Man	3	15	62	4	0	8	5	2	27	40	16
Vrouw	97	85	37	96	98	89	95	98	71	58	83
Missing	-	-	1	-	2	3	-	-	2	2	1
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Werkzaam											
Vrijgevestigd	14	8	58	59	21	95	96	5	98	0	45
Dienstverband	95	100	48	62	89	10	9	95	9	98	62
Missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Totaal ¹	109	108	106	121	110	105	105	100	107	100	107

¹ Meer dan 100% omdat iemand op meerdere plaatsen werkzaam kan zijn.

D = Diëtisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

E = Ergotherapeuten

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

F = Fysiotherapeuten

O = Orthoptisten

L = Logopedisten

P = Podotherapeuten

M = Mondhygiënisten

R = Radiologisch laboranten

Bij zeven van de tien beroepen is de ruime meerderheid van de respondenten van het vrouwelijk geslacht. Relatief veel mannelijke respondenten zijn te vinden bij fysiotherapeuten, de radiologisch laboranten en ook wel bij de podotherapeuten.

Een klein deel van de beroepsbeoefenaren werkt zowel vrijgevestigd als in dienstverband, zoals de tabel laat zien. Voor het overgrote deel vrijgevestigd zijn de oefentherapeuten-Cesar, de oefentherapeuten-Mensendieck en de podotherapeuten. Ongeveer de helft van de respondenten is vrijgevestigd bij de fysiotherapeuten en logopedisten (zij waren hierop geselecteerd). Respondenten die geheel of grotendeels in dienstverband werken zijn diëtisten, ergotherapeuten, mondhygiënisten, orthoptisten en radiologisch laboranten.

De samenstelling van de respondenten komt in grote lijnen overeen met de samenstelling van de beroepsgroepen die als bijlage 2 in dit rapport is opgenomen (bron: Rijken, e.a., 1996). Alleen bij de logopedisten zijn vrijgevestigde respondenten oververtegenwoordigd vergeleken met het aandeel van hen in de beroepsgroep (respectievelijk 59% en 35%).

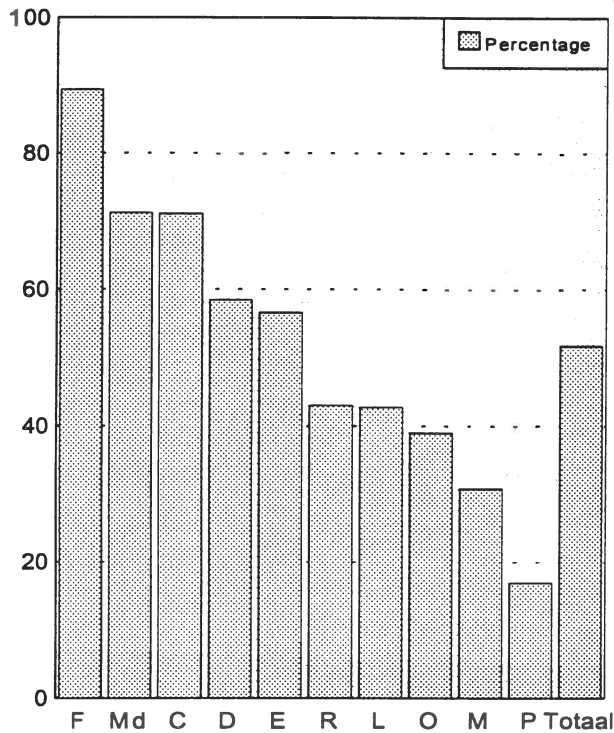
Van alle respondenten werkt meer dan 70% meer dan 25 uren per week. Overige details over de werksetting per beroepsgroep zijn in bijlage 3 te vinden.

In figuur 2.1 is te zien hoeveel respondenten een actieve functie in de beroepsvereniging vervullen en in de context van dit rapport tot het 'kader' worden gerekend. De gegevens zijn ontleend aan de enquête. Letterlijk was daarin gevraagd: "Participeert u in werkgroepen of commissies van uw beroepsvereniging?"

Gemiddeld bestaat de helft van de respondenten uit kaderleden zoals het (gewogen) gemiddelde laat zien.

Er zijn vrij grote verschillen tussen de beroepsgroepen. Vanuit de fysiotherapie - verreweg de grootste beroepsgroep - bestaat ruim 90% van de respondenten uit de kaderleden. Ook van de oefentherapeuten-Mensendieck en oefentherapeuten-Cesar is het merendeel van de respondenten actief in de beroepsvereniging. Het tegenovergestelde is te zien bij de mondhygiënisten en podotherapeuten, waar een minderheid van de respondenten in commissies of werkgroepen van de vereniging participeert. Elke verklaring voor de gevonden verschillen is speculatief omdat niet bekend is of beroepsverenigingen dezelfde criteria aangehouden hebben bij de selectie van respondenten. In het vervolg van dit rapport wordt nader onderzocht of kaderleden verschillen van niet-kaderleden in hun opvattingen over het kwaliteitsbeleid.

Figuur 2.1: Percentage respondenten in werkgroep of commissie van vereniging



- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| D = Diëtisten | C = Oefentherapeuten-Cesar |
| E = Ergotherapeuten | Md = Oefentherapeuten-Mensendieck |
| F = Fysiotherapeuten | O = Orthoptisten |
| L = Logopedisten | P = Podotherapeuten |
| M = Mondhygiënisten | R = Radiologisch laboranten |

3 KENNIS OVER HET KWALITEITSBELEID

3.1 Inleiding

Binnen het programma OKPZ hebben de consultants van het CBO de beroepsgroepen geassisteerd bij het verder ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleid. Ook voor de start van het programma in 1994 hadden de meeste beroepsgroepen overigens al kwaliteitsbevorderende activiteiten in hun beleidsplannen opgenomen. Vaak werd dit toentertijd niet expliciet 'kwaliteitsbeleid' genoemd. De afgelopen jaren zijn de beleidsplannen verder ontwikkeld en geconcretiseerd in actieplannen.

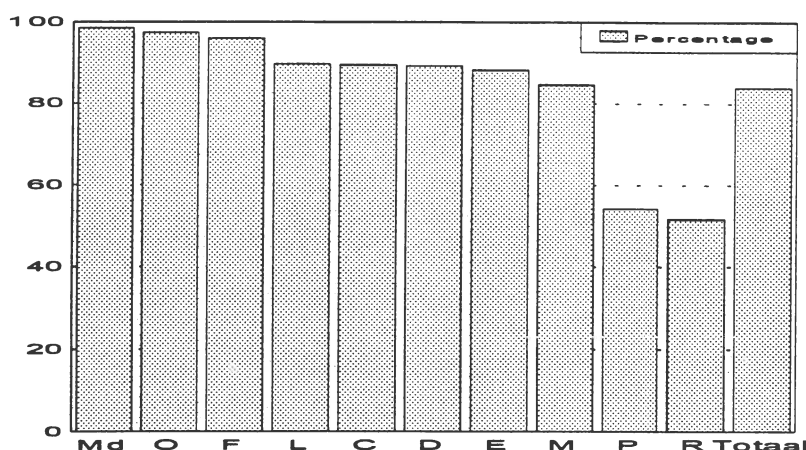
In dit hoofdstuk kijken we in paragraaf 3.2 eerst naar de mate waarin de respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van een kwaliteitsbeleid en op welke aandachtsgebieden volgens hen dat beleid is gericht. Paragraaf 3.3 laat zien via welke kanalen men van dat beleid op de hoogte is gebracht. Op basis daarvan kan men afleiden hoe de informatiestromen binnen elke beroepsgroep verlopen. Deze kennis is van belang voor de implementatieplannen die beroepsgroepen ontwikkelen.

3.2 Kennis omtrent het kwaliteitsbeleid

In de enquête is gevraagd of de beroepsvereniging een kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd. De antwoorden zijn in figuur 3.1 weergegeven.

In totaal zegt 84% van de respondenten dat de beroepsvereniging een kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd en zegt 13% dat men dat niet weet. In zijn algemeenheid is de overgrote meerderheid van het bestaan van een kwaliteitsbeleid op de hoogte. Bij twee beroepsgroepen is het kwaliteitsbeleid minder bekend, dat zijn de podotherapeuten en de radiologisch laboranten. Ruim eenderde van hen is niet op de hoogte van een kwaliteitsbeleid. Bij radiologisch laboranten is een verklaring dat het kwaliteitsbeleid van zeer recente datum is en pas begin 1997 in het vaktijdschrift is gepubliceerd. In de podotherapie zijn kwaliteitsaspecten opgenomen in het algemene beleidsplan, zodat de term kwaliteitsbeleidsplan niet als zodanig wordt gebruikt. De conclusie is dat het begrip kwaliteitsbeleid bij de grote meerderheid ingang heeft gevonden.

Figuur 3.1: Percentage respondentent: ja, vereniging heeft kwaliteitsbeleid



D = Diëtisten
 E = Ergotherapeuten
 F = Fysiotherapeuten
 L = Logopedisten
 M = Mondhygiënisten
 C = Oefentherapeuten-Cesar
 Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
 O = Orthoptisten
 P = Podotherapeuten
 R = Radiologisch laboranten

De vraag is of men ook weet wat dit kwaliteitsbeleid inhoudt. Daarom is letterlijk in de enquête gevraagd: "Kunt u één onderwerp noemen uit het kwaliteitsbeleid van uw vereniging?". In tabel 3.1 staat hoeveel respondenten een onderwerp uit het kwaliteitsbeleid konden noemen.

Tabel 3.1: Percentage respondentent dat een onderwerp uit het kwaliteitsbeleid kan benoemen (N=909)

Fysiotherapeuten	91%
Oefentherapeuten-Cesar	74%
Oefentherapeuten-Mensendieck	69%
Diëtisten	63%
Ergotherapeuten	61%
Logopedisten	43%
Radiologisch laboranten	41%
Orthoptisten	39%
Mondhygiënisten	36%
Podotherapeuten	21%

Bijna alle fysiotherapeuten (91%) weten tenminste één onderwerp te benoemen. We nemen aan dat zij de inhoud van het kwaliteitsbeleid kennen. Bij vier andere beroeps-groepen is ongeveer tweederde van de inhoud op de hoogte. De inhoud is het minst bekend bij de podotherapeuten (21%).

Het is niet zo dat kaderleden beter op de hoogte zijn dan de niet-kaderleden. Bij acht beroepen is er geen verschil. Alleen bij diëtisten en mondhygiënisten konden de kaderleden significant ($p < .05$) vaker een onderwerp noemen vergeleken met de gewone leden.

Tabel 3.2: Top 3 per beroepsgroep van meest genoemde onderwerpen van het kwaliteitsbeleid (N=909)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal
1 toetsing	1	1	1	1	1	1	1		3	3	31%
2 richtlijnen, standaarden, protocollen	2	2	2	3						3	10%
3 registratie/ verslaglegging		3		2				1			7%
4 na- en bijscholing			3			2	3	3	3	3	6%
5 classificatie, codering	3			3				2			6%
6 visitatie									1		4%
7 wetenschappelijk onderzoek							2				3%
7 beroepsprofiel										2	3%
9 behandelmethoden					3	3					2%
9 beleid, organisatie					2						2%

D = Diëtisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

E = Ergotherapeuten

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

F = Fysiotherapeuten

O = Orthoptisten

L = Logopedisten

P = Podotherapeuten

M = Mondhygiënisten

R = Radiologisch laboranten

NB. praktijkrichting, beheer, onderhoud is nr.2 voor podotherapeuten en veiligheid, stralingshygiëne = nr. 1 voor radiologisch laboranten en ook marktwerking, positie, PR = nr.3 voor radiologisch laboranten.

Tabel 3.2 bevat de onderwerpen die volgens de respondenten in het kwaliteitsbeleid voorkómen. In de tabel is een top-tien samengesteld van de meest genoemde onderwerpen. Toetsing is verreweg het meest genoemde onderwerp, in totaal 31% (de termen intercollegiale toetsing en kwaliteitstoetsing zijn hierbij inbegrepen). Daarna volgt het ontwikkelen van richtlijnen, protocollen en standaarden (10%). Onderwerpen die daarnaast relatief vaak worden genoemd zijn de registratie en verslaglegging, het reguleren van de na- en bijscholing en de classificatie van aandoeningen en verrichtingen. Niet verwonderlijk zijn dit ook de onderwerpen die inderdaad in de paramedische beleidsplannen aan de orde komen (Driessen e.a., 1995; zie ook deelrapport 1).

In de tabel is bij elke beroepsgroep met het cijfer 1 t/m 3 aangegeven welk onderwerp binnen die beroepsgroep het meest frequent is genoemd. Diëtisten noemen toetsing het meest frequent, gevolgd door protocollering en als derde onderwerp de classificatie van diagnoses. Als twee onderwerpen even vaak zijn genoemd, hebben zij hetzelfde cijfer (bijvoorbeeld bij logopedisten staan zowel richtlijnen als classificatie op de derde plaats). Merk op dat het hier uitsluitend gaat om kennis over het beleid. Er is op deze plaats niet gevraagd wat men zelf het belangrijkste onderwerp vindt.

De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn niet erg groot. Door zeven beroepsgroepen wordt toetsing het meest frequent genoemd door drie niet. Orthoptisten maken het meest gewag van registratie en verslaglegging. Podotherapeuten noemen visitatie het meest frequent, dat is ook de enige paramedische beroepsgroep waar met visitatie is geëxperimenteerd. Het meest genoemde onderwerp door de radiologisch laboranten is veiligheid en stralingshygiëne. Merk op dat podotherapeuten en radiologisch laboranten van het algemene beeld afwijken, omdat zij onderwerpen noemen die buiten de totale top-tien vallen (zie het onderschrift bij de tabel). Relatief veel oefentherapeuten-Mensendieck noemen wetenschappelijk onderzoek als een van de onderwerpen in het kwaliteitsbeleid, iets wat overigens al jaren op het verlanglijstje van deze beroepsgroep staat.

In grote lijnen komen de onderwerpen overeen met de aandachtsgebieden waar het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging op is gericht. Daarbij moet worden bedacht dat de meeste beroepsgroepen een lange-termijn beleid hebben geformuleerd, waarin een veelheid aan kwaliteitsaspecten aan de orde komt. De conclusie is dat de respondenten in grote lijnen op de hoogte zijn van de aandachtsgebieden in het kwaliteitsbeleid van hun beroepsvereniging.

3.3 Wijze waarop kennis over het kwaliteitsbeleid is verkregen

De wijze waarop de implementatie is verlopen, dat wil zeggen de wijze waarop men op de hoogte is gesteld van het kwaliteitsbeleid, is in tabel 3.3 te zien. De laatste kolom geeft het totaalbeeld (gewogen gemiddelde) over alle beroepsgroepen. Per beroepsgroep is de top drie van de meest genoemde bronnen vermeld.

Tabel 3.3 Top drie per beroepsgroep van de bronnen waardoor kennis over kwaliteitsbeleid is verkregen (N=909)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal
1 vaktijdschrift	1	3	1	1		1	2	3	1	1	62%
2 algemene ledenvergadering	2	1	3		2	2	3	1	2	3	44%
3 schriftelijk door beroepsvereniging		2		3	1	3	1	2	3		40%
4 overleg in de regio				2	3					3	25%
5 commissies/werkgroepen			2		3						23%
6 congressen/ symposia/ studiedagen	3									2	22%
7 afdeling/praktijk											7%
8 overig											6%

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

C = Oefentherapeuten-Cesar
 Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
 O = Orthoptisten
 P = Podotherapeuten
 R = Radiologisch laboranten

De respondenten hebben doorgaans meerdere bronnen aangekruist. Het meest frequent wordt het vaktijdschrift als informatiebron genoemd (62%). Bijna de helft van alle respondenten heeft ook informatie over het kwaliteitsbeleid gekregen via de algemene ledenvergadering en/of via rechtstreekse schriftelijke mededelingen van de beroepsvereniging. Minder vaak wordt het kwaliteitsbeleid besproken in het overleg in de regio en zelden in de praktijk of afdeling waar men werkzaam is (7%).

Er zijn enkele opvallende verschillen tussen de beroepsgroepen te zien. De algemene ledenvergadering is de belangrijkste informatiebron geweest voor de ergotherapeuten en de orthoptisten. Een schrijven van de beroepsvereniging wordt het meest frequent genoemd door de mondhygiënist en de oefentherapeuten-Mensendieck. Fysiotherapeuten hebben vaak kennis van het kwaliteitsbeleid genomen via de werkgroepen of commissies waarin zij participeren. We herinneren eraan dat bijna alle fysiotherapie-respondenten actief zijn in dergelijke commissies. Veel logopedisten noemen het overleg in de regio als informatiebron. De radiologisch laboranten, tenslotte, doen veel kennis op op congressen en symposia.

Er zijn twee verschillen tussen kaderleden en gewone leden. Meer kaderleden hebben de inhoud van het kwaliteitsbeleid vernomen via de werkgroepen en commissies waarin zij participeren. Dit verschil is bij zeven beroepsgroepen significant ($p < .05$). Daarnaast wordt de algemene ledenvergadering vaker als informatiebron genoemd door kaderleden van de diëtisten, logopedisten en de oefentherapeuten-Cesar. Bij de overige zeven beroepen maken kaderleden en gewone leden in gelijke mate melding van de ALV als informatiebron. Bij de overige informatiebronnen is er geen verschil tussen wel- en niet-kaderleden.

Concluderend mag gesteld worden dat het vaktijdschrift een belangrijke rol speelt bij de implementatie, althans voor zover het gaat om de verspreiding van nieuwe informatie. Blijkbaar wordt het vaktijdschrift van de beroepsgroep door de meerderheid van de leden gelezen. De algemene ledenvergadering is eveneens een belangrijke bron van informatie. Dit geldt echter alleen voor degenen die deze vergadering bijwonen. Via een schriftelijke mailing naar alle leden wordt iedereen bereikt.

Er zijn verschillen tussen de beroepsgroepen in de informatiekkanalen die het meest frequent worden genoemd. De beroepsverenigingen kunnen met deze verschillen rekening houden bij het ontwikkelen van hun toekomstige implementatieplannen.

Tenslotte wijzen we erop dat het wekken van interesse en het verspreiden van informatie de eerste fase is bij de implementatie. In de tweede fase gaat het erom daadwerkelijk veranderingen in de praktijkvoering aan te brengen. Het zou wel eens zo kunnen zijn dat in deze tweede fase persoonlijke contacten in regio-overleggen, commissies en studiedagen een belangrijker rol spelen dan het verspreiden van schriftelijke informatie. Deze veronderstelling zal in het vervolgonderzoek worden getoetst.

4 OPVATTINGEN OVER PRIORITEITEN

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft wat de respondenten zelf wel en niet belangrijk vinden in de vele kwaliteitsactiviteiten die geëntameerd worden. Hierna geven we eerst het totaaloverzicht over alle respondenten. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt gedetailleerder ingegaan op de prioriteiten die per beroepsgroep worden gesteld.

De enquête bevatte een overzicht van 21 mogelijke activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering (zie voor een omschrijving de vragenlijst in bijlage 1). Aan de respondenten is gevraagd aan te kruisen hoe relevant men elke activiteit vond voor de eigen beroepsgroep. Als antwoordcategorieën kon men kiezen uit 'weinig relevant', 'relevant' en 'zeer relevant'. De resultaten staan in figuur 4.1. in volgorde van frequentie (zie volgende pagina). De figuur toont hoeveel procent van de respondenten de activiteit relevant of zeer relevant vindt.

Het eerste wat in de figuur opvalt is dat de respondenten veel activiteiten relevant vinden voor hun beroepsgroep. Rond de 80% van alle respondenten vindt 19 van de 21 activiteiten relevant tot zeer relevant.

Deskundigheidsbevordering scoort het hoogst: nagenoeg iedereen vindt het van belang dat periodiek overzichten verschijnen van het aanbod aan kwalitatief goede bij- en nascholing. Er moet dan ook een systeem zijn (of komen) waarmee de kwaliteit van na- en bijscholing kan worden beoordeeld, zo vindt 90% van de respondenten. 80% van de respondenten vindt dat er regels moeten komen voor het verplicht stellen van na- en bijscholing.

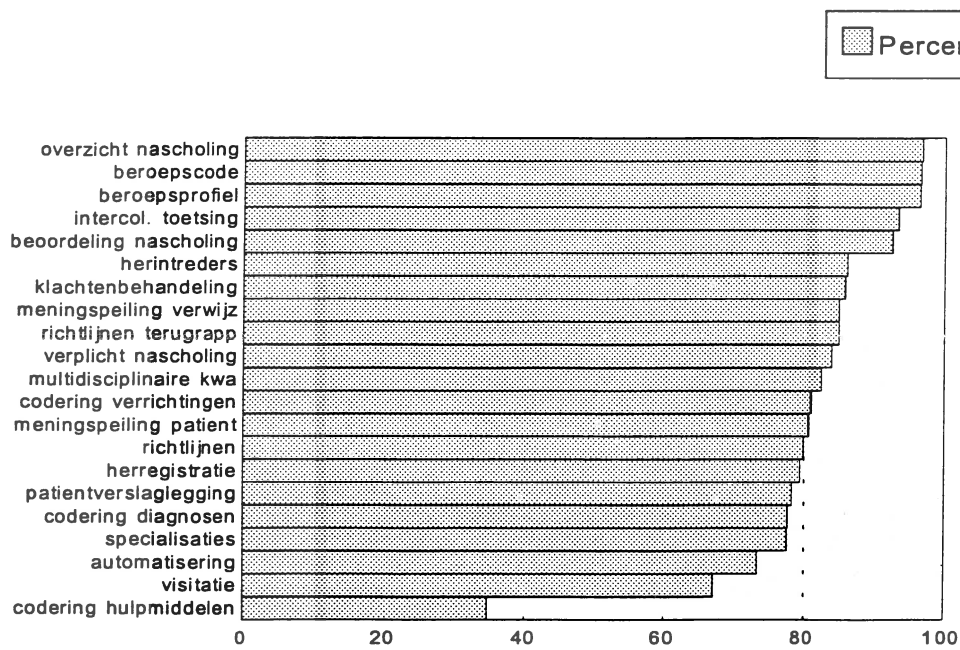
Evenveel waarde wordt gehecht aan de beroepscode en het beroepsprofiel. Men acht het van groot belang dat "alle leden van de beroepsgroep de beroepscode en het beroepsprofiel kennen en zich daaraan houden", zoals dit in de enquête was omschreven.

Bijna alle respondenten vinden ook intercollegiale kwaliteitstoetsing relevant of zeer relevant voor hun beroepsgroep. Als toelichting was hierbij in de vragenlijst opgenomen dat 'een groep collega's een onderwerp uitdiept, de beste werkwijze vaststelt en vervolgens ook zo gaat werken'. Opvallend is dat ook multidisciplinaire kwaliteitstoetsing hoog scoort, terwijl veel paramedische behandelingen monodisciplinair van aard zijn.

Activiteiten die door 80% van de respondenten relevant worden geacht liggen daarnaast op het gebied van uniforme codering van diagnoses en verrichtingen, registratie en verslaglegging. Aan deze onderwerpen wordt binnen de paramedische beroepen al jarenlang gewerkt (Timmermans e.a., 1993). De lijst weerspiegelt ook de meer recente ontwikkelingen, zoals meningspeilingen onder verwijzers en patiënten.

Samenvattend worden bijna alle activiteiten relevant tot zeer relevant gevonden. Dit betekent dat 'kwaliteit' niet alleen op bestuursniveau maar ook in de dagelijkse praktijk lijkt te leven. Om meer zicht te krijgen op de prioriteiten die in elke beroepsgroep worden gesteld kijken we achtereenvolgens op gedetailleerder niveau naar deskundigheidsbevordering, toetsing en protocolontwikkeling.

Figuur 4.1: Percentage respondentent wat onderwerp relevant of zeer relevant vindt



4.2 Deskundigheidsbevordering

Uit het voorgaande is gebleken dat het meeste belang wordt toegekend aan deskundigheidsbevordering. Om meer zicht te krijgen op eventuele verschillen per beroepsgroep is in tabel 4.1 weergegeven hoeveel procent van de respondenten bij- en nascholingsactiviteiten zeer relevant vindt. Let wel, we gaan uitsluitend uit van de categorie 'zeer' relevant om meer zicht te krijgen op de prioriteiten die per beroepsgroep worden gesteld.

Tabel 4.1: Per beroepsgroep het percentage respondenten dat deskundigheidsbevordering zeer relevant vindt

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Periodieke overzichten van na- en bijscholingsmogelijkheden	60	49	48	63	64	67	59	66	63	54	59
Systeem om kwaliteit van na- en bijscholing te beoordelen	54	45	63	45	39	53	49	35	54	44	48
Regels voor het verplicht stellen van na- en bijscholing	43	25	52	26	27	30	38	23	39	33	34
Regels voor erkenning van specialisaties/verbijzonderingen	35	17	48	38	42	40	23	14	34	31	32
Regels en een scholingsaanbod voor herintreders	39	34	27	25	40	43	36	38	34	30	35

D = Diëtisten
E = Ergotherapeuten
F = Fysiotherapeuten
L = Logopedisten
M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

De meerderheid van alle respondenten vindt het zeer relevant om periodiek een overzicht van de na- en bijscholingsmogelijkheden te krijgen, de overigen vinden dit relevant. Nog belangrijker vinden fysiotherapeuten dat de kwaliteit van na- en bijscholing in kaart wordt gebracht en dat daar een systeem voor komt (63%). Orthoptisten en mondhygiënisten hechten daar relatief minder waarde aan (respectievelijk 35% en 39%). Voor het beoordelen van de kwaliteit van bij- en nascholing is inmiddels door het NPi een raamwerk ontwikkeld op basis waarvan de beroepsgroepen hun eigen criteria voor goede na- en bijscholing kunnen gaan formuleren (Askes e.a. 1997).

Ruim de helft van de fysiotherapie-respondenten is van mening dat regels voor het verplicht stellen van na- en bijscholing zeer relevant zijn. De discussie hierover wordt overigens al tien jaar gevoerd binnen de beroepsgroep fysiotherapie en de meningen daarover zijn (ook in andere beroepsgroepen) verdeeld.

De grootste verschillen tussen de beroepsgroepen betreffende de specialisaties binnen het beroep. Relatief veel fysiotherapeuten vinden de regels voor specialisaties zeer relevant. Dit geldt ook, zei het in wat mindere mate voor mondhygiënisten en oefentherapeuten-Cesar. Specialisaties (althans de behoefte aan regelgeving) wordt relatief minder belangrijk geacht door de ergotherapeuten en de orthoptisten.

Binnen het OKPZ-programma zijn voor de orthoptisten regels voor herintreders opgesteld inclusief het daarbij horende scholingspakket. Dat dit door hen zeer relevant wordt gevonden was al uit een eerdere meningspeiling onder de orthoptisten gebleken.

Samenvattend zijn de beroepsgroepen tamelijk unaniem van mening dat overzichten van kwalitatief goede na- en bijscholing zeer relevant zijn. Ruim eenderde hecht daarnaast veel waarde aan verplichtstelling van na- en bijscholing. Aan specialisaties in de fysiotherapie en aan herintreding bij de orthoptisten wordt veel gewicht toegekend.

4.3 Verslaglegging van de patiëntenzorg

Bij de verslaglegging gaat het in zijn algemeenheid om de gewenste mate van uniformiteit binnen de beroepsgroep. In de enquête is gevraagd hoe relevant men het vindt dat landelijk uniforme richtlijnen binnen de beroepsgroep worden gehanteerd. Per beroepsgroep is in tabel 4.2 te zien hoeveel respondenten dit zeer relevant achten. Ook hier beperken we ons tot de categorie 'zeer' relevant om de prioriteiten per beroepsgroep op te sporen.

Tabel 4.2: Per beroepsgroep het percentage respondenten dat uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg zeer relevant vindt

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Landelijk uniforme codering van diagnoses	35	18	48	48	31	45	47	55	29	9	37
Landelijk uniforme codering van verrichingen	35	49	45	26	50	33	33	38	46	27	38
Landelijk uniforme codering van hulpmiddelen (bv. rolstoel, beugel enz.)	2	16	10	3	12	3	0	7	29	3	8
Landelijk uniforme richtlijnen voor patiëntverslaglegging	43	25	58	28	29	24	24	44	22	12	40
Geautomatiseerde verslaglegging	29	26	35	20	19	28	24	13	22	23	24

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

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Van alle respondenten acht 40% het zeer relevant dat de verslaglegging van patiëntgegevens landelijk op uniforme wijze geschiedt. Het gaat daarbij om de gegevens die op de patiëntenkaart worden geregistreerd ten aanzien van de diagnose, de behandeling en de resultaten daarvan. Binnen de fysiotherapie wordt hieraan het meeste belang gehecht (58%). Ook veel diëtisten en orthoptisten achten dit zeer relevant terwijl dit bij de radiologisch laboranten het minst speelt (12%). Binnen de fysiotherapie bestaat al enkele jaren een landelijke richtlijn voor uniforme verslaglegging. Bij de radiologisch laboranten is de registratie in grote mate afhankelijk van het systeem dat binnen de instelling wordt gebruikt, zodat uniformering nauwelijks tot de mogelijkheden behoort.

Bijna de helft van de respondenten acht uniforme codering van diagnoses en verrichtingen zeer relevant. Veel logopedisten leggen daarbij het accent op de codering van de diagnose (48%) en minder op de verrichtingen (26%). Deze trend is ook te zien bij de orthoptisten en bij de oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck. Bij de ergotherapeuten is dit juist andersom: niet de diagnose maar juist de verrichtingen dienen volgens hen uniform gecodeerd te worden. Deze trend zien we ook bij de podotherapeuten en de mondhygiënisten.

Veel beroepsgroepen maken nauwelijks gebruik van hulpmiddelen, zodat uniforme codering daar ook niet aan de orde is. Alleen bij de podotherapie en de ergotherapie vindt een klein deel van de respondenten dat uniforme codering gewenst is.

Veel beroepsgroepen hebben als toekomstperspectief, een geautomatiseerde gegevensverzameling binnen de beroepsgroep, zodat men op landelijk niveau zichtbaar kan maken welke zorg de beroepsgroep aan welke patientencategorieën levert en met welk resultaat. Bovendien zouden dan praktijkgegevens vergeleken kunnen worden met het landelijk gemiddelde, zodat de praktijken op basis van deze spiegelinformatie hun eigen praktijk kunnen toetsen. Met name in de logopedie wordt al jaren stapsgewijze gewerkt aan de verwezenlijking van deze plannen. In zijn algemeenheid lijkt automatisering van de verslaglegging nog niet op grote schaal binnen de paramedische beroepsgroepen te leven. Ongeveer een kwart van de respondenten vindt uniformering van (geautomatiseerde) verslaglegging zeer relevant. Er zijn geen grote verschillen tussen de beroepsgroepen.

Waarom vinden respondenten uniforme verslaglegging van belang? Letterlijk was in de enquête gevraagd: "Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van landelijk uniforme verslaglegging van patient- en behandelgegevens?" Uit de resultaten blijkt dat 83% van alle respondenten een belangrijk voordeel heeft opgeschreven (6% ziet geen voordeel en voor 10% is een voordeel onbekend). De top-vijf van de antwoorden op deze (open) vraag is als volgt:

- het biedt meer duidelijkheid en structuur (26%).
- er ontstaat meer uniformiteit in de beroepsgroep (23%)
- het draagt bij aan de continuïteit, bijvoorbeeld bij overdracht (17%)
- het vormt een goede basis voor wetenschappelijk onderzoek (16%)
- het komt de samenwerking ten goede (12%)

De antwoorden spreken voor zich en behoeven geen toelichting. De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn klein en betreffen alleen accentverschillen. Bij diëtisten komt continuïteit op de eerste plaats terwijl uniformiteit het hoogst scoort bij ergotherapeuten, fysiotherapeuten en radiologisch laboranten. Er zijn geen verschillen tussen kader- en gewone leden bij negen beroepsgroepen; alleen bij de diëtisten hebben meer kaderleden een voordeel genoemd vergeleken met gewone leden.

Geautomatiseerde verslaglegging heeft volgens de respondenten als belangrijkste voordeel dat het een goede basis biedt voor wetenschappelijk onderzoek (18%). Ook de hierboven genoemde voordelen worden weer frequent genoemd. Daarnaast meldt 13% dat dit ook tijdsbesparing op kan leveren en bijdraagt aan de efficiëntie. De details per beroepsgroep zijn als bijlage 4 in dit rapport opgenomen. Tussen kader- en gewone leden is geen verschil.

De conclusie is dat de overgrote meerderheid voordelen ziet bij uniformering van de verslaglegging. De problemen die men denkt tegen te komen bij de verdere implementatie van uniforme verslaglegging komen in hoofdstuk 5 over implementatie aan de orde.

4.4 Normen voor de beroepsuitoefening

In deze paragraaf wordt besproken welk belang men hecht aan het stellen van normen aan de beroepsuitoefening. Dergelijke normen zijn onder andere beschreven in de beroepscode en het beroepsprofiel, terwijl ook richtlijnen, protocollen en standaarden normen voor het handelen bevatten. In tabel 4.3 is te zien hoeveel respondenten dergelijke normstelling zeer relevant vinden.

Tabel 4.3: Per beroepsgroep het percentage respondenten dat normering zeer relevant vindt

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Landelijk uniforme richtlijnen voor terugrapportage	23	22	30	22	31	22	21	18	22	3	22
Landelijk uniforme richtlijnen, standaarden of protocollen	63	40	41	25	44	13	18	23	34	31	33
Beroepsprofiel	55	54	56	46	56	46	46	38	59	48	51
Beroepscode/ge- dragsregels	59	53	61	52	50	55	47	42	56	47	52

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

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Zoals al in het begin van dit hoofdstuk is gezegd nemen het beroepsprofiel en de beroepscode een belangrijke plaats in. Ruim de helft van alle respondenten vindt het zeer relevant dat conform de daarin geldende normen wordt gewerkt, de overigen achten dit relevant. Dit beeld komt bij alle beroepsgroepen terug.

Over de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden zijn de meningen meer verdeeld. Diëtisten blijken daaraan het meeste belang te hechten, getuige de 63% die het zeer relevant acht dat op dit gebied landelijke uniformiteit binnen de beroepsgroep ontstaat. Uniformering wordt ook relatief vaak gewenst door ergotherapeuten, fysiotherapeuten en mondhygiënist. Inmiddels hebben vier beroepen een begin gemaakt met de ontwikkeling van landelijke richtlijnen en protocollen (de ervaringen daarmee worden uitgebreid beschreven in het derde deelrapport). Bij de oefentherapeuten-Cesar en Mensendieck bestaat weinig behoefte aan landelijke protocollen. Deze beroepsgroepen

hanteren reeds één uniforme behandelmethode, respectievelijk de methode Cesar en de methode Mensendieck, zodat velen van hen geen prioriteit leggen bij protocollering.

Uniforme rapportage naar verwijzers heeft relatief de minste prioriteit. Het meest leeft dit nog bij de fysiotherapeuten en de mondhygiënisten (30% en 31%) terwijl een op de vijf dit zeer relevant vindt bij de overige beroepen, met uitzondering van de radiologisch laboranten.

Gevraagd naar de voordelen van uniforme richtlijnen, standaarden en protocollen blijkt dat 7% geen voordelen ziet terwijl de voordelen voor 16% onbekend zijn. 75% ziet wel voordelen in deze ontwikkeling. Het meest frequent is dat meer uniformiteit in het handelen, zoals door 28% van de respondenten wordt gemeld. Dat protocollen meer duidelijkheid en structuur bieden zegt 20%. Tenslotte is 16% van mening dat de uniforme protocollen tot kwaliteitsverbetering leiden. Deze top drie is bij 7 van de tien beroepsgroepen te zien. Diëtisten merken daarnaast op dat de patient baat heeft bij landelijke protocollering. Volgens fysiotherapeuten en podotherapeuten is protocollering van belang voor wetenschappelijk onderzoek. De details per beroepsgroep zijn in bijlage 5 te zien. Er is geen verschil tussen wel en niet-kaderleden.

Hoewel dus de meerderheid van de respondenten van mening is dat uniformering van richtlijnen, standaarden en protocollen voordelen heeft, blijkt maar één op de drie deze ontwikkeling zeer relevant te vinden. Men hecht meer waarde aan naleving van de beroepscode en het beroepsprofiel. Deze bevinding is een afspiegeling van het feit dat protocol-ontwikkeling bij de meeste paramedische beroepen nog in de kinderschoenen staat of in het geheel nog niet is gestart.

4.5 Kwaliteitstoetsing

Binnen het OKPZ-programma is voor 7 van de tien beroepsgroepen een methode voor intercollegiale kwaliteitstoetsing ontwikkeld en op beperkte schaal in de beroepsgroep ingevoerd (zie het overzicht van programma-activiteiten in hoofdstuk 1). Hoe de respondenten over het belang van kwaliteitstoetsing denken is in tabel 4.4 te zien. Daarbij is onderscheid gemaakt in intercollegiale kwaliteitstoetsing (monodisciplinair) en multidisciplinaire toetsing. Het gaat weer uitsluitend om het percentage respondenten dat kwaliteitstoetsing zeer relevant vindt.

Tabel 4.4: Per beroepsgroep het percentage respondenten dat kwaliteitstoetsing zeer relevant vindt

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Intercollegiale (kwaliteits)toetsing	66	58	50	39	42	38	49	29	31	45	45
Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten	49	53	37	34	31	22	24	9	39	34	33

D = Diëtisten
E = Ergotherapeuten
F = Fysiotherapeuten
L = Logopedisten
M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Bijna de helft van de respondenten (45%) vindt intercollegiale kwaliteitstoetsing zeer relevant. Bij uitstek geldt dat voor diëtisten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Dat zijn ook de beroepsgroepen die relatief al het langst bezig zijn met intercollegiale toetsing. Van recentere datum (periode 1995/96) zijn de toetsingsprojecten bij oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, mondhygiënisten en radiologisch laboranten. Van hen vinden relatief weinig oefentherapeuten-Cesar toetsing zeer relevant, zoals ook bleek uit de evaluatie van de toetsingsprojecten (dit is uitgebreid beschreven in het tweede deelrapport).

Voor drie groepen is binnen het afgelopen OKPZ-programma nog geen toetsingsmethode ontwikkeld, dat zijn logopedisten, orthoptisten en podotherapeuten. Toch vindt bijna eenderde van hen dat toetsing zeer relevant is voor de beroepsgroep.

Methoden van multidisciplinaire toetsing zijn nog voor geen enkele beroepsgroep ontwikkeld. Desondanks wordt hieraan door eenderde van de respondenten veel waarde gehecht. Het meest frequent zijn dat de ergotherapeuten die vaak in multidisciplinair verband samenwerken. Het minst frequent wordt multidisciplinaire toetsing genoemd door de orthoptisten (9%). Overigens moet bij deze gegevens bedacht worden dat in tal van zorginstellingen multidisciplinaire kwaliteitsprojecten van start zijn gegaan in het kader van de kwaliteitssystemen die bij de meerderheid van de instellingen in Nederland in ontwikkeling zijn (zie voor een overzicht Wagner e.a., 1995). Het is dus niet een activiteit die per definitie van de beroepsgroep zelf uitgaat, wat wel het geval is bij monodisciplinaire intercollegiale toetsing.

Van de respondenten heeft 85% een belangrijk voordeel van intercollegiale kwaliteitstoetsing opgeschreven. Verreweg het meest genoemde voordeel is de kwaliteitsverbetering en kwaliteitscontrole via de toetsing (genoemd door 43% van de respondenten). Een tweede voordeel is de grotere uniformiteit (11%). Andere voordelen liggen op het gebied van de deskundigheidsbevordering: men wijst er op dat toetsing leidt tot meer deskundigheid en vakinhoudelijke verdieping en een attitudeverandering teweeg kan brengen.

De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn marginaal. Alleen de fysiotherapeuten noemen relatief vaak als voordeel dat de samenwerking verbetert. De details per be-

roepsgroep zijn in bijlage 6 te vinden. Tussen kader- en gewone leden is geen verschil bij negen beroepsgroepen. Alleen bij de orthoptisten noemen kaderleden relatief meer voordelen dan gewone leden.

Ten aanzien van multidisciplinaire kwaliteitstoetsing zijn minder voordelen genoemd: 22% van de respondenten meldt dat de voordelen daarvan voor hen onbekend zijn (72% heeft wel voordelen genoemd). De top drie van de meest genoemde voordelen zijn de verbetering van de kwaliteit, verbetering van de samenwerking en als derde grotere duidelijkheid. Blijkbaar leiden multidisciplinaire kwaliteitsprojecten tot meer duidelijkheid omtrent het aandeel van de diverse disciplines in de behandeling van de patiënt. De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn hier wat groter. Volgens diëtisten is de continuïteit gediend bij multidisciplinaire projecten (denk aan overdracht) en zal ook de patiënt daar baat bij hebben. Bij geen van de beroepen is er een significant verschil tussen wel- en niet-kaderleden.

De conclusie is dat kwaliteitstoetsing 'leeft' onder de paramedici. Dat geldt in eerste instantie voor monodisciplinaire toetsing maar ook in iets mindere mate voor multidisciplinaire kwaliteitsprojecten. Beide vormen van toetsing leiden volgens de respondenten tot kwaliteitsverbetering. Monodisciplinaire toetsing heeft daarnaast als voordeel de grotere uniformiteit en deskundigheidsbevordering. Bij multidisciplinaire toetsing ligt het accent op samenwerking en verduidelijking van de behandeling.

Voor meer informatie over de ervaringen met toetsing en de effecten daarvan verwijzen we naar het tweede deelrapport in deze serie.

4.6 Overige kwaliteitsactiviteiten

Tot slot van dit hoofdstuk presenteren we de opvattingen over overige kwaliteitsactiviteiten in tabel 4.5.

Tabel 4.5: Per beroepsgroep het percentage respondenten dat overige onderwerpen zeer relevant vindt

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Klachtenopvang en klachtenbehandeling	32	28	24	27	35	22	26	7	31	30	26
Vormen van visietatie	9	15	16	15	17	16	20	7	27	16	16
Herregistratie	40	20	35	17	27	30	30	19	24	24	27
Meningspeilingen van patiënten	42	38	21	21	21	33	27	6	15	29	25
Meningspeilingen van verwijzers/aanmelders	48	25	27	14	21	40	38	8	31	25	28

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

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Voor acht beroepsgroepen is inmiddels de klachtenopvang geregeld conform de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Relatief veel mondhygiënisten vinden een klachtenregeling zeer relevant, de orthoptisten nauwelijks.

Visitatie speelt met name bij de podotherapeuten. Binnen het OKPZ-programma is voor de podotherapeuten een visitatiemethode ontwikkeld waarmee op dit moment wordt geëxperimenteerd.

Herregistratie in het kader van de wet BIG speelt bij alle beroepsgroepen, maar wordt in wisselende mate relevant gevonden.

Ruim een kwart van alle respondenten vindt meningspeiling van verwijzers en patiënten zeer relevant voor de beroepsgroep. Diëtisten zijn hier het meest stellig in: bijna de helft van hen (48%) vindt dat periodieke meningspeilingen onder verwijzers of aanmelders gehouden moet worden. Minder prioriteit wordt hieraan gegeven door logopedisten en orthoptisten. Wat ons enigszins verbaast is dat relatief weinig respondenten meningspeilingen onder patiënten als zeer relevant aanmerken. Een verklaring is misschien dat er tot nu toe weinig instrumenten beschikbaar zijn om de tevredenheid en opvattingen van patiënten te meten. In zijn algemeenheid zal in het vervolgprogramma een accent worden gelegd op een grotere betrokkenheid van patiënten en patiëntenverenigingen bij het kwaliteitsbeleid.

4.7 Samenvatting van de prioriteiten per beroepsgroep

In dit hoofdstuk is beschreven wat paramedici het meest relevant vinden als het gaat om 21 activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering. We hebben daarbij met name gewezen op de overeenkomsten en verschillen tussen de beroepsgroepen. In dit hoofdstuk zullen we deze niet herhalen. Naar onze mening is er na lezing van dit hoofdstuk behoefte aan een samenvattend overzicht van de prioriteiten die worden gesteld. Daarom geven we hierna (zonder verdere toelichting) de top-tien van de activiteiten die elke beroepsgroep het meest relevant vindt. Deze is samengesteld op basis van het percentage respondenten dat een activiteit 'zeer' relevant vindt, overeenkomstig de in dit hoofdstuk gepresenteerde cijfers.

Prioriteiten van de diëtisten

1. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
2. Landelijke protocollen
3. Overzichten van het nascholingsaanbod
4. Naleving van de beroepscode
5. Naleving van het beroepsprofiel
6. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
7. Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
8. Meningspeiling van verwijzers
9. Verplichte na- en bijscholing
10. Uniforme verslaglegging patiëntenzorg

Prioriteiten van de ergotherapeuten

1. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
2. Naleving van het beroepsprofiel
3. Naleving van de beroepscode
4. Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
5. Overzichten van het nascholingsaanbod
6. Uniforme codering van verrichtingen
7. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
8. Landelijke standaarden
9. Meningspeiling van patiënten
10. Klachtenbehandeling

Prioriteiten van de fysiotherapeuten

1. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
2. Naleving van de beroepscode
3. Uniforme verslaglegging patiëntenzorg
4. Naleving van het beroepsprofiel
5. Verplichte na- en bijscholing
6. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
7. Overzichten van het nascholingsaanbod
8. Uniforme codering van diagnoses
9. Regels voor erkenning van specialisaties
10. Uniforme codering van verrichtingen

Prioriteiten van de logopedisten

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Naleving van het beroepsprofiel
3. Uniforme codering van diagnoses
4. Naleving van de beroepscode
5. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
6. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
7. Regels voor erkenning van specialisaties
8. Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
9. Regels scholing herintreders
10. Uniforme verslaglegging patiëntenzorg

Prioriteiten van de mondhygiënisten

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Naleving van het beroepsprofiel
3. Naleving van de beroepscode
4. Uniforme codering van verrichtingen
5. Landelijke protocollen
6. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
7. Regels voor erkenning van specialisaties
8. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
9. Klachtenbehandeling
10. Uniforme richtlijnen voor terugrapportage

Prioriteiten van de oefentherapeuten-Cesar

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Naleving van de beroepscode
3. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
4. Naleving van het beroepsprofiel
5. Uniforme codering van diagnoses
6. Meningspeiling van verwijzers
7. Regels voor erkenning van specialisaties
8. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
9. Regels scholing herintreders
10. Uniforme codering van verrichtingen

Prioriteiten van de oefentherapeuten-Mensendieck

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
3. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
4. Naleving van de beroepscode
5. Uniforme codering van diagnoses
6. Naleving van het beroepsprofiel
7. Meningspeiling van verwijzers
8. Verplichte na- en bijscholing
9. Uniforme codering van verrichtingen
10. Herregistratie

Prioriteiten van de orthoptisten

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Regels scholing herintreders
3. Uniforme codering van diagnoses
4. Uniforme verslaglegging patiëntenzorg
5. Naleving van de beroepscode
6. Naleving van het beroepsprofiel
7. Uniforme codering van verrichtingen
8. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
9. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
10. Verplichte na- en bijscholing

Prioriteiten van de podotherapeuten

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Naleving van het beroepsprofiel
3. Naleving van de beroepscode
4. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
5. Uniforme codering van verrichtingen
6. Verplichte na- en bijscholing
7. Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
8. Landelijke richtlijnen of protocollen
9. Regels voor erkenning van specialisaties
10. Intercollegiale kwaliteitstoetsing

Prioriteiten van de radiologisch laboranten

1. Overzichten van het nascholingsaanbod
2. Naleving van het beroepsprofiel
3. Naleving van de beroepscode
4. Intercollegiale kwaliteitstoetsing
5. Kwaliteitsbeoordeling van de nascholing
6. Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
7. Verplichte na- en bijscholing
8. Landelijke protocollen
9. Regels voor erkenning van specialisaties
10. Klachtenbehandeling

5 IMPLEMENTATIE

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over implementatie. De centrale vraag is in welke mate men de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten implementeerbaar acht in de beroepsgroep. Daartoe zijn in de enquête drie typen vragen gesteld. Ten eerste is gevraagd op welke wijze men nu werkt. Ten tweede of men in de toekomst van plan is om landelijke richtlijnen te gaan volgen of deel te gaan nemen aan kwaliteitstoetsing. Ten derde is gevraagd welke knelpunten die deelname zouden belemmeren. Met name deze knelpunten geven zicht op de barrières die overwonnen moeten worden wil men de implementatie doen slagen. We geven de resultaten zeer gedetailleerd per beroepsgroep weer zodat men deze kan benutten bij het plannen van implementatiestrategieën.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg (paragraaf 5.2);
- Geautomatiseerde verslaglegging van de patiëntenzorg (paragraaf 5.3);
- Uniforme richtlijnen, standaarden of protocollen (paragraaf 5.4);
- Intercollegiale kwaliteitstoetsing (paragraaf 5.5);
- Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten (paragraaf 5.6).

5.2 Uniforme verslaglegging van de patiëntenzorg

In tabel 5.1 is allereerst te zien hoeveel procent van de paramedici eigen richtlijnen hanteert bij de gegevens die over de patiënt worden geregistreerd en hoeveel van hen landelijke richtlijnen volgt, voor zover deze binnen de beroepsgroep bestaan. Hierbij valt ook te denken aan de (landelijke) richtlijnen die in de opleiding zijn geleerd. Het tweede deel van de tabel toont hoeveel respondenten waarschijnlijk wel en niet van plan zijn in de toekomst landelijke richtlijnen te gaan volgen. Letterlijk is in de enquête gevraagd: "Zou uw praktijk of afdeling landelijke richtlijnen voor de verslaglegging invoeren indien deze beschikbaar komen (of al beschikbaar zijn)?".

Uit de tabel blijkt dat 75% van de respondenten zegt dat de praktijk of de afdeling op dit moment eigen richtlijnen hanteert voor de verslaglegging van de patiëntenzorg. Gemiddeld 18% meldt dat men de landelijke richtlijnen of voorschriften op dit gebied volgt. Het meest frequent wordt dit gemeld door de diëtisten (46%). Zij kennen al jaren het systeem van de Probleem Georiënteerde Registratie (POR) en bijna de helft van hen zegt ook volgens dit systeem te werken. Bij de fysiotherapeuten is dit in mindere mate het geval. In 1993 zijn door het KNGF landelijke richtlijnen voor de verslaglegging opgesteld. 28% van hen zegt volgens deze richtlijnen te werken en nog eens 41% is dit in de toekomst wel van plan.

Tabel 5.1: Opvattingen over het (toekomstig) gebruik van landelijk uniforme richtlijnen voor verslaglegging van de patiëntenzorg

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Gebruik											
Eigen richtlijnen	42	87	58	89	85	92	82	56	92	70	75
Landelijke richtlijnen	46	3	28	11	19	7	12	33	5	20	18
Invoering											
Onbekend	5	15	5	9	15	8	6	7	20	30	12
Waarschijnlijk niet	8	15	9	6	10	12	8	4	5	14	9
Waarschijnlijk wel	22	55	41	63	50	61	74	50	64	27	51

D = Diëtisten
E = Ergotherapeuten
F = Fysiotherapeuten
L = Logopedisten
M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Ook veel orthoptisten (33%) blijken de patiëntgegevens volgens landelijke richtlijnen te registreren. In zijn algemeenheid is er een positieve houding tegenover landelijke richtlijnen voor de verslaglegging. De meerderheid is van plan deze te gaan volgen. Goede voornemens bestaan er vooral bij de oefentherapeuten-Mensendieck, de podotherapeuten, de logopedisten en oefentherapeuten-Cesar. Relatief veel radiologisch laboranten hebben ingevuld dat het onbekend is of hun afdeling in de toekomst landelijke richtlijnen gaat gebruiken. Op dit moment zijn die landelijke richtlijnen niet voorhanden. Wat betreft de goede voornemens is er bij acht beroepsgroepen geen en bij twee wel een verschil tussen kader- en gewone leden. Het kader van diëtisten en radiologisch laboranten is meer geneigd de richtlijnen te gaan volgen vergeleken met de 'gewone' leden.

Om zicht te krijgen op mogelijke knelpunten is in de enquête in een open vraag gevraagd: "Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij landelijke uniformering van verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens?" De antwoorden op deze open vraag zijn gerubriceerd. De top-tien van meest genoemde knelpunten is in tabel 5.2 te zien. In de tabel is ook de top-drie van meest genoemde knelpunten per beroepsgroep weergegeven.

De positieve intenties die hierboven zijn beschreven moeten worden genuanceerd. In zijn algemeenheid blijkt dat 66% van de respondenten knelpunten ziet bij uniformering van de verslaglegging. Er is geen verschil tussen wel- en niet-kaderleden. De ergotherapeuten zien de meeste problemen (86%) gevolgd door de fysiotherapeuten (80%). Hoewel de meerderheid van hen positief staat tegenover de landelijke richtlijnen ziet 80% knelpunten bij de verwezenlijking daarvan.

De knelpunten die in zijn algemeenheid het meest worden genoemd komen neer op starheid van mensen (16%), dat wil zeggen dat men vasthoudt aan de eigen werkwijze. Ten tweede diversiteit van opvattingen en inzichten in de beroepsgroep (14%). Ten

derde onwil of weerstand tegen verandering (7%). De meeste knelpunten worden dus toegeschreven aan persoonsgebonden factoren zoals starheid, onwil en weerstand.

De hierboven genoemde knelpunten worden door bijna alle beroepsgroepen gemeld. Accentverschillen zijn de volgende. Tijdgebrek en werkdruk wordt als belangrijk knelpunt gezien door de fysiotherapeuten. Oefentherapeuten-Mensendieck wijzen op het ontbreken aan computers. De mondhygiënisten melden dat op de afdeling of in de tandartspraktijk eigen systemen voor de verslaglegging worden gebruikt en de orthoptisten wijzen erop dat routines doorbroken zullen moeten worden. In zijn algemeenheid weerspiegelen de knelpunten de visie dat mensen in zijn algemeenheid een geringe bereidheid tot verandering vertonen. Het lijkt niet waarschijnlijk dat implementatie strategieën daar op een eenvoudige wijze verandering in kunnen brengen.

Tabel 5.2: Top-tien van de knelpunten bij landelijke uniformering van de verslaglegging van de patiëntenzorg (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal ge- wogen
N	65	76	151	117	52	76	66	154	59	93	909
Wel knelpunten (%)	74	86	80	71	58	65	67	52	58	48	66
											%
Toptien:											
1 Starheid	1	2	1	1	2	1	1		2	1	16.0
2 Diversiteit	2	1		2	1	3	3	1	1	2	13.6
3 Onwil, weerstand			3			2	3	3		3	7.2
4 Tijdgebrek, werkdruk	3	3	2						3		7.1
5 Automatisering, geen computers	3						2				4.7
6 Relevantie, bruikbaarheid				3							4.0
7 Eigen methoden, systemen					2						3.8
8 Kosten, vergoedingen											3.4
9 Routine doorbreken, wennen								2			3.0
10 Diversiteit, deskundigheid, specialisaties	3										2.8

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

N.B. 3e knelpunt voor mondhygiënisten = instellingen/werksettingen verschillen.

5.3 Geautomatiseerde registratie van de patiëntenzorg

Op vergelijkbare wijze als hiervoor beschreven is in de enquête nog eens specifiek gevraagd naar de mogelijkheid van uniforme geautomatiseerde verslaglegging van gegevens. Met name in de logopedie is het beleid hier de afgelopen vijf jaar op gericht geweest en wordt nu gewerkt aan de implementatie. Ook in andere beroepsgroepen - denk aan het KReefT-project in de fysiotherapie - leeft de wens om in de toekomst landelijke gegevens over de beroepsgroep op geautomatiseerde wijze te kunnen verzamelen.

In tabel 5.3 is allereerst te zien hoeveel respondenten de gegevens nu via de computer registreren. Daarbij is onderscheid gemaakt in persoonsgegevens en behandelgegevens van de patiënt. Daarnaast is te zien of men in de toekomst waarschijnlijk wel of niet overgaat tot geautomatiseerde uniforme verslaglegging.

Tabel 5.3: Opvattingen over huidige en toekomstige geautomatiseerde uniforme verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	909 %
Patiëntgegevens											
Handmatig op patiëntenkaart/ in dossier	80	65	50	44	35	43	52	82	22	4	48
Geautomatiseerd eigen systeem	5	17	15	13	21	16	12	12	37	65	21
Geautomatiseerd landelijk systeem	3	0	8	9	2	11	11	1	3	12	6
Behandelgegevens											
Handmatig op patiëntenkaart/ in dossier	82	70	68	66	46	59	73	90	36	8	60
Geautomatiseerd eigen systeem	5	13	8	9	12	11	6	5	25	48	14
Geautomatiseerd landelijk systeem	2	0	0	0	0	3	0	0	0	2	1
Invoering:											
Onbekend	15	22	9	12	27	4	9	38	22	37	20
Waarschijnlijk niet	14	18	11	10	27	18	14	18	27	18	18
Waarschijnlijk wel	46	40	50	49	33	49	49	32	41	25	41

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

C = Oefentherapeuten-Cesar
Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
O = Orthoptisten
P = Podotherapeuten
R = Radiologisch laboranten

Wat betreft de patiëntgegevens is te zien dat bijna de helft van alle respondenten de patiëntgegevens handmatig registreert op de patiëntenkaart of in het patiëntendossier (48%). Dit wordt het vaakst gemeld door de orthoptisten (82%) en de diëtisten

(80%). Handmatige registratie komt niet of nauwelijks voor bij de radiologisch laboranten (4%). Er bestaan dus zeer grote verschillen tussen de beroepsgroepen in de automatiseringsgraad.

Het registreren van behandelgegevens gebeurt nog minder vaak via de computer: bij 60% van de respondenten verloopt dit handmatig. Ook hier weer zijn de verschillen tussen de beroepsgroepen aanzienlijk. Naast de radiologisch laboranten zijn er relatief veel podotherapeuten die hun verslaglegging via de computer laten verlopen. De landelijke registratiesystemen die voor de logopedie en de fysiotherapie ontwikkeld zijn worden blijkbaar nog nauwelijks door de respondenten gebruikt. Deze systemen zijn overigens ook nog niet op grote schaal geïmplementeerd in de beroepsgroep. Volgens enkele geïnterviewden zouden deze systemen eerst vereenvoudigd moeten worden om op grote schaal toepasbaar te zijn.

Van de respondenten is 41% waarschijnlijk van plan om in de toekomst de gegevens geautomatiseerd te gaan verwerken volgens landelijke richtlijnen. Wat betreft deze intenties zijn er geen grote verschillen tussen de beroepsgroepen. Relatief veel mondhygiënist en podotherapeuten zeggen dat men dat waarschijnlijk niet van plan is. Dat men het nog niet weet zeggen vrij veel orthoptisten en radiologisch laboranten. Ongetwijfeld heeft dit te maken met het feit dat geen landelijk systeem voorhanden is zodat men zich daar nog geen oordeel over kan vormen. Daarnaast is men afhankelijk van het beleid van de oogarts respectievelijk de instelling waar men werkt.

Er is bij drie beroepsgroepen een verschil tussen wel- en niet-kaderleden. Significant meer kaderleden zijn van plan de gegevens geautomatiseerd te gaan registreren volgens landelijke richtlijnen bij de diëtisten, de fysiotherapeuten en de podotherapeuten. Bij de overige zeven beroepen is er geen verschil tussen kaderleden en gewone leden.

De meest genoemde knelpunten bij de realisering van uniforme geautomatiseerde registratie zijn in tabel 5.4 te zien, weer uitgesplitst per beroepsgroep.

Tabel 5.4: Top tien van de knelpunten bij landelijke uniformering van geautomatiseerde registratie van patiënt- en behandelgegevens (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
N	65	76	151	117	52	76	66	154	59	93	909
Wel knelpunten (%)	69	71	72	67	40	54	58	47	48	58	58
Toptien:											%
1 Starheid, beperking			3	1	2	1	1			2	12.6
2 Automatisering, geen computers	1	2		3	1	2	2		1	2	12.6
3 Kosten, vergoedingen	2		2	2			3	3	2	1	9.5
4 Tijdgebrek, werkdruk		3	1					2			6.4
4 Diversiteit, theorieën, inzichten		1			3			3	2		6.4
6 Onwil, weerstand						3					4.1
7 Relevantie, bruikbaarheid											3.1
8 Implementatie, onderhouden			3								1.9
9 Angst, onbekendheid, controle											1.7
10 Deskundigheid ontbreekt, scholing nodig											1.5
10 Eigen methoden, systemen											1.5

D = Diëtisten	C = Oefentherapeuten-Cesar
E = Ergotherapeuten	Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
F = Fysiotherapeuten	O = Orthoptisten
L = Logopedisten	P = Podotherapeuten
M = Mondhygiënisten	R = Radiologisch laboranten

Van de respondenten heeft 58% een knelpunt genoemd. Meer dan 70% van de ergotherapeuten en de fysiotherapeuten ziet knelpunten bij uniformering van de verslaglegging.

In zijn algemeenheid wordt ook hier weer starheid van mensen als eerste knelpunt genoemd (13%). De overige knelpunten verschillen van de in de vorige paragraaf genoemde. Als tweede knelpunt geldt hier dat de voorwaarden ontbreken, dat wil zeggen dat men nog niet over een computer beschikt of dat de praktijk nog niet geautomatiseerd is (13%). Verwant daarmee vormen de kosten die daarmee zijn gemoeid, het derde knelpunt (10%).

De belangrijkste verschillen tussen de beroepsgroepen laten zich als volgt typeren. Bij de ergotherapeuten wordt de diversiteit als belangrijkste knelpunt gezien, mede omdat ergotherapeuten in verschillende werkvelden werkzaam zijn. Diversiteit speelt ook een rol bij de mondhygiënisten, de orthoptisten en de podotherapeuten. De fysiotherapeuten noemen tijdsdruk als belemmerende factor.

In zijn algemeenheid is de conclusie dat de automatiseringsgraad nog laag is bij veel paramedische beroepen. De daarmee gemoeide kosten vormen een belangrijk knelpunt bij toekomstige automatisering van de patiëntenzorg, aldus de respondenten.

5.4 Uniforme richtlijnen, standaarden en protocollen

De mate waarin de respondenten gebruik maken van eigen richtlijnen, standaarden of protocollen is in tabel 5.5 te zien. Gevraagd is tevens of de praktijk (eerstelijns) of de afdeling (intramuraal) in de toekomst landelijke richtlijnen, standaarden of protocollen zal gaan invoeren. In beide opzichten bestaan geen verschillen tussen wel- en niet-kaderleden.

Tabel 5.5: Opvattingen over huidig en toekomstig gebruik van landelijke richtlijnen, standaarden en protocollen

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	909 %
Gebruik:											
Geen richtlijnen	6	22	39	12	15	49	39	31	25	2	24
Eigen richtlijnen	35	58	38	52	52	20	27	40	60	74	45
Landelijke richtlijnen	23	4	9	16	23	21	26	20	10	7	16
Invoering:											
Onbekend	6	11	5	6	21	21	12	18	22	19	14
Waarschijnlijk niet	3	4	7	3	14	5	11	7	7	19	8
Waarschijnlijk wel	51	67	69	54	35	41	42	46	53	39	50

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

De tabel laat zien dat gemiddeld in een kwart van de praktijken of afdelingen geen richtlijnen worden gebruikt en dat in bijna de helft wordt gewerkt met eigen richtlijnen, standaarden of protocollen. Het gebruik van landelijke richtlijnen komt, niet verwonderlijk, nog weinig voor omdat de ontwikkeling hiervan bij de meeste beroepsgroepen nog in de kinderschoenen staat (zie ook deelrapport 3 over de ontwikkeling van richtlijnen). In dat opzicht wekt het verbazing dat bijna een kwart van de diëtisten, mondhygiënisten en de oefentherapeuten-Mensendieck naar eigen zeggen landelijke richtlijnen gebruikt. We vermoeden dat zij hiermee verwijzen naar de richtlijnen die in de opleiding zijn gegeven, de richtlijnen die in de beroepsprofielen staan beschreven, en/of de protocollen die voor diëtisten in de thuiszorg zijn ontwikkeld. Nader onderzoek naar de aard van deze richtlijnen moet meer licht op deze bevinding werpen.

Radiologisch laboranten maken het vaakst (74%) melding van eigen richtlijnen of protocollen, slechts 2% van hen zegt geen protocollen te hanteren. Eigen richtlijnen worden daarnaast relatief vaak gemeld door podotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en mondhygiënisten.

Ook hier weer staat de helft van de respondenten vrij positief tegenover de ontwikkeling van landelijke richtlijnen: van degenen die nu nog geen landelijke richtlijnen gebruiken zal de helft deze waarschijnlijk wel gaan invoeren. Dit wordt zelfs gemeld door

69% van de fysiotherapeuten en 67% van de ergotherapeuten. Hieruit mag men concluderen dat er bij deze beroepen een groot draagvlak voor richtlijnen en standaarden bestaat: voor beide beroepsgroepen zijn de eerste twee richtlijnen en standaarden nagenoeg gereed. Factoren die de invoering van landelijke richtlijnen belemmeren zijn in tabel 5.6 te zien.

Interessant is dat de ergotherapeuten en de fysiotherapeuten, die vrij positief staan tegenover de invoering van landelijke richtlijnen, ook de meeste knelpunten bij de invoering signaleren (respectievelijk 72% en 79% van de respondenten). Ziet men meer knelpunten naarmate de realisering dichterbij komt?

In zijn algemeenheid zijn de genoemde belemmeringen weinig specifiek. De belemmeringen worden voornamelijk toegeschreven aan een zekere behoudzucht (overigens een normaal menselijk verschijnsel). Daarnaast speelt de diversiteit binnen de beroepsgroep een rol, waardoor het soms niet eenvoudig is tot consensus over een behandeling te komen (zoals ook in deelrapport drie is beschreven).

Tabel 5.6: Top tien knelpunten bij de invoering van landelijk uniforme richtlijnen, standaarden en protocollen (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)
N	65	76	151	117	52	76	66	154	59	93	909
Wel knelpunten (%)	57	72	79	53	46	57	59	51	42	59	58
											%
Toptien:											
1 Starheid, beperking	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	22.4
2 Diversiteit, theorieën, inzichten	2	2	2	2	2	2		1	1	1	11.1
3 Onwil, weerstand			3		2	3	2	3	3	3	2.7
4 Tijdgebrek, werkdruk											2.1
5 Relevantie, bruikbaarheid				3							1.9
6 Angst, onbekendheid, controle											1.8
7 Routine doorbreken, wennen							3				1.6
8 Diversiteit, deskundigheid, specialisaties			3								1.4
8 Automatisering, geen computers											1.4
10 Implementatie, onderhouden											1.3

D = Diëtisten	C = Oefentherapeuten-Cesar
E = Ergotherapeuten	Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
F = Fysiotherapeuten	O = Orthoptisten
L = Logopedisten	P = Podotherapeuten
M = Mondhygiënist	R = Radiologisch laboranten

5.5 Intercollegiale (kwaliteits)toetsing

Gemiddeld participeert 31% van de respondenten wel en 52% niet in intercollegiale kwaliteitstoetsing, zoals tabel 5.7 laat zien. Bij de diëtisten, mondhygiënist en orthoptisten participeren relatief meer kaderleden; bij de overige zeven beroepen is er geen verschil tussen kader- en gewone leden. Van degenen die nu nog niet aan toetsing meedoen is 40% van plan om in de toekomst waarschijnlijk wel mee te gaan doen. Let wel, deze laatste vraag is alleen ingevuld door degenen die nu nog niet meedoen. In

totaal staat dus bijna driekwart van de respondenten positief tegenover intercollegiale toetsing. Daaruit mag geconcludeerd worden dat intercollegiale toetsing geen onbekend fenomeen meer is binnen de paramedische beroepen, wat voor het merendeel aan het OKPZ-programma te danken is.

De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn groot. De diëtisten spannen de kroon met 51% respondenten die nu al participeert, direct gevolgd door de fysiotherapeuten (48%) en de ergotherapeuten (42%). We herinneren eraan dat deze gegevens niet naar de gehele beroepsgroep gegeneraliseerd kunnen worden omdat er sprake is van een selectieve steekproef, met uitzondering van orthoptisten, waar de gehele beroepsgroep benaderd is.

Tabel 5.7: Opvattingen over huidige en toekomstige deelname aan intercollegiale (kwaliteits)toetsing

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	909 %
Deelname:											
N.v.t.	2	1	7	6	14	1	2	14	25	3	8
Niet	39	45	31	53	50	55	65	57	66	61	52
Wel	51	42	48	24	29	33	26	22	5	27	31
Deelname toe- komst:											
Onbekend	11	20	2	15	23	15	11	38	22	31	19
Waarschijnlijk niet	3	7	3	2	14	7	2	7	9	4	6
Waarschijnlijk wel	31	28	43	56	33	40	58	47	56	33	40
D = Diëtisten E = Ergotherapeuten F = Fysiotherapeuten L = Logopedisten M = Mondhygiënisten C = Oefentherapeuten-Cesar Md = Oefentherapeuten-Mensendieck O = Orthoptisten P = Podotherapeuten R = Radiologisch laboranten											

Wat betreft de toekomstplannen zijn er nagenoeg geen respondenten die niet van plan zijn aan toetsing mee te gaan doen (6%). Een minderheid weet het nog niet. Tussen het kader en de anderen is geen verschil. Ondanks deze positieve attitude blijkt 57% van de respondenten problemen te zien bij de implementatie van toetsing, zoals in tabel 5.8 is te zien.

Tabel 5.8: Top tien van de knelpunten bij het invoeren van intercollegiale (kwaliteits)toetsing (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
N	65	76	151	117	52	76	66	154	59	93	909
Wel knelpunten (%)	75	75	74	66	40	50	59	43	41	51	57
Toptien:											%
1 Tijdgebrek, werkdruk	1	1	1	1	3	1	1		2	1	21.8
2 Angst, onbekendheid, controle	2	2	2	2		2	2	3	2	1	10.1
3 Onwil, weerstand			3		1			3		3	6.6
4 Starheid, beperking				3	1	3	3	2			6.1
5 Diversiteit, theorieën, inzichten					3			1	1		5.9
6 Kosten, vergoedingen	3	3									2.9
7 Omgaan met kritiek											1.8
8 Cultuur, geen samenwerking, geen vertrouwen in elkaar											1.6
9 Relevantie, bruikbaarheid											1.0
9 Domeinverlies, overlapping, afbakening											1.0

D = Diëtisten	C = Oefentherapeuten-Cesar
E = Ergotherapeuten	Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
F = Fysiotherapeuten	O = Orthoptisten
L = Logopedisten	P = Podotherapeuten
M = Mondhygiënist	R = Radiologisch laboranten

Ook hier weer is het opvallend dat de meeste knelpunten worden gesignaleerd door de beroepsgroepen die het meest in toetsing participeren of daar in de toekomst aan willen beginnen, namelijk de diëtisten, de ergotherapeuten en de fysiotherapeuten. De gesignaleerde knelpunten lijken daarmee op ervaring te berusten, dat wil zeggen dat men deze aan den lijve ondervonden heeft toen men met toetsing begon.

Niet verwonderlijk is hier tijdgebrek en de hoge werkdruk het belangrijkste knelpunt.

Dit werd reeds eerder geconcludeerd in het tweede deelrapport bij het onderzoek naar de voor- en nadelen van toetsing.

Als tweede knelpunt wordt de angst voor controle genoemd door 10% van de respondenten. (In het tweede deelrapport bleek dat slechts 3% van deelnemers aan toetsing dit bedreigend vond.) De overige knelpunten spelen een geringere rol van betekenis en worden steeds door 6% of minder van de respondenten gemeld. Slechts twee beroepsgroepen vinden de kosten van toetsing problematisch, dat wil zeggen het ontbreken van een vergoeding voor de geïnvesteerde tijd.

5.6 Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten

Tot slot van dit hoofdstuk gaan we kort in op de multidisciplinaire kwaliteitsprojecten. Tabel 5.9 laat zien in hoeverre men nu of in de toekomst aan dergelijke projecten zal gaan deelnemen.

Tabel 5.9: Opvattingen over huidige en toekomstige deelname aan multidisciplinaire kwaliteitsprojecten

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge- wogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	909 %
Deelname:											
Nee	57	38	60	60	85	86	86	83	88	47	69
Ja	37	51	35	38	15	11	11	10	12	46	27
Deelname toekomst:											
Onbekend	20	25	22	26	39	34	39	46	37	24	31
Waarschijnlijk niet	14	3	7	11	23	32	18	23	7	3	14
Waarschijnlijk wel	20	17	29	23	17	20	23	16	39	24	23

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

Zoals verwacht kon worden - veel paramedici werken solistisch - participeert de meerderheid niet in multidisciplinaire kwaliteitsprojecten. Ruim een kwart doet dat wel. Dat geldt met name voor ergotherapeuten en radiologisch laboranten (respectievelijk 51% en 46%). Relatief vaak wordt dit ook gemeld door logopedisten, diëtisten en fysiotherapeuten.

Van degenen die nu nog niet participeren is bijna een kwart van plan in de toekomst wel mee te gaan doen. Zelfs 39% van de podotherapeuten is dat van plan (onder voorbehoud overigens dat er de gelegenheid is om in multidisciplinaire projecten te participeren). Voor een derde van hen is dit onbekend.

De conclusie is dat hier de grootste verschillen tussen de beroepsgroepen te vinden zijn, verschillen die verklaarbaar zijn vanuit de verschillen in werksetting tussen de beroepen.

Voor de volledigheid geven we tenslotte de knelpunten die ten aanzien van multidisciplinaire kwaliteitsprojecten worden gesignaleerd in tabel 5.10. Deze blijken weinig te verschillen van de hiervoor genoemde knelpunten bij intercollegiale toetsing. Belemmering nummer één is bij alle beroepsgroepen het tijdgebrek en de werkdruk (21%). Daarnaast wordt weer gewezen op de weerstanden tegen verandering en de diversiteit van de beroepsuitoefening. Specifiek voor multidisciplinaire projecten wordt daarnaast gewezen op het gevaar van domeinverlies of afbakeningsproblemen. Dit probleem weegt relatief zwaarder dan de financiële kant, de vergoeding voor de geïnvesteerde tijd.

Tussen het kader en de leden bestaan bij negen beroepsgroepen geen verschillen. Alleen bij de diëtisten wijken de kaderleden af: zij zijn meer geneigd om multidisciplinair te gaan toetsen, maar tegelijkertijd verwachten zij ook meer knelpunten vergeleken met de niet-kaderleden.

Tabel 5.10: Top tien knelpunten bij participatie in multidisciplinaire kwaliteitsprojecten (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (ge-wogen)
N	65	76	151	117	52	76	66	154	59	93	909
Wel knelpunten (%)	69	68	66	50	31	50	42	28	37	53	49
											%
Toptien:											
1 Tijdgebrek, werkdruk	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20.6
2 Onwil, weerstand	2		2			3		3	2		6.2
3 Diversiteit, theorieën, inzichten	3			3	2			2	3	2	4.9
4 Starheid, beperking				2	3						4.2
5 Domeinverlies, overlapping, afbakening					3		2	2			4.0
6 Kosten, vergoedingen	3	2	3				3				3.9
7 Angst, onbekendheid, controle		3			2						2.8
8 Diversiteit, deskundigheid, specialisaties					3						2.6
9 Relevantie, bruikbaarheid											1.9
10 Cultuur, geen samenwerking, geen vertrouwen in elkaar											1.8

D = Diëtisten
 E = Ergotherapeuten
 F = Fysiotherapeuten
 L = Logopedisten
 M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar
 Md = Oefentherapeuten-Mensendieck
 O = Orthoptisten
 P = Podotherapeuten
 R = Radiologisch laboranten

6 BESCHOUWING EN CONCLUSIES

In vier deelrapporten is de eindevaluatie beschreven van het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ). In dit programma hebben het CBO en het NPi de paramedische beroepsgroepen drie jaar lang ondersteund bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. De vorderingen zijn in het eerste deelrapport beschreven. Binnen het programma is daarnaast veel energie gestoken in het ontwikkelen en experimenteel invoeren van intercollegiale toetsing en is een begin gemaakt met de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden. De resultaten daarvan zijn in het tweede en derde deelrapport beschreven. Dit vierde deelrapport staat in het teken van de toekomstige implementatie van het kwaliteitsbeleid. Toekomstig, omdat het OKPZ-programma gericht was op het ontwikkelen van nieuwe 'kwaliteitsinstrumenten' en nog niet op de implementatie daarvan. Implementatie is wel een van de doelstellingen in het vervolgprogramma dat in 1997 van start zal gaan. Het onderhavige onderzoek naar het draagvlak voor het kwaliteitsbeleid in de praktijk kan richting geven aan de implementatieplannen die de beroepsgroepen ontwikkelen. Op basis van dit onderzoek zal dit najaar een werkconferentie over implementatie worden georganiseerd.

De vraag in dit onderzoek was, hoe denken paramedici in de praktijk over de implementeerbaarheid van het kwaliteitsbeleid? En verwant daarmee, in welke mate is het kwaliteitsbeleid op dit moment reeds in het veld doorgedrongen? De implementeerbaarheid is onderzocht door ten eerste na te gaan wat paramedici zelf belangrijk vinden op het gebied van kwaliteit en waarom. De antwoorden geven zicht op de attitude van paramedici tegenover het kwaliteitsbeleid en op de voordelen die men daarvan verwacht. Omdat attitude nog weinig zegt over het feitelijke gedrag is daarnaast gevraagd of men zélf van plan is zaken als intercollegiale toetsing of landelijke richtlijnen daadwerkelijk in te gaan voeren in de praktijk of afdeling en welke factoren dat mogelijk belemmeren. Dat werp licht op de (gedrags)intentie om het beleid al dan niet te volgen en biedt tegelijkertijd zicht op de knelpunten die opgelost moeten worden wil de invoering kans van slagen hebben. De resultaten laten zien dat er een discrepantie tussen attitude en gedrag bestaat, dat wil zeggen dat een positieve attitude tegenover het kwaliteitsbeleid niet noodzakelijkerwijze betekent dat dit beleid ook in de praktijk wordt ingevoerd. Op de betekenis hiervan gaan we hierna verder in.

Vooraf moet worden benadrukt dat de gegevens niet generaliseerbaar zijn naar alle paramedische beroepsbeoefenaren omdat in het onderzoek bij negen van de tien beroepsgroepen een selectieve steekproef is benaderd. De selectie houdt in dat de helft van de ruim 900 respondenten bestaat uit paramedici die een actieve rol in de beroepsvereniging vervullen, dat wil zeggen dat zij in werkgroepen of commissies van de vereniging participeren. De andere helft bestaat uit 'gewone' leden. Deze selectie was gebaseerd op de overweging dat binnen het OKPZ-programma het kwaliteitsbeleid nog niet op grote schaal in de beroepsgroep geïmplementeerd zou kunnen zijn, maar vermoedelijk wel doorgedrongen zou zijn tot het 'kader' van de beroepsgroep als verbindingsschakel tussen het bestuur en het veld. Dit wordt slechts ten dele door de resultaten bevestigd. In tal van opzichten blijken er geen significante verschillen tussen het kader en de leden te bestaan. De gegevens zijn desondanks niet generaliseerbaar omdat geen random steekproeven zijn getrokken.

Hierna gaan we eerst in op de attitude ten aanzien van het kwaliteitsbeleid, daarna op de gedragsintenties en tot slot op de discrepantie tussen attitude en gedrag.

De resultaten laten zien dat paramedici in zijn algemeenheid een positieve houding hebben tegenover activiteiten op het gebied van kwaliteit. Bijna negen op de tien vindt nagenoeg alle 20 met name genoemde activiteiten relevant tot zeer relevant voor de beroepsgroep. Globaal zijn daarin drie clusters te onderscheiden. Het meeste belang wordt gehecht aan het cluster met de meer traditionele aspecten van kwaliteit, zoals naleving van de beroepscode en het beroepsprofiel en in het bijzonder ook de na- en bijscholing en de kwaliteit daarvan. Toch blijkt ook bijna evenveel belang gehecht te worden aan het cluster van activiteiten waar pas de laatste jaren mee is gestart, zoals kwaliteitstoetsing, de ontwikkeling van centrale richtlijnen en meningspeilingen onder verwijzers en patiënten. Het derde cluster heeft betrekking op voorwaardenscheppende activiteiten, zoals uniforme classificatie en codering van diagnoses en verrichtingen. Binnen de paramedische beroepen wordt hieraan al vele jaren gewerkt. Uit de resultaten blijkt dat deze voorwaardenscheppende activiteiten nog niet bij alle beroepsgroepen zijn voltooid en ook, dat uniforme classificatie en codering volgens de respondenten niet aan belang heeft ingeboet.

De conclusie is dat 'kwaliteit' leeft onder paramedici. Bijna iedereen vindt zowel de oude als de nieuwe activiteiten op dit gebied relevant voor de beroepsgroep. Veel van de nieuwe activiteiten zijn de afgelopen drie jaar binnen het OKPZ-programma ontwikkeld. Paramedici hebben daar blijkbaar kennis van genomen. Deze nieuwe activiteiten worden niet afgedaan als 'modieuze' ontwikkelingen, zoals een paar jaar geleden door sceptici wel werd gedacht, maar de waarde daarvan wordt door het veld hoog ingeschat.

Deze positieve attitude betekent dat er in het veld een draagvlak voor het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen bestaat. De meeste respondenten waren ook in staat de voordelen te benoemen die de diverse kwaliteitsactiviteiten opleveren of op zouden kunnen leveren. Als winstpunten van uniforme verslaglegging, kwaliteitstoetsing en centrale richtlijnen werd vooral gewezen op het bereiken van grotere uniformiteit binnen de beroepsgroep, het verkrijgen van meer duidelijkheid en structuur in het paramedisch handelen, verbetering van de continuïteit, verbetering van de samenwerking, verdieping van deskundigheden, en in zijn algemeenheid verbetering van de kwaliteit. Als winstpunt werd ook nog genoemd dat uniformering een goede basis vormt voor wetenschappelijk onderzoek binnen de beroepsgroep. De conclusie is dat de ruime meerderheid van de respondenten een concrete voorstelling heeft van de voordelen die kwaliteitsactiviteiten opleveren of op kunnen gaan leveren.

Deze positieve bevindingen moeten worden genuanceerd wanneer we kijken naar de plannen die men heeft om de kwaliteitsactiviteiten daadwerkelijk in de praktijk of de afdeling in te voeren. Hoewel de meerderheid opmerkt dat men de kwaliteitsactiviteiten die binnen de beroepsgroep ontwikkeld worden, waarschijnlijk wel zal gaan invoeren (ongeveer een kwart participeert reeds in kwaliteitsactiviteiten), worden evenzovaak belangrijke knelpunten gesignaleerd die de invoering belemmeren (er was alleen gevraagd naar 'belangrijke' knelpunten). Dit betekent dat tijdens de implementatie een groot aantal knelpunten opgelost moet worden wil deze kans van slagen hebben. Bovendien lijken niet alle knelpunten even gemakkelijk oplosbaar. Volgens de respondenten wordt de invoering van bijvoorbeeld landelijke richtlijnen belemmerd doordat men in de praktijk of de afdeling weinig bereid is tot verandering, liever vasthoudt aan eigen routines of zelfs weerstand tegen veranderingen heeft. Dit gegeven is niet nieuw.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat de invoering van kwaliteitssystemen veel vlotter verliep bij flexibele op vernieuwing gerichte instellingen dan bij instellingen met een meer behoudende cultuur (Wagner e.a., 1995). Implementatiestrategieën zouden dus onder andere gericht moeten worden op het creëren van een op vernieuwing gerichte cultuur of attitude. De vraag hoe dat zou moeten kan op basis van dit onderzoek niet worden beantwoord.

Naast dit persoonsgebonden knelpunt is er een vakinhoudelijk knelpunt. Een veel genoemde belemmering is de diversiteit binnen de beroepsgroep, enerzijds wat betreft de werkvelden en specialisaties binnen het beroep, maar anderzijds ook wat betreft de toegepaste behandelingen en de visie daarop of de theoretische uitgangspunten die daaraan ten grondslag liggen. Ook deze bevinding is niet nieuw. Een van de oorzaken van deze diversiteit heeft te maken met het ontbreken van goed effectonderzoek aan de hand waarvan objectief kan worden vastgesteld wat de beste behandeling van een aandoening is. In de fysiotherapie is een begin met deze ontwikkeling gemaakt. Dit knelpunt is op korte termijn niet op te lossen. Bij de implementatiestrategieën kan men dit nadeel overigens wel in een voordeel omzetten: indien praktijken en afdelingen op uniforme wijze gaan registreren kunnen zij zelf via onderlinge vergelijking van de effecten onderzoeken welke behandeling het meest effectief is. Deze werkwijze wordt momenteel toegepast door een aantal orthoptisten en lijkt veelbelovend.

Zoals verwacht (op basis van eerder onderzoek) ligt ook een belangrijk knelpunt in de hoge werkdruk en het gebrek aan tijd. Dit speelt met name bij het invoeren van kwaliteitstoetsing een belemmerende rol. Uit de ervaringen met toetsing (zie het tweede deelrapport) blijkt echter ten eerste dat veel instellingen inmiddels bereid zijn tijd voor deze vorm van kwaliteitsverbetering in te ruimen. Voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaars is deze oplossing helaas niet beschikbaar. Ten tweede blijkt dat de deelnemers aan toetsing bijna unaniem van mening zijn dat toetsing meer vóór- dan nadelen heeft, dus dat de baten de kosten overtreffen. Bij de implementatie van toetsing kan men deze onderzoeksresultaten benutten om drempels weg te nemen.

Een laatste knelpunt - bij het invoeren van geautomatiseerde verslaglegging van de patiëntenzorg - heeft te maken met de geringe automatiseringsgraad bij de meerderheid van de paramedische beroepen. Men bezit nog geen computer en/of de aanschaf gaat boven de begroting. Vermoedelijk zal dit probleem zich in de toekomst vanzelf oplossen omdat de automatisering hand over hand toeneemt en niet meer te keren valt. Enig geduld lijkt hier de beste aanbeveling voor wat betreft de implementatiestrategieën.

Bij de middelen die men inzet bij de toekomstige implementatiestrategieën is het verstandig onderscheid te maken tussen de eerste en de tweede fase van de implementatie. In de eerste fase moet de interesse worden gewekt en moet kennis worden verkregen. In deze fase speelt de informatieverstrekking een belangrijke rol. Uit dit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de respondenten vooral kennis hadden genomen van het kwaliteitsbeleid via publicaties in het vaktijdschrift van de vereniging en via persoonlijke mailingen. Daarnaast werden diverse andere bronnen genoemd zoals de algemene leden vergadering, regionale overleggen en - met name door het kader - commissies en werkgroepen van de vereniging. Bij de implementatie kunnen al deze verschillende kanalen worden benut. In de tweede fase van de implementatie gaat het erom dat paramedici in de praktijk hun werkwijze aanpassen. Het gaat dan niet meer om kennis

maar om gedragsverandering. Vermoedelijk zullen in die fase persoonlijke contacten een belangrijke rol spelen (elkaar overtuigen om mee te doen) en zullen de noodzakelijke voorwaarden moeten worden gecreëerd, bijvoorbeeld de vereiste vaardigheden en deskundigheden. Dit betekent dat naar onze mening in de tweede fase overlegvormen als regionale bijeenkomsten, werkgroepen, studiedagen en workshops onderdeel van de implementatie zouden moeten zijn. Deze veronderstelling zal in het vervolgonderzoek worden getoetst.

Tenslotte, hierboven zijn de grote lijnen uit het onderzoek samengevat. De resultaten laten zien dat de paramedische beroepsgroepen in vele opzichten verschillen in de accenten die in het kwaliteitsbeleid worden gelegd en in de voordelen en de knelpunten die naar hun mening aan de diverse kwaliteitsactiviteiten verbonden zijn. Deze verschillen zijn in dit rapport gedetailleerd belicht zodat elke beroepsgroep daarmee in staat wordt gesteld een implementatieplan op maat te maken, dat wil zeggen, toegesneden op de specifieke situatie van elk beroep. Wij wensen hen daarmee alle succes.

LITERATUUR

CBO, Eindrapportage van het programma OKPZ. Periode januari 1994-december 1996. Utrecht, CBO, 1997.

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

Driessen, M.J., Sluijs, E.M., Dekker, J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg: evaluatie van het programma: ondersteuning kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport. Utrecht: NIVEL, 1995.

Rijken, P.M., Heugten, C.M. van, Dekker, J. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht: NIVEL, 1996.

Sluijs, E.M., Dekker, J. Voortgang van het programma ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Tweede interimrapport. Utrecht, NIVEL, 1996.

Sluijs, E.M., Dekker, J. Evaluatie van twee toetsingsprojecten binnen het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Utrecht: NIVEL, 1996A.

Timmermans, J.E., Sluijs, E.M., Dekker, J., Hartog, W.H.M. den. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepsgroepen. Deel 1: stand van zaken: kwaliteitsdeelsystemen en voorwaarden scheppende activiteiten paramedische beroepsgroepen. Deel 2: referentiekader voor het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. Utrecht: NIVEL/CBO, 1994.

Wagner C, Bakker D.H. de, Sluijs E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1995.

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.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Enquête kaderleden



ENQUÊTE KWALITEITSBELEID PARAMEDISCHE BEROEPEN

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 enquête in de antwoordenvelop terugsturen vóór 8 januari 1997.
Een postzegel is niet nodig.

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

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Esther Visser
Emmy Sluijs

ALGEMENE VRAGEN

1. Wilt u aankruisen wat op u van toepassing is.
 - a. vrouw
 man
 - b. geboortjaar: 19. . .

 2. Hoe bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk)
 vrijgevestigd
 in dienstverband

 3. In welk(e) werkveld(en) bent u werkzaam?
.....

 4. Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld?
..... uur gemiddeld

 5. Hoeveel collega's (van uw beroepsgroep) werken er binnen uw afdeling of praktijk waar u de meeste uren werkt?
(afdeling is binnen een instelling, zoals ziekenhuis/verpleeghuis; praktijk is buiten een instelling, waaronder ook maatschap).
aantal (inclusief uzelf):

 6. Welke functie bekleedt u binnen de afdeling of praktijk? (meerdere antwoorden mogelijk)
 paramedicus
 afdelingshoofd
 lid van commissie of werkgroep, namelijk van
 - anders, namelijk
-
7. Participeert u in werkgroepen/commissies van de beroepsvereniging?
 nee
 ja, namelijk

KWALITEITSBELEID VAN DE VERENIGING

8. Heeft uw beroepsvereniging een kwaliteitsbeleid geformuleerd
- onbekend (ga door met vraag 11)
 - nee, de vereniging heeft geen kwaliteitsbeleid geformuleerd (ga door met vraag 11)
 - ja, de vereniging heeft wel een kwaliteitsbeleid geformuleerd
9. Hoe bent u van dit kwaliteitsbeleid op de hoogte gesteld? (meerdere antwoorden mogelijk)
- via de algemene ledenvergadering
 - via de afdeling/praktijk
 - via het overleg in de regio
 - via een vaktijdschrift of tijdschrift van de vereniging
 - de beroepsvereniging heeft elk lid schriftelijk op de hoogte gesteld
 - via deelname aan commissies/werkgroepen van uw vereniging
 - via congressen/ symposia/ studiedagen
 - anders, namelijk
10. Kunt u één onderwerp noemen uit het kwaliteitsbeleid van uw vereniging?
- nee
 - ja, namelijk
-

RELEVANTIE VAN KWALITEITSBEWAKING EN KWALITEITSVERBETERING

11. Hieronder staan diverse vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Niet alle vormen zijn voor uw beroepsgroep relevant. Wilt u aankruisen wat u zelf relevant vindt voor uw beroepsgroep (het gaat om uw eigen mening).

	weinig relevant	relevant	zeer relevant
VERSLAGLEGGING PATIËNT(ENZORG)			
- Landelijk uniforme codering van diagnoses die door uw beroepsgroep worden gesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Landelijk uniforme codering van verrichtingen die door uw beroepsgroep worden uitgevoerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Landelijk uniforme codering van hulpmiddelen die door uw beroepsgroep worden gebruikt (bv. rolstoel, beugel enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Landelijk uniforme richtlijnen voor patiëntverslaglegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Geautomatiseerde verslaglegging (dit is een computerprogramma waarmee de behandelgegevens op uniforme wijze in een computer ingevoerd kunnen worden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING			
- Periodieke overzichten van na- en bijscholingsmogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Systeem om kwaliteit van na- en bijscholing te beoordelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regels voor het verplicht stellen van na- en bijscholing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regels voor erkenning van specialisaties/verbijzonderingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regels en een scholingsaanbod voor herintreders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMERING			
- Landelijk uniforme richtlijnen voor terugrapportage (richtlijnen voor de terugrapportage naar de verwijzer/arts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Landelijk uniforme richtlijnen, standaarden of protocollen (dit zijn documenten waarin wordt vastgelegd hoe een patiënt dient te worden behandeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beroepsprofiel (alle leden van de beroepsgroep kennen het beroepsprofiel en houden zich er aan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beroepscode/gedragsregels (alle leden van de beroepsgroep kennen de beroepscode/gedragsregels en houden zich er aan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weinig relevant relevant zeer relevant

VERBETERMETHODEN

- Intercollegiale (kwaliteits)toetsing
(een groep collega's diept een onderwerp uit, stelt de beste werkwijze vast en gaat vervolgens zo werken)
- Multidisciplinaire kwaliteitsprojecten
(samen met andere disciplines wordt een onderwerp uitgediept, de werkwijze vastgesteld en men gaat vervolgens zo werken)
- Anders, namelijk

BEHOUD EN BORGING

- Klachtenopvang en klachtenbehandeling
(een systeem voor registratie en behandeling van klachten op landelijk of regionaal niveau)
- Vormen van visitatie
(de beroepsuitoefening wordt ter plekke beoordeeld door een visitatiecommissie aan de hand van vooraf opgestelde criteria)
- Herregistratie
(opneming in het beroepsregister geldt voor een beperkt aantal jaren; voor herregistratie kunnen eisen worden gesteld m.b.t. bijvoorbeeld praktijkuitoefening, nascholing enz.)
- Anders, namelijk

MENINGEN VAN DERDEN

- Meningspeilingen van patiënten
(een systeem om periodiek de meningen van patiënten/cliënten te kunnen peilen)
- Meningspeilingen van verwijzers/aanmelders
(een systeem om periodiek de meningen van verwijzers of aanmelders te kunnen peilen)
- Anders, namelijk

Indien u andere dan bovengenoemde vormen van kwaliteitsbewaking of kwaliteitsverbetering relevant vindt, kunt u die hier invullen:

.....

.....

.....

VERSLAGLEGGING VAN PATIËNT- EN BEHANDELGEGEVENS

12. Bestaan er binnen uw vereniging **landelijke richtlijnen** voor uniforme verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens?
- onbekend
 - nee
 - in ontwikkeling
 - ja
13. Op welke wijze registreert u patiënt- en behandelgegevens?
- de praktijk/afdeling hanteert **eigen** richtlijnen
 - de praktijk/afdeling hanteert **landelijke** richtlijnen (ga door naar vraag 15).
 - anders, namelijk
14. Zou uw praktijk/afdeling landelijke richtlijnen voor verslaglegging invoeren, indien deze beschikbaar zijn/komen?
- onbekend
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - anders, namelijk
15. Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van landelijke uniformering van verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens?
- onbekend
 - geen voordeel
 - een belangrijk voordeel is
16. Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij landelijke uniformering van verslaglegging patiënt- en behandelgegevens?
- onbekend
 - geen knelpunt
 - een belangrijk knelpunt is

COMPUTERGEBRUIK EN AUTOMATISERING

De volgende vragen gaan over **computergebruik**. Gevraagd wordt naar verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens via de computer. De vragen gaan niet over financiële administratie.

17. Op welke wijze registreert uzelf patiëntgegevens?
- handmatig op de patiëntenkaart/ in dossier
 - geautomatiseerd volgens het systeem van de praktijk/afdeling
 - geautomatiseerd volgens een landelijk systeem (ga door naar vraag 20)
 - anders, namelijk
18. Op welke wijze registreert uzelf behandelgegevens?
- handmatig op de patiëntenkaart/ in dossier
 - geautomatiseerd volgens het systeem van de praktijk/afdeling
 - geautomatiseerd volgens een landelijk systeem (ga door naar vraag 20)
 - anders, namelijk
19. Zou uw praktijk/afdeling een landelijk systeem voor geautomatiseerde registratie van patiënt- en behandelgegevens gaan invoeren, indien dat beschikbaar is/komt?
- onbekend
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - anders, namelijk
20. Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van landelijke uniformering van geautomatiseerde registratie van patiënt- en behandelgegevens?
- onbekend
 - geen voordeel
 - een belangrijk voordeel is
21. Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij landelijke uniformering van geautomatiseerde registratie van patiënt- en behandelgegevens?
- onbekend
 - geen knelpunt
 - een belangrijk knelpunt is

RICHTLIJNEN, STANDAARDEN, PROTOCOLLEN

De volgende vragen gaan over -eigen of landelijke- richtlijnen, standaarden of protocollen. Dit zijn documenten waarin is vastgelegd hoe de patiënt dient te worden behandeld.

22. Bestaan er binnen uw vereniging **landelijke** richtlijnen, standaarden of protocollen waarin is vastgelegd hoe onderzoek en behandeling van de patiënt dient te worden uitgevoerd?
- onbekend
 - nee
 - in ontwikkeling
 - ja
23. Wordt in uw praktijk/afdeling gewerkt met **eigen of landelijke** richtlijnen, standaarden of protocollen?
- nee
 - ja, de praktijk/afdeling heeft **eigen** richtlijnen, standaarden of protocollen
 - ja, de praktijk/afdeling hanteert **landelijke** richtlijnen, standaarden of protocollen (ga door naar vraag 25).
 - anders, namelijk
24. Zou uw praktijk/afdeling landelijke richtlijnen, standaarden of protocollen invoeren, indien deze beschikbaar zijn/komen?
- onbekend
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - anders, namelijk
25. Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van **landelijk** uniforme richtlijnen, standaarden of protocollen?
- onbekend
 - geen voordeel
 - een belangrijk voordeel is
26. Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij **landelijk** uniforme richtlijnen, standaarden of protocollen?
- onbekend
 - geen knelpunt
 - een belangrijk knelpunt is

INTERCOLLEGIALE (KWALITEITS)TOETSING

De volgende vragen gaan over **monodisciplinaire** vormen van intercollegiale (kwaliteits)toetsing. Dit betekent dat een groep collega's een onderwerp uitdiept, de beste werkwijze vaststelt en vervolgens zo gaat werken.

Het gaat **niet** om werkoverleg of patiëntenbesprekingen.

27. Beschikt uw beroepsgroep over een methode voor intercollegiale (kwaliteits)toetsing?
- onbekend
 - nee
 - in ontwikkeling
 - ja
28. Wordt door uw praktijk/afdeling actief deelgenomen aan intercollegiale (kwaliteits)toetsing?
- niet van toepassing
 - nee
 - ja, (ga door met vraag 30)
 - anders, namelijk
29. Zal uw praktijk/afdeling in de toekomst deelnemen aan intercollegiale (kwaliteits)toetsing?
- onbekend
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - anders, namelijk
30. Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van intercollegiale (kwaliteits)toetsing?
- onbekend
 - geen voordeel
 - een belangrijk voordeel is
31. Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij intercollegiale (kwaliteits)toetsing?
- onbekend
 - geen knelpunt
 - een belangrijk knelpunt is

MULTIDISCIPLINAIRE KWALITEITSPROJECTEN

De volgende vragen gaan over **multidisciplinaire** kwaliteitsprojecten. Dit betekent dat samen met andere disciplines een onderwerp wordt uitgediept, de beste werkwijze wordt vastgesteld en dat men gaat vervolgens zo gaat werken. Niet bedoeld wordt werkoverleg of patiëntenbesprekingen.

32. Wordt door uw praktijk/afdeling actief deelgenomen aan multidisciplinaire kwaliteitsprojecten?
- nee
 - ja, (ga door met vraag 34)
 - anders, namelijk
33. Zal uw praktijk/afdeling in de toekomst deelnemen aan multidisciplinaire kwaliteitsprojecten?
- onbekend
 - waarschijnlijk niet
 - waarschijnlijk wel
 - anders, namelijk
34. Wat kan volgens u een belangrijk voordeel zijn van multidisciplinaire kwaliteitsprojecten?
- onbekend
 - geen voordeel
 - een belangrijk voordeel is
35. Wat kan volgens u een belangrijk knelpunt zijn bij multidisciplinaire kwaliteitsprojecten?
- onbekend
 - geen knelpunt
 - een belangrijk knelpunt is

OVERLEG IN DE REGIO

hieronder wordt verstaan: structurele overleggroepen, kringen of vergaderingen met collega's buiten de praktijk of afdeling.

36. Neemt u deel aan een overleg in de regio?

- niet van toepassing, u kunt doorgaan naar de laatste bladzijde.
- nee, u kunt doorgaan naar de laatste bladzijde.
- ja, lid van een overleg in de regio.
- ja, coördinator/leider van een overleg in de regio.
- anders namelijk

37. Hoe wordt dit overleg genoemd?

.....

Kunt u aangeven hoe vaak het overleg in de regio plaatsvindt?

.... maal per jaar

Kunt u globaal schatten hoeveel personen doorgaans aan dit overleg deelnemen?

.... (geschat aantal personen)

38. Kunt u een indicatie geven van de onderwerpen die in het afgelopen jaar behandeld zijn in het overleg in de regio?

- vergoedingen/financiën
- bij- en nascholing
- P.R.
- automatisering
- protocollen, richtlijnen, standaarden
- intercollegiale (kwaliteits)toetsing
- registratie van patiëntgegevens
- registratie van behandelgegevens
- samenwerking met andere disciplines
- samenwerking met verwijzers
- casuïstiek
- hulpmiddelen
- anders, namelijk

39. Zou de regiogroep een functie kunnen vervullen bij het verspreiden en implementeren van het kwaliteitsbeleid van de vereniging?

- nee
- waarschijnlijk niet
- waarschijnlijk wel
- gebeurt reeds

40. Heeft u daar suggesties voor?

.....
.....

Deze pagina is bestemd voor uw opmerkingen of aanvullingen

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst

BIJLAGE 2: Samenstelling van de beroepsgroepen volgens het Brancherapport Paramedische Beroepen (bron: Rijken e.a., 1996)

Samenstelling beroepsgroepen

	D %	E %	F %	L %	M %	C %	Md %	O %	P %	R %
Geslacht										
Man	2	8	51	7	2	6	4	1	27	21
Vrouw	98	92	49	93	98	94	96	99	73	79
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Werkzaam										
Vrijgevestigd	14	3	52	35	9	85	13	0	87	0
Dienstverband	86	97	48	65	91	15	98	100	13	100
Totaal ¹	100	100	100	100	100	100	111	100	100	100

¹ Meer dan 100% omdat iemand op meerdere plaatsen werkzaam kan zijn.

BIJLAGE 3: Typering van de respondenten

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)
	N=65 %	N=76 %	N=151 %	N=117 %	N=52 %	N=76 %	N=66 %	N=154 %	N=59 %	N=93 %	%
Geslacht											
Man	2,5	14,5	62,2	4,3	0,0	7,9	4,5	1,9	27,1	39,8	16,4
Vrouw	97,5	85,5	37,1	95,7	98,1	89,5	95,5	98,1	71,2	58,1	82,7
Missing	-	-	0,7	-	1,9	2,6	-	-	1,7	2,1	0,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Werkzaam											
Vrijgevestigd	13,8	7,9	57,6	59,0	21,2	94,7	95,5	4,5	98,3	0,0	45,3
Dienstverband	95,4	100	48,3	62,4	88,5	10,5	9,1	95,5	8,5	97,8	61,5
Missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	-
Totaal ¹	109,2	107,9	105,9	121,4	109,7	105,2	104,6	100	106,8	100	106,8
Uren											
1-8	3,1	1,3	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	1,1
9-16	4,6	6,6	2,0	10,2	15,4	7,9	7,6	19,5	1,7	1,1	7,6
17-24	21,5	14,5	7,3	21,4	17,3	23,7	24,2	31,2	6,8	6,4	17,4
25-32	30,8	47,4	13,9	40,2	19,3	31,6	36,4	20,1	27,1	17,2	28,4
33-40	40,0	26,3	48,3	26,5	38,5	30,0	27,3	26,0	23,7	68,8	35,5
> 40	0,0	2,6	27,2	1,7	3,8	3,9	3,0	0,0	37,3	4,3	8,4
Missing	-	1,3	1,4	-	1,9	3,9	1,5	-	3,4	2,2	1,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aantal collega's²											
1	21,5	14,5	6,0	35,9	26,9	19,7	24,2	24,7	61,0	0,0	23,5
2-5	38,5	32,9	44,4	54,7	46,2	72,4	65,2	71,4	28,8	1,1	45,6
6-10	27,7	30,3	27,1	7,7	15,4	2,6	1,5	2,6	0,0	8,5	12,3
> 10	12,3	19,7	20,5	0,0	9,6	1,3	3,0	0,0	0,0	83,9	15,0
Missing	-	2,6	2,0	1,7	1,9	4,0	6,1	1,3	10,2	6,5	3,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Meer dan 100% omdat iemand op meerdere plaatsen werkzaam kan zijn.

² Inclusief geënquêteerde

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podothérapeuten

R = Radiologisch laboranten

BIJLAGE 4

Top tien voordelen landelijke uniformering van verslaglegging van patiënt- en behandelgegevens (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)	%
Toptien												
1 Duidelijkheid, structuur		2	2	1	1	1	1	1	1			25,8
2 Uniformiteit	2	1	1	2	2	3	2			1		22,5
3 Continuïteit	1			3	3		3	2	3			17,0
4 Wetenschappelijk onderzoek	3	2	3			2	3				3	15,8
5 Samenwerking								3	2	2		11,7
6 Verbetering kwaliteit, controle												8,0
7 Tijdsbesparing, efficiëntie												5,1
8 Profilering												3,6
9 Vakinhoudelijke verdieping												3,1
10 Verzekeraars, financiers												1,9

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënist

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

Top tien voordelen landelijke uniformering van geautomatiseerde registratie van patiënt- en behandelgegevens (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)	%
Toptien												
1 Wetenschappelijk onderzoek	1	1	2	2		1	1					18,0
2 Duidelijkheid, structuur			3	1	1	2	1	1				16,0
3 Uniformiteit	3	2	1		2		3		2	2		15,9
4 Tijdsbesparing, efficiëntie	1	3		3	2	3					3	13,0
5 Samenwerking								2	1	1		11,1
6 Continuïteit								3	2			9,3
7 Verbetering kwaliteit, controle												4,5
8 Profilering												2,1
9 Vakinhoudelijke verdieping												1,8
10 Verzekeraars, financiers												1,4

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënist

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

BIJLAGE 5: Top tien voordelen landelijke uniforme richtlijnen, standaarden en protocollen (top drie per beroepsgroep)

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)
Toptien											%
1 Uniformiteit	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	27,8
2 Duidelijkheid, structuur	2	2	1	3	3	2	3	2	1	2	19,5
3 Verbetering kwaliteit, controle		2	3	2	2	3	1	3		3	16,2
4 Wetenschappelijk onderzoek			3						3		8,1
5 Continuïteit											4,4
5 Samenwerking											4,4
7 Patiënt	3										3,6
8 Profilering											3,4
9 Tijdsbesparing, efficiëntie											3,2
10 Vakinhoudelijke verdieping											3,1

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

**BIJLAGE 6: Top tien voordelen intercollegiale (kwaliteits)toetsing
(top drie per beroepsgroep)**

	D	E	F	L	M	C	Md	O	P	R	Totaal (gewogen)	%
Toptien												
1 Verbetering kwaliteit, controle	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	43,4	
2 Uniformiteit	2	2		3	3			2	3	2	11,2	
3 Deskundigheid			2	3	2	2	2				11,0	
4 Attitude	3	3		3		3	2		3	3	10,8	
5 Vakinhoudelijke verdieping				2				3	3		8,7	
6 Duidelijkheid, structuur				3					2		7,7	
7 Samenwerking			2								7,6	
8 Wetenschappelijk onderzoek											2,2	
9 Continuïteit											1,6	
10 Motivatie											1,5	

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënisten

C = Oefentherapeuten-Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

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.

Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten

Deelrapport 2: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)

Auteurs: E.M.Sluijs, J.Dekker

Utrecht: NIVEL, 1997, 66 pag., fl. 14,00

Dit rapport beschrijft de ervaringen van ruim 600 paramedici met intercollegiale toetsing. Zij vertegenwoordigen de Ergotherapeuten, Diëtisten, Fysiotherapeuten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten-Mensendieck, Radiodiagnostisch Laboranten en Radiotherapeutisch Laboranten. Hun ervaringen laten zien dat intercollegiale toetsing een niet geringe (tijds)investering vraagt maar tal van concrete verbeteringen oplevert. Intercollegiale toetsing blijkt tot meer uniformiteit in de beroepsgroep te leiden.

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.