

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg

Evaluatie intercollegiale toetsing en het IOFSM

Cindy Veenhof
Gaby van Dijk
Marinda Dorgelo
Marion Biermans
Marieke Plas
Els van den Ende

Utrecht, mei 2001



bibliotheek
dreeharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nivel - Postbus 1568- 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-2729700

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

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie intercollegiale toetsing en het IOF /
C. Veenhof, G. van Dijk, M. Dorgelo, M. Biermans, M. Plas, E. van den Ende
Utrecht: Nivel
Met lit.opg.
ISBN: 90-6905-525-2
Trefw.: Kwaliteit, programma-evaluatie, intercollegiale toetsing, paramedici.

© Nivel – Utrecht 2001

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

Voorwoord

Dit rapport bevat de evaluatie van het thema 'Intercollegiale toetsing' dat in het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ) werd uitgevoerd. Binnen dit thema is ook het IOF geëvalueerd. Aan dit thema werkten acht paramedische beroepsgroepen mee:

- diëtisten;
- ergotherapeuten;
- fysiotherapeuten;
- logopedisten;
- mondhygiënisten;
- oefentherapeuten Cesar;
- oefentherapeuten-Mensendieck;
- radiologisch laboranten.

Het Kwaliteitsinstituut van de Gezondheidszorg/CBO heeft in samenwerking met deze acht paramedische beroepsgroepen de projecten uitgevoerd.

In het BKPZ-programma zijn ruim zeventig kwaliteitsprojecten uitgevoerd voor de tien paramedische beroepsgroepen met het doel om hen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het BKPZ-programma is uitgevoerd onder auspiciën van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad).

Het evaluatie-onderzoek van dit programma wordt uitgevoerd door het Nivel.

Wij zijn alle betrokken paramedici en projectleiders van het Kwaliteitsinstituut van de Gezondheidszorg/CBO zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de interviews en schriftelijke vragenlijsten die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden.

Utrecht, mei 2001.

Inhoudsopgave

1	Inleiding en methoden	7
1.1	Inleiding	7
1.2	Het BKPZ-programma	8
1.3	Evaluatie van het BKPZ-programma	9
1.4	Intercollegiale toetsing	10
1.5	Methoden	11
1.5.1	Documentanalyse	11
1.5.2	Interviews met werkgroepleden en projectleiders	11
1.5.3	Vragenlijsten	11
1.5.4	Interviews met leden van toetsingsgroepen	12
1.6	Opbouw van het rapport	12
2	Intercollegiale toetsing	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Intercollegiale toetsing	16
2.3	Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie	19
3	De ontwikkeling van intercollegiale toetsing	21
3.1	Uitvoering van de projecten	21
3.2	Evaluatie van de uitvoering van de projecten	22
3.2.1	Samenstelling van de werkgroepen	22
3.2.2	Plan van aanpak	23
3.2.3	Mee- en tegenvallers	25
3.2.4	Streefdoelen	26
4	Het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders	31
4.1	Inleiding	31
4.2	Beschrijving van de respondenten	31
4.3	Waardering van het scholingsprogramma	35
4.4	Effectiviteit van het scholingsprogramma	37

4.5	Suggesties voor verbetering	38
5	Ervaringen van interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing	39
5.1	Samenstelling van de toetsingsgroepen	39
5.2	Begeleiding door mentor	40
5.3	Toetsingsonderwerpen	41
5.4	Voor- en nadelen van toetsing	42
5.4.1	De tijdsbesteding	42
5.4.2	Effecten van toetsing	43
5.4.3	Voor- en nadelen	44
5.5	Continuering van intercollegiale toetsing	46
6	Ervaringen van toetsingsleden met intercollegiale toetsing	47
6.1	Inleiding	47
6.2	Algemene gegevens van de toetsingsgroepen	47
6.3	Fasen van de toetsingscyclus	48
6.3.1	Keuze van het onderwerp	48
6.3.2	Analyseren	49
6.3.3	Ontwerpen van criteria	49
6.3.4	Resultaten van toetsing	50
6.3.5	Borging	51
6.4	Waardering van toetsing	51
7	Scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren	53
7.1	Inleiding	53
7.2	Beschrijving van de respondenten	53
7.3	Waardering van het scholingsprogramma	55
7.4	Effectiviteit van het scholingsprogramma	57
7.5	Suggesties voor verbetering	58
8	Intercollegiaal overleg fysiotherapie: ervaringen van IOF-coördinatoren	61
8.1	Werkzaamheden van IOF-coördinatoren	61
8.1.1	Aantal IOF's en tijdsbesteding	61
8.1.2	Contacten van IOF-coördinatoren met gespreksleiders van IOF's	61
8.1.3	Contacten van IOF-coördinatoren met IOF-leden	62
8.1.4	Overige contacten in het kader van functie van IOF-coördinator	62
8.1.5	Activiteiten van IOF-coördinatoren	63
8.2	Effectiviteit van IOF-coördinator	63

9	Intercollegiaal overleg fysiotherapie: ervaringen van IOF-leden	65
9.1	Beschrijvingen van de respondenten	65
9.1.1	Algemene aspecten	65
9.1.2	Motieven voor lidmaatschap IOF	66
9.2	Functioneren van IOF	67
9.2.1	Samenstelling van het IOF	67
9.2.2	Activiteiten van IOF	67
9.2.3	Rol van IOF-coördinator	68
9.2.4	Bevorderende en belemmerende factoren	69
9.3	Attitude ten aanzien van het IOF	70
9.4	Voor- en nadelen van het IOF	71
9.4.1	Tijdsbesteding	71
9.4.2	Kosten van deelname IOF	71
9.4.3	Effectiviteit van het IOF	71
9.5	Suggesties voor verbetering	72
10	Samenvatting en beschouwing	73
10.1	De ontwikkeling van intercollegiale toetsing en het IOF	73
10.1.1	Inleiding	73
10.1.2	Uitvoering volgens plan	74
10.1.3	Streefdoelen	74
10.1.4	Toereikendheid van het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders	74
10.1.5	Ervaringen van interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing	75
10.1.6	Ervaringen van leden van de toetsingsgroepen met intercollegiale toetsing	75
10.1.7	Toereikendheid van het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren	76
10.1.8	Ervaringen van IOF-coördinatoren met het IOF	77
10.1.9	Ervaringen van IOF-leden met het IOF	77
	Beschouwing	78
	Literatuur	81
	Bijlagen	83
	Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma	85
	Bijlage 2: Vragenlijst werkgroepleden	89
	Bijlage 3: Interviewchecklist projectleiders	99
	Bijlage 4: Vragenlijst interne procesbegeleiders	101
	Bijlage 5: Vragenlijst IOF-coördinatoren	113
	Bijlage 6: Vragenlijst IOF-leden	123
	Bijlage 7: Interviewschema intercollegiale toetsing	133

1 Inleiding en methoden

1.1 Inleiding

Om de kwaliteit van het handelen van paramedici te verbeteren kunnen tal van activiteiten ondernomen worden, zoals na- en bijscholing, het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden, het goed registreren van de eigen behandeling, deelnemen aan intercollegiale toetsing, visitatie en het beschikbaar hebben van een klachtenprocedure. Deze activiteiten kunnen samengevat worden onder de term 'kwaliteitsbeleid' (Dekker, 1997). In het programma Bevordering Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (BKPZ) worden door de tien paramedische beroepsgroepen kwaliteitsprojecten uitgevoerd, die onder acht thema's vallen. Deze projecten worden door het Nivel geëvalueerd.

Dit rapport bevat de evaluatie van het thema 'intercollegiale toetsing'. Aan dit thema hebben acht paramedische beroepsgroepen meegewerkt: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten.

Intercollegiale toetsing is een methode voor systematische kwaliteitsbevordering. Het doel is de zorg voortdurend te verbeteren, meer uniformiteit in de beroepsuitoefening aan te brengen en onderling van elkaar te leren. Concreet houdt het in dat er toetsingsgroepen van collega's worden samengesteld die systematisch en volgens een bepaalde methode een onderwerp toetsen. Na keuze van een onderwerp wordt bekeken wat, met betrekking tot dat onderwerp, criteria van goede zorg zijn. Vervolgens wordt vastgelegd (getoetst) hoe de huidige zorg is. Bij verschillen tussen de huidige zorg en de criteria van goede zorg worden veranderingen gepland en ingevoerd. Tenslotte wordt met een hertoetsing nagegaan of de veranderingen het beoogde effect hebben. De toetsingsgroepen worden begeleid door *interne procesbegeleiders*, die overigens ook zelf aan de toetsing deelnemen.¹ Deze interne procesbegeleiders zijn door het CBO opgeleid.

Door één beroepsgroep, namelijk de fysiotherapeuten, wordt het thema intercollegiale toetsing op een andere wijze ingevuld. De fysiotherapeuten richten zich volledig op het 'Intercollegiale Overleg Fysiotherapie (IOF)'. Een IOF is veel omvattender dan intercollegiale toetsing. Een IOF is een overleg van een groep fysiotherapeuten die met elkaar in gesprek zijn over het vak. Intercollegiale toetsing is één van de methoden die tijdens het IOF toegepast kan worden. Daarnaast kunnen andere activiteiten uitgevoerd worden zoals het bespreken van richtlijnen of casuïstiek. Een IOF is vrij in het kiezen van activiteiten en/of onderwerpen.

1 Voor de begeleiders van toetsingsgroepen worden per beroepsgroep verschillende benamingen gehanteerd, zoals interne toetsingsbegeleider, interne procesbegeleider en gespreksleider. In dit rapport wordt de term interne procesbegeleider gebruikt vanwege de uniformiteit.

1.2 Het BKPZ-programma

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

Ook de wetgeving is een belangrijke stimulans voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid (Timmermans e.a., 1994). In de wetgeving staat de zelfregulering in de gezondheidszorg binnen wettelijke kaders centraal. Zorgaanbieders hebben de verplichting om de kwaliteit van de door hen verleende zorg zichtbaar en toetsbaar te maken. Eerder was op de Leidschendamconferenties afgesproken dat de aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen ontwikkelen en invoeren. Deze afspraak is bekrachtigd in de wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen waar aanbieders van zorg verantwoordelijk worden gesteld voor een “systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg” (Ministerie van VWS, 1992, 1994).

De kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepsgroepen zijn in een versneld tempo tot ontwikkeling gekomen dankzij subsidies van het Ministerie van VWS en van het College voor Zorgverzekeringen (voorheen de Ziekenfondsraad). Deze subsidies maakten het mogelijk twee omvangrijke kwaliteitsprogramma's uit te voeren. Het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (OKPZ) werd uitgevoerd in de periode 1994-1996.² Het tweede (vervolg) programma getiteld 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg', kortweg BKPZ-programma is medio 1997 gestart en wordt medio 2000 afgerond. In 2001 zal nog een derde kwaliteitsprogramma starten, het programma 'Implementatie Kwaliteit Paramedische Zorg' (IKPZ).

Binnen het BKPZ-programma waren de beroepsgroepen vrij in het kiezen van kwaliteitsinstrumenten of activiteiten die zij binnen dit programma wilden ontwikkelen. Afhankelijk van kwaliteitsinstrumenten die al beschikbaar waren en het kwaliteitsbeleid van de afzonderlijke beroepsgroepen hebben beroepsgroepen verschillende keuzes gemaakt ten aanzien van de in het BKPZ-programma te ontwikkelen instrumenten. Bij aanvang van het BKPZ-programma zijn 56 kwaliteitsprojecten opgezet. Deze zijn globaal gericht op acht verschillende thema's:

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

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

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

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

² Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ); Deelrapporten 1 t/m 4. Utrecht, Nivel 1997.

1.3 Evaluatie van het bkpz-programma

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

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

- nulmeting;
- tussentijdse evaluatie;
- evaluatie van de projecten, onderverdeeld in acht thema's;
- eindevaluatie.

Nulmeting

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

Van de 56 in het BKPZ-programma uit te voeren projecten konden 216 concrete streefdoelen worden geformuleerd. Deze streefdoelen vormen de maatlat waaraan het welslagen van het programma kan worden afgemeten aan het einde van het programma.

Tussentijds evaluatie

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

Evaluatie van de projecten

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

De evaluaties van de projecten worden per thema gepresenteerd. Op deze manier verschijnen er acht rapporten, over acht verschillende thema's. Het huidige rapport bevat de evaluatie van het thema 'intercollegiale toetsing'.

Eindmeting

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

1.4 Intercollegiale toetsing

De meeste beroepsgroepen beschikten bij aanvang van het BKPZ-programma reeds over een methode voor intercollegiale kwaliteitstoetsing. Enige uitzondering hierop zijn de logopedisten, waarvoor nog een methode voor kwaliteitstoetsing moest worden ontwikkeld. Voor de overige beroepsgroepen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. In de projecten ligt dan ook het accent op het opleiden van veel nieuwe toetsingsbegeleiders en mentoren, allen met de taak om toetsingsgroepen te begeleiden of kwaliteitsprojecten op te zetten. Op die wijze ontstaat als het ware een nieuw 'kwaliteitskader' in een beroepsgroep dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten. Met dit kwaliteitskader ontstaat op den duur ook een goede infrastructuur voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of standaarden.

De opbouw van deze infrastructuur verloopt bij drie beroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck) in een versneld tempo omdat daarvoor buiten het BKPZ-programma aparte subsidies ter beschikking zijn gesteld. Het gaat hier om de zogenaamde WFO-gelden (WFO= Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie). De extra middelen zijn toegekend voor het opbouwen van een infrastructuur (bestaande uit lokale groepen paramedici) en de aanstelling van kwaliteitscoördinatoren en kwaliteitsfunctionarissen die ervoor moeten zorgen dat deze groepen adequaat functioneren. De fysiotherapeuten hebben gekozen om het thema intercollegiale toetsing in het BKPZ-programma anders in te vullen.³ Binnen het BKPZ-programma worden de IOF-coördinatoren opgeleid. Deze IOF-coördinatoren begeleiden verschillende groepen paramedici (zogenaamde IOF's).

Bij aanvang van de projecten binnen het thema 'intercollegiale toetsing' is door het Nivel geïnventariseerd wat het plan van aanpak was en welke streefdoelen de beroepsverenigingen hadden gesteld. Voor de evaluatie van de projecten is nagegaan in hoeverre het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald. Tevens is de effectiviteit van het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders en IOF-coördinatoren onderzocht. Bij interne procesbegeleiders en IOF-coördinatoren is nagegaan hoe zij het scholingsprogramma waarderen en in welke mate zij -na afloop van het scholingsprogramma- nog ondersteuning nodig hebben van het CBO. De interne procesbegeleiders en IOF-coördinatoren hebben in het BKPZ-programma toetsingsgroepen en IOF's begeleid. De ervaringen van interne procesbegeleiders en IOF-coördinatoren in het begeleiden van groepen is geïnventariseerd. Het succes van intercollegiale toetsing en het IOF zal uiteindelijk afhangen van de mate waarin leden van toetsingsgroepen en IOF's voordelen zien van deelname aan deze groepen. Daarom is bij leden van toetsingsgroepen en IOF's hun ervaringen met intercollegiale toetsing, respectievelijk het IOF onderzocht. Deze evaluatie beoogt de volgende vraagstellingen te beantwoorden:

Zijn de projecten volgens plan uitgevoerd?

Zijn de streefdoelen gehaald?

Is het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders toereikend?

Wat zijn de ervaringen van de interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing?

Wat zijn de ervaringen van leden van toetsingsgroepen met intercollegiale toetsing?

Is het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren toereikend?

Wat zijn de ervaringen van IOF-coördinatoren met het begeleiden van IOF's?

Wat zijn de ervaringen van IOF-leden met het IOF?

³ Ook voor de fysiotherapie is reeds -buiten de subsidies van de OKPZ-programma en BKPZ-programma's om- een methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld.

1.5 Methoden

Om de bovengenoemde vragen te beantwoorden is in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende methoden. Allereerst is er gebruik gemaakt van documentanalyse van de binnen intercollegiale toetsing ontwikkelde producten. Tevens hebben er interviews plaatsgevonden met werkgroepleden en projectleiders van het CBO. Tevens zijn interviews afgenomen bij deelnemers van toetsingsgroepen. Verder zijn verschillende vragenlijsten verstuurd naar de begeleiders van intercollegiale toetsingsgroepen (de interne procesbegeleiders), naar de IOF-coördinatoren en naar fysiotherapeuten.

1.5.1 Documentanalyse

Voor de acht paramedische beroepsgroepen die deelnamen aan het thema 'intercollegiale toetsing' zijn verschillende producten ontwikkeld. Zo is er voor elk van deze beroepsgroepen een training ontwikkeld. Het varieert per beroepsgroep of deze training ontwikkeld is voor de interne procesbegeleiders, de toetsingsgroepen zelf, de mentoren of de IOF-coördinatoren.

Met behulp van documentanalyse van de ontwikkelde producten is in dit rapport een korte beschrijving gegeven van de methode intercollegiale toetsing en van de instrumenten die tijdens een IOF gebruikt kunnen worden.

1.5.2 Interviews met werkgroepleden en projectleiders

Om de voortgang van de projecten te onderzoeken (vraagstelling 1) hebben telefonische interviews plaatsgevonden met de vertegenwoordigers van de werkgroepen van zes paramedische beroepsgroepen. Voor twee beroepsgroepen, namelijk de oefentherapeuten-Cesar en de fysiotherapeuten, was in het kader van dit project geen werkgroep opgericht. Daarnaast zijn er face-to-face interviews gehouden met de projectleiders van het CBO die verantwoordelijk waren voor het project. De interviews vonden plaats na afronding van het project.

Voor de telefonische interviews met de werkgroepleden is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld (bijlage 2); deze vragenlijst diende voorafgaand aan het interview te worden ingevuld. Tijdens het interview werd een toelichting gevraagd op de gegeven antwoorden en werden de open vragen doorgenomen. Ten behoeve van de interviews met de projectleiders is een interview-checklist opgesteld (bijlage 3). In de vragenlijsten en de checklist kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

Projectplanning: zijn de projecten uitgevoerd volgens de vooraf opgestelde projectplannen?
Realisering van de doelen: Welke doelen zijn gerealiseerd en welke worden naar verwachting nog gerealiseerd? Zijn de doelen tussentijds bijgesteld en zo ja, wat was daarvan de reden?
Verloop van de projecten: Hoe is de uitvoering van de projecten verlopen volgens de visie van de paramedici en de projectleiders van het CBO. Welke mee- en tegenvallers hebben zich hierbij voorgedaan?

Het realiseren van de streefdoelen, vraagstelling 2 van deze evaluatie, is eveneens door middel van interviews onderzocht. Voor de beantwoording van deze vraagstelling is tevens gebruik gemaakt van gegevens voortgekomen uit de eindevaluatie van het BKPZ-programma.

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

1.5.3 Vragenlijsten

Interne procesbegeleiders

Ter beantwoording van vraagstellingen 3 en 4 zijn er vragenlijsten gestuurd naar interne procesbegeleiders, interne toetsingsbegeleiders en gespreksleiders die in het kader van het

BKPZ-programma zijn opgeleid (bijlage 4). In deze vragenlijst is gevraagd naar de waardering van het scholingsprogramma, naar de mate waarin ze de functie als interne procesbegeleider zelfstandig kunnen uitvoeren, naar de gepercipieerde effecten van intercollegiale toetsing, naar de voordelen en nadelen van intercollegiale toetsing en naar de toekomst van de toetsingsgroep. In totaal zijn er 440 vragenlijsten verstuurd naar alle begeleiders van toetsingsgroepen die in het kader van BKPZ-programma zijn opgeleid, de adressen zijn verkregen van het CBO. De vragenlijsten zijn verstuurd in augustus 2000. De respons en de resultaten worden beschreven in hoofdstuk 4 en 5.

IOF-coördinatoren

Naar alle 120 IOF-coördinatoren opgeleid door het CBO in het kader van het BKPZ-programma is een vragenlijst verstuurd. De adressen zijn verkregen van het CBO. In de vragenlijst is gevraagd naar de waardering van het scholingsprogramma, naar de mate waarin IOF-coördinatoren in staat zijn om IOF's zelfstandig te begeleiden en naar de ervaringen met het begeleiden van IOF's (bijlage 5). De vragenlijsten zijn verstuurd in augustus 2000. De respons en de resultaten worden beschreven in hoofdstuk 7 en 8. De gegevens verkregen uit deze vragenlijsten zijn gebruikt om de vraagstellingen 6 en 7 te beantwoorden.

IOF-leden

Om inzicht te krijgen in het functioneren van het IOF is een derde vragenlijst verstuurd naar een representatieve steekproef van 400 fysiotherapeuten. De steekproef is getrokken uit het registratiebestand van het Nivel van fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijns. De vragenlijst ging in op onderwerpen zoals de mate waarin fysiotherapeuten deelnemen aan IOF's, de samenstelling en activiteiten van een IOF en de mening over het IOF (bijlage 6). De respons en de resultaten worden beschreven in hoofdstuk 9. De gegevens verkregen uit deze vragenlijsten zijn gebruikt om vraagstelling 8 te beantwoorden.

1.5.4 Interviews met leden van toetsingsgroepen

Ter beantwoording van vraagstelling 5 zijn aanvullend interviews (bijlage 7) afgenomen met acht toetsingsgroepen, afkomstig uit 7 beroepsgroepen, namelijk diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mond-hygiënisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten. Van zes paramedische disciplines is één toetsingsgroep geïnterviewd, van de discipline mondhygiëne zijn twee toetsingsgroepen geïnterviewd. Bij de mondhygiënisten is een tweede toetsingsgroep geïnterviewd omdat de eerste groep vroegtijdig is gestopt met intercollegiale toetsing. De interviews werden afgenomen bij twee leden van een toetsingsgroep. Voorwaarde hierbij was dat ze geen interne procesbegeleider van de toetsingsgroep waren. De toetsingsgroepen zijn in overleg met het CBO geselecteerd. Hierbij is gestreefd om groepen te selecteren die hun toetsingsstudie een half jaar voor het interview hadden afgerond.

Tijdens het interview is gevraagd hoe de verschillende fasen van het toetsingsproces zijn verlopen, in welke mate nog steeds wordt gewerkt volgens de criteria die binnen de toetsingsgroep zijn opgesteld, wat de gepercipieerde effecten van de toetsing zijn en welke plannen er zijn voor continuering.

1.6 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk twee wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelde producten. In hoofdstuk drie is beschreven hoe de voortgang van projecten is verlopen. Daarbij wordt gekeken of het plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gerealiseerd. In hoofdstuk vier wordt aandacht besteed aan het scholingsprogramma voor interne proces begeleiders. De ervaringen van interne procesbegeleiders met interne toetsing worden besproken in hoofdstuk

vijf. In hoofdstuk zes wordt het functioneren van toetsingsgroepen geïllustreerd aan de hand van de resultaten van interviews met toetsingsgroepen. In hoofdstuk zeven komt vervolgens de evaluatie van het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren aan de orde. De ervaringen met het deelnemen aan een IOF van IOF-leden en IOF-coördinatoren worden beschreven in hoofdstuk acht en negen. Hoofdstuk tien ten slotte bevat de samenvatting en conclusies.

2 Intercollegiale toetsing

In dit hoofdstuk worden intercollegiale toetsing en het IOF nader toegelicht. In de eerste paragraaf wordt een omschrijving gegeven van de gehanteerde begrippen.

2.1 Inleiding

Op intercollegiale toetsing of kwaliteitstoetsing ligt een zwaar accent in het BKPZ-programma. De belangrijkste doelen van intercollegiale toetsing zijn het realiseren van continue kwaliteitsverbetering en meer uniformiteit in de beroepsuitoefening. Zoals eerder vermeld beschikten de meeste beroepsgroepen (diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten) reeds over een eigen methode voor kwaliteitstoetsing; bij hen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. Alleen het project voor de logopedisten betreft de ontwikkeling van kwaliteitstoetsing omdat voor de logopedisten nog geen toetsingsmethode was ontwikkeld. De orthoptisten en podotherapeuten nemen niet deel aan het project intercollegiale toetsing en hebben binnen het BKPZ-programma gekozen voor een andere vorm van kwaliteitstoetsing.

De fysiotherapeuten volgen binnen het project intercollegiale toetsing een afwijkend traject dat gedeeltelijk buiten het BKPZ-programma om wordt gefinancierd. Dit betreft het opbouwen van een infrastructuur bestaande uit lokale groepen fysiotherapeuten (Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF)).

Het CBO verzorgt de scholing van de begeleiders van toetsingsgroepen en van de coördinatoren van de IOF's. Voor een goed begrip van de CBO-activiteiten volgt hier eerst een omschrijving van de gebruikte begrippen.

<i>Toetsingsgroep</i>	Een toetsingsgroep is samengesteld uit collega's uit een beroepsgroep
<i>Interne toetsingsbegeleider</i> ⁴	ITB-er is een collega die de toetsingsgroep begeleidt.
<i>Interne procesbegeleider</i>	IPB-er idem
<i>Gespreksleider</i>	Gespreksleider idem
<i>Mentor</i>	Een mentor begeleidt een aantal ITB-ers c.q. IPB-ers. Een mentor houdt zich alleen met toetsing bezig.
<i>Kwaliteitscoördinator</i>	Een kwaliteitscoördinator is breder opgeleid en begeleidt een aantal lokale groepen bij al hun kwaliteitsactiviteiten (dus ook bijvoorbeeld de implementatie van richtlijnen). Deze kwaliteitscoördinatoren worden ook genoemd: IOF-coördinatoren in de fysiotherapie (= Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie) respectievelijk IOC- en IOM-coördinatoren bij de oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck.

⁴ Enkele beroepsgroepen gebruiken de term Interne Procesbegeleider in plaats van Interne Toetsingsbegeleider en de term Kwaliteitstoetsing in plaats van Intercollegiale Toetsing. Inhoudelijk is er geen verschil. In plaats van toetsingprojecten wordt ook wel gesproken van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten. Inhoudelijk is er geen verschil

Kwaliteitsfunctionarissen

Dit zijn all-round kwaliteitsdeskundigen. Zij vormen de top van de 'kwaliteits-infrastructuur'. In de fysiotherapie worden zes kwaliteitsfunctionarissen opgeleid. Zij vormen regionale steunpunten. Oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck hebben elk één landelijke kwaliteitsfunctionaris.

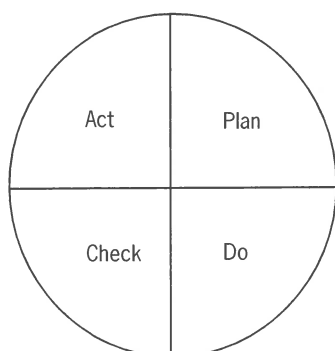
De opleiding van kwaliteitscoördinatoren en kwaliteitsfunctionarissen vindt alleen plaats voor de fysiotherapeuten en de oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Voor deze drie beroepsgroepen wordt een infrastructuur 'kwaliteit' opgezet, vanuit de WFO-gelden (dus buiten het BKPZ-programma). Hiertoe worden in de gehele beroepsgroep lokale groepen gevormd van ongeveer 15 fysiotherapeuten of oefentherapeuten. Deze groepen gaan kwaliteitsactiviteiten uitvoeren, begeleid door kwaliteitscoördinatoren. De opleiding van de IOF-coördinatoren valt, in tegenstelling tot de opleiding van de IOC- en IOM-coördinatoren en de kwaliteitsfunctionarissen, binnen het BKPZ-programma.

Om meer inzicht te krijgen in de concrete activiteiten die tijdens intercollegiale toetsing worden ondernomen en om het verschil tussen intercollegiale toetsing en het IOF te illustreren zullen deze twee trajecten in dit hoofdstuk nader worden toegelicht. In paragraaf 2.2 komt de methode intercollegiale toetsing aan de orde. In paragraaf 2.3 worden de werkzaamheden tijdens het IOF toegelicht.

2.2 Intercollegiale toetsing

Bij intercollegiale toetsing gaat het erom de in de praktijk verleende zorg te vergelijken met vooraf opgestelde criteria van goede zorg, gevolgd door het aanbrengen van veranderingen die systematisch worden geëvalueerd. Toetsing vindt plaats door groepen van collega's die begeleid worden door interne procesbegeleiders c.q. interne toetsingsbegeleiders. Deze worden op hun beurt begeleid door mentoren of kwaliteitscoördinatoren. De toetsingsgroepen zijn vrij in het kiezen van een onderwerp en zij stellen zelf de criteria voor goede zorg vast (Sluijs & Evers, 1997).

In de gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden van intercollegiale toetsing. In deze methoden is steeds een aantal elementen te herkennen. Deze elementen komen in grote lijnen overeen met de stappen van de kwaliteitscyclus van Deming (figuur 1). De kwaliteitscirkel start met het vaststellen van wat goede zorg is (plan), vervolgens wordt de zorg uitgevoerd volgens de criteria (do) en geregistreerd, zodat kan worden nagegaan (check) of de zorg inderdaad volgens de criteria is geleverd. De uitkomst van de vergelijking bepaalt of en welke actie ondernomen moet worden (act).

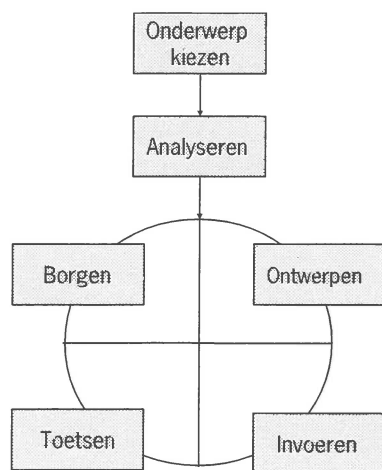


Figuur 1: Cyclus van Deming

De elementen van intercollegiale toetsing zijn:

1. Het vaststellen van criteria van goede zorg (kwaliteitseisen).
 2. Het vastleggen van de feitelijke beroepsuitoefening.
 3. Het vergelijken van de geregistreerde gegevens met de geformuleerde kwaliteitseisen (toetsen in enge zin).
 4. Het bij gebleken verschillen tussen de kwaliteitseisen en de feitelijke beroepsuitoefening plannen en invoeren van veranderingen.
 5. Het via een hertoetsing nagaan of de veranderingen het beoogde effect hebben gehad.
- Op deze wijze ontstaat een kwaliteitscirkel, waarbij naast kwaliteitsverbetering ook aandacht wordt besteed aan kwaliteitsbewaking (Sluijs e.a., 1997b).

Het CBO heeft in het kader van het project intercollegiale toetsing een toetsingsmodel ontwikkeld voor paramedische beroepsbeoefenaren. Dit toetsingsmodel staat weergegeven in figuur 2 en bestaat uit zes fasen.



Figuur 2: Het toetsingsmodel

De fasen van het toetsingsmodel worden door het CBO als volgt beschreven:

Fase 1: Onderwerp kiezen

De eerste fase van de toetsingsmethode is het kiezen van een onderwerp voor toetsing. Dit begint met het inventariseren van onderwerpen die mogelijk geschikt zijn voor toetsing. De centrale vraag die hierbij gesteld wordt, is waar men kansen ziet om de resultaten van de zorgverlening te verbeteren. Er wordt gekeken bij welke doelgroepen en/of professionele activiteiten er verbetermogelijkheden liggen. Dat wil zeggen dat men kijkt naar onderdelen van de zorg die onvoldoende of ongewenste resultaten opleveren. Vervolgens wordt beoordeeld of het onderwerp geschikt is voor toetsing. De geschiktheid van een onderwerp wordt bepaald door de relevantie van het onderwerp, het verwachte rendement van de toetsing en het appél dat het onderwerp doet op de leden van de toetsingsgroep. De groep inventariseert de ideeën over mogelijke onderwerpen en kiest vervolgens het meest geschikte onderwerp.

Fase 2: Analyseren

De tweede fase begint met het vaststellen van de resultaten van de huidige zorgverlening. Dit gebeurt door een kort onderzoek in de praktijk (nul-meting). De groep toetst de ideeën over het onderwerp aan de feiten en stelt vervolgens vast wat men van de huidige resultaten vindt. Hierdoor wordt meteen de omvang van de gewenste verbetering duidelijk en kan later worden nagegaan of deze verbetering daadwerkelijk gerealiseerd is. Vervolgens wordt de huidige werkwijze ten aanzien van het gekozen onderwerp besproken. Dit gebeurt door het uitwisselen van ervaringen. Op deze manier probeert de groep in kaart te brengen hoe het

komt dat de gewenste resultaten op dit moment niet worden gehaald. Knelpunten kunnen liggen in het proces of in de organisatie rondom het proces. Tenslotte wordt bekeken welke aanknopingspunten er nu gevonden zijn om de resultaten te verbeteren.

Fase 3: Ontwerpen

In de derde fase worden allereerst de concrete resultaten die de groep wil bereiken beschreven: de groep formuleert het doel van de toetsing. Vervolgens worden afspraken gemaakt over de gewenste werkwijze, die nodig is om het doel te bereiken. De gemaakte afspraken moeten concreet, begrijpelijk, haalbaar en meetbaar zijn. Dit helpt de groepsleden om de plannen in de praktijk uit te voeren en er kan later worden nagegaan of de beoogde verbetering ook daadwerkelijk is gerealiseerd. Vervolgens denkt de groep na over wat het invoeren van de gemaakte afspraken in de praktijk betekent.

Fase 4: Invoeren

In deze fase worden de gemaakte afspraken uit fase 3 ingevoerd en worden gegevens over de praktijk geregistreerd. In individuele en/of groepsplannen wordt vastgelegd op welke wijze de veranderingen geïmplementeerd gaan worden. De verzamelde gegevens moeten inzicht geven in de mate waarin de gewenste verbeteringen daadwerkelijk zijn doorgevoerd en de mate waarin de gewenste resultaten behaald worden. De keuze van het onderwerp, het doel en de inhoud van de verbeterplannen bepalen welke manier van registeren het meest geschikt is.

Fase 5: Toetsen

Het is belangrijk om via toetsing vast te stellen of de verbeterde aanpak daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering in de zorg: worden er nu betere resultaten geboekt? Tijdens de toetsingsfase worden de verzamelde gegevens uit de praktijk vergeleken met de gewenste resultaten. Discrepancies tussen de beoogde en werkelijk behaalde resultaten maken het aanbrengen van verdere verbeteringen in het handelen noodzakelijk.

Fase 6: Borgen

Deze laatste fase is essentieel in de kwaliteitszorg. Wanneer de gewenste resultaten zijn behaald worden afspraken gemaakt, die noodzakelijk zijn voor blijvende verbetering van de zorg. Door voortdurend bij te houden of de gewenste resultaten nog steeds worden behaald, wordt voorkomen dat de leden van de groep op termijn terugvallen in oude routines.

Vanuit eerdere ervaringen met intercollegiale toetsing zijn gegevens bekend over de gepercipieerde effecten van intercollegiale toetsing. Zo bleek uit het draagvlakonderzoek van Sluijs e.a. (1997c) dat 50% van de responderende fysiotherapeuten intercollegiale toetsing zeer relevant vindt. Als grootste voordeel van intercollegiale toetsing werd de verbetering van kwaliteit en controle op de kwaliteit genoemd. Andere belangrijke voordelen die de fysiotherapeuten aangaven betreft de uniformiteit in de behandeling en deskundigheidsbevordering. Uit onderzoek van Sluijs en Bik (1996) onder ergotherapeuten blijkt dat volgens tweederde van de ergotherapeuten toetsing heeft geleid tot meer uniformiteit in handelen. De helft van de ergotherapeuten meldt onder meer dat men methodischer is gaan werken, dat men meer inzicht heeft in het eigen handelen en dat concrete verbeteringen zijn aangebracht. Bij de diëtisten kwamen vergelijkbare resultaten naar voren (Sluijs & Evers, 1997). Uit onderzoek met huisartsen bleek dat intercollegiale toetsing beter werd gewaardeerd dan andere methoden voor kwaliteitsverbetering. Ook bleek dat intercollegiale toetsing in meer verandering resulteerde dan andere methoden zoals visitatie (van den Hombergh, 1998).

Voorwaarde bij intercollegiale toetsing is wel dat paramedici gemotiveerd zijn om aan toetsingsgroepen deel te nemen. Volgens Grol e.a. (1995) is het bij het motiveren van deelnemers om aan een toetsingsgroep deel te nemen belangrijk dat ze de volgende voordelen zien:

- 1 Betere en meer effectieve patiëntenzorg.
- 2 Meer inzicht in eigen handelen en behoeften.
- 3 Meer informatie over hoe men om kan gaan met bepaalde problemen in de praktijk.
- 4 Meer en beter contact met collega's.
- 5 Betere verantwoordelijkheid naar anderen toe, zoals de overheid, beroepsbeoefenaars en patiënten.
- 6 Persoonlijk leren en verbetering door intercollegiale toetsing.

2.3 Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie

Het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF) wordt gezien als motor van het kwaliteitsprogramma van de fysiotherapeuten. Een IOF is een overleg van een groep fysiotherapeuten (10 tot 15 personen) die met elkaar in gesprek zijn over het vak, buiten de muren van de eigen praktijk of instelling. In principe is de groep gemengd. Dat wil zeggen dat zowel fysiotherapeuten uit de eerste lijn, de tweede lijn als verbijzonderde fysiotherapeuten in één groep kunnen zitten. Er kunnen regionale verschillen zijn in de samenstelling van de groepen. Het is in ieder geval noodzakelijk dat een IOF bestaat uit deelnemers van verschillende praktijken en afdelingen. Deelnemers zijn vrij in de keuze van onderwerpen die ze in het IOF willen bespreken. Belangrijk is dat de onderwerpen zodanig gekozen worden dat alle deelnemers zich betrokken voelen bij de activiteiten van het IOF (Bloten e.a., 1999).

In het IOF wordt de kwaliteitscirkel doorlopen die in figuur 1 was weergegeven: plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen. Om de deelnemende fysiotherapeuten goed te begeleiden in het systematisch toepassen van de kwaliteitscirkel zijn instrumenten ontwikkeld. Deze worden ook wel kwaliteitsdeelsystemen genoemd. Voorbeelden hiervan zijn intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekbespreking of het systematisch bespreken van richtlijnen. Deze kwaliteitsdeelsystemen worden hieronder besproken (van der Wees, 1999). Het doel van deze deelsystemen is het professioneel handelen van de individuele deelnemers te verbeteren of te bewaken.

Intervisie

Intervisie is een kwaliteitsbewakend en -bevorderend instrument waarmee een groep hulpverleners om beurten en op voet van gelijkheid het functioneren als hulpverlener ter discussie stelt aan de hand van een ingebrachte casus. Het is de bedoeling dat de hulpverlener van andere deelnemers feedback krijgt over zijn of haar functioneren in de relatie tot de cliënt en op deze manier advies kan vragen aan collegae over een specifiek probleem.

Richtlijnen bespreken

Richtlijnen bespreken is een kwaliteitsbevorderende methode waarbij de deelnemers van het IOF leren van elkaar door het bespreken van de richtlijnen en door het spiegelen van het eigen handelen hieraan. De bespreking leidt tot het vaststellen van individuele en/of gezamenlijke verbeterpunten. Het daadwerkelijk invoeren van de benodigde verbeteringen is de verantwoordelijkheid van de individuele fysiotherapeut. De methode voorziet wel in een evaluatie of follow-up op een af te spreken termijn.

Van richtlijnen naar werkafspraken

De module 'van richtlijnen naar werkafspraken' bevat een systematiek, waarmee de deelnemers in het IOF (landelijke) richtlijnen kunnen omzetten in werkafspraken of 'protocollen'. In de afspraken/protocollen worden expliciete criteria van goede zorg vastgelegd. De IOF-leden verbinden zich ertoe te werken volgens de geformuleerde afspraken. Door registratie van (de resultaten van) het feitelijk handelen kan voortdurend worden gestuurd op het bereiken en handhaven van de gewenste kwaliteit van zorg.

Casuïstiek bespreken

Casuïstiek heeft als doel het professioneel handelen van de individuele deelnemer te verbeteren: deelnemers van het IOF leren van elkaar door het systematisch bespreken van een patiëntencasus op basis van expliciete criteria voor goede zorg. Als er geen expliciete criteria voor goede zorg voorhanden zijn, wordt gebruik gemaakt van aanwezige kennis en ervaring. Casuïstiek bespreken is een diagnostisch instrument, dat laat zien waar verbeteracties mogelijk zijn. Het daadwerkelijk invoeren van de benodigde verbeteringen is de verantwoordelijkheid van de individuele fysiotherapeut. De methode voorziet wel in een evaluatie of follow-up op een af te spreken termijn.

Recente inzichten in de dagelijkse praktijk

Deze speciaal voor IOF's ontwikkelde module bevat een systematiek, waarmee de deelnemers aan het IOF opgedane kennis (theorie) uit een cursus, studiedag of literatuurstudie kunnen vertalen naar de dagelijkse praktijk. Het daadwerkelijk invoeren van de benodigde verbeteringen is de verantwoordelijkheid van de individuele fysiotherapeut. De methode voorziet wel in een evaluatie of follow-up op een af te spreken termijn.

Korte verbeterprojecten

De module is gebaseerd op de methode van kwaliteitstoetsing en bevat een systematiek, waarmee de deelnemers aan het IOF korte, snelle verbetercycli kunnen doorlopen. Doelstelling is verbetering en bewaking van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening door te sturen op kritische punten in het fysiotherapeutisch zorgproces bij een specifieke patiëntencategorie. De IOF-leden toetsen het eigen handelen aan expliciete criteria voor goede zorg en brengen waar nodig verbeteringen in het zorgproces aan.

Voor een goed verloop van het IOF is adequate begeleiding nodig. Hiervoor zijn voor de zes regioclusters van de beroepsvereniging kwaliteitsfunctionarissen aangesteld die op hun beurt ongeveer 120 IOF-coördinatoren begeleiden. Een IOF-coördinator begeleidt gemiddeld zeven IOF's in hun activiteiten. Op deze manier is er een regionale en een lokale infrastructuur die de basis vormt voor het functioneren van IOF's (van der Wees, 1999).

3 De ontwikkeling van intercollegiale toetsing

In dit hoofdstuk staat de procesevaluatie centraal en wordt ingegaan op de ontwikkeling van intercollegiale toetsing en het IOF. Daarbij wordt antwoord gegeven op de vraagstelling 1: *zijn de projecten volgens plan verlopen?*, en vraagstelling 2: *zijn de streefdoelen behaald?*

3.1 Uitvoering van de projecten

Het CBO voert verschillende activiteiten uit in het kader van intercollegiale toetsing en het IOF. Deze activiteiten maken onderdeel uit van een continu traject van ontwikkeling, bijstelling en implementatie van de methode intercollegiale (kwaliteits)toetsing. Hierin zijn globaal drie fasen te onderscheiden, die verder zijn onder te verdelen in een aantal stappen. In schema 3.1 staat een overzicht van het type activiteiten dat door het CBO wordt uitgevoerd.

Tabel 3.1 Activiteiten van het CBO bij de ontwikkeling en implementatie van een methode voor intercollegiale toetsing

A. Ontwikkelingsfase

Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van:

- de basale methode voor (intercollegiale) kwaliteitstoetsing voor een beroepsgroep
- een scholingsprogramma voor de toetsingsgroepen
- een scholingsprogramma voor de interne toetsingsbegeleiders (ITB-ers of IPB-ers).
- een vervoltraining voor ITB-ers of IPB-ers

B. Bijstellingsfase

Verdere verfijning van de toetsingsmethode en experimentele verspreiding in de beroepsgroep.

Ontwikkelen, evalueren en bijstellen van:

- de toetsingsmethode (volgens het proces van de kwaliteitscyclus)
- diverse vormen van toetsing (aangepast aan specifieke situaties in een beroepsgroep)
- implementatie-strategieën

Trainer van:

- meer toetsingsgroepen
- meer interne toetsingsbegeleiders (ITB-ers of IPB-ers)
- vervoltraining van ITB-ers of IPB-ers

C. Brede verspreiding in hele beroepsgroep

Ontwikkelen, evalueren en bijstellen van:

- een scholingsprogramma voor mentoren

Voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck:

- een scholingsprogramma voor kwaliteitscoördinatoren

Type trainingen dat door het CBO ontwikkeld en gegeven wordt:

- trainen van toetsingsgroepen
 - trainen van interne toetsingsbegeleiders (ITB-ers of IPB-ers)
 - vervoltraining van interne toetsingsbegeleiders (ITB-ers of IPB-ers)
 - trainen van mentoren
 - trainen van kwaliteitscoördinatoren
 - trainen van kwaliteitsfunctionarissen
-

De ontwikkeling van een methode van intercollegiale toetsing loopt niet bij alle beroepsgroepen parallel. Bij aanvang van het BKPZ-programma beschikten de meeste beroepsgroepen (met uitzondering van de logopedisten) reeds over een methode voor intercollegiale toetsing. Wat betreft de fysiotherapeuten was de ontwikkeling van IOF-groepen nieuw en moest dit van het begin af aan worden opgezet. Er is hierbij een soortgelijk traject gevolgd van activiteiten als bij intercollegiale toetsing:

Schema 3.2 Activiteiten van het CBO bij de ontwikkeling en implementatie van het IOF

A. Ontwikkelings- en bijstellingsfase

Ontwikkelen, evalueren en aanpassen van

- instrumenten die een IOF kan toepassen
- trainingsprogramma voor IOF-coördinatoren in instrumenten en vaardigheden in de begeleiding van IOF's

B. Brede verspreiding in de beroepsgroep

- trainen en begeleiden van meer IOF-coördinatoren
- verdere verfijning van trainingsprogramma en instrumenten

Type trainingen

- training van IOF-coördinatoren
 - begeleiden van IOF-coördinatoren in intervisie-achtige setting
-

Per beroepsgroep zijn streefdoelen vastgesteld die bij aanvang van het BKPZ-programma geformuleerd zijn. In de interviews met de projectleiders en werkgroepleden is gevraagd naar de voortgang van de projecten. Hierbij is nagegaan of het vooraf opgestelde plan van aanpak is gevolgd en of de streefdoelen zijn gehaald. Deze gegevens zijn aangevuld met de gegevens verkregen uit de eindevaluatie.

3.2 Evaluatie van de uitvoering van de projecten

3.2.1 Samenstelling van de werkgroepen

Vijf van de acht beroepsgroepen hebben een werkgroep samengesteld voor het project intercollegiale toetsing, namelijk de diëtisten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de mondhygiënisten en de oefentherapeuten-Mensendieck. Drie beroepsgroepen hebben geen werkgroep ingesteld. De radiologisch laboranten hebben een commissie kwaliteit die de voortgang van alle kwaliteitsprojecten, inclusief intercollegiale toetsing, binnen BKPZ bewaakt. De fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar hebben geen werkgroep opgericht. Er is bij deze twee beroepsgroepen wel overleg tussen de beroepsvereniging en het CBO geweest. De samenstelling van de werkgroepen is bij de diëtisten, de mondhygiënisten en de oefentherapeuten-Mensendieck vlot verlopen, bij de ergotherapeuten en logopedisten was dit niet het geval. De werkgroep van de ergotherapeuten bestond aanvankelijk maar uit twee leden en sinds 1999 is er een derde lid bijgekomen. De voorkeur lag bij een bredere werkgroep met vertegenwoordigers uit alle werkvelden, dit is niet gelukt. De logopedisten moesten bij aanvang van het BKPZ-programma een werkgroep samenstellen, aangezien de logopedisten niet eerder met intercollegiale toetsing bezig waren geweest. De werving van werkgroepleden verliep moeizaam:

Projectleider CBO logopedisten: "De werving van de groepsleden was niet eenvoudig en heeft al met al een half jaar in beslag genomen. Er waren namelijk nog geen logopedisten met ervaring met toetsing omdat dit nog ontwikkeld moest worden. Als specifieke deskundigheid werd gezocht naar werkgroepleden die een functie zouden kunnen vervullen in netwerken en het opbouwen van een netwerkstructuur. Maar, er was nog weinig tot geen ervaring met netwerkvorming in de logopedie, dus er waren niet veel logopedisten die zich in staat voelden om daar invulling aan te geven."

Werkgroep logopedisten: "Wel heeft de samenstelling van de werkgroep lang geduurd en kostte het tijd voor de werkgroep om concreet op een rijtje te krijgen wat haar taak in het project intercollegiale toetsing was. Al werkende werd dit steeds duidelijker".

De meeste werkgroepen bestonden al sinds het OKPZ-programma. Dit was het geval bij de diëtisten, ergotherapeuten, mondhygiënist en oefentherapeuten-Mensendieck. Bij de diëtisten en mondhygiënist zijn alle leden van de werkgroep bij aanvang van het BKPZ-programma wel vervangen door nieuwe leden. Bij de mondhygiënist had dit consequenties voor het functioneren van de werkgroep, bij de diëtisten niet.

Projectleider CBO mondhygiënist: "Eind 1998 zijn de werkgroepleden vervangen door nieuwe leden. Het was vrij lastig dat alle leden in één keer vervangen zijn. De nieuwe leden hadden het idee dat ze opnieuw moesten beginnen en hebben veel moeite gehad met het overnemen van het project."

3.2.2 Plan van aanpak

Wat betreft de methode van intercollegiale toetsing is aan het begin van het BKPZ-programma een aantal wijzigingen doorgevoerd. De methode is hiermee praktischer en meer resultaatgericht gemaakt. Alle projectleiders van het CBO hebben deze wijzigingen in de projecten van de door hun begeleide beroepsgroepen meegenomen. Hierna zijn bij geen van de beroepsgroepen grote veranderingen doorgevoerd in de training of in de methode intercollegiale toetsing. Wel zijn er bij vrijwel alle beroepsgroepen accentverschuivingen geweest op basis van de informatie die tijdens evaluaties van trainingen naar voren kwam. Alle beroepsgroepen zijn binnen het budget dat voor het project beschikbaar was gebleven.

Het plan van aanpak zoals weergegeven in paragraaf 3.1 is in grote lijnen gevolgd. Niet alle werkgroepen herkenden het plan van aanpak zoals het is weergegeven. Regelmatig werd door hen aangegeven dat ze met een globaal plan zijn gestart wat gedurende het project verder is uitgewerkt. Bij een aantal beroepsgroepen zijn wijzigingen in het oorspronkelijke projectplan opgetreden. Dit had vaak te maken met het beperkte aantal aanmeldingen vanuit het werkveld. De belangrijkste wijzigingen staan hieronder per beroepsgroep weergegeven.

Diëtisten:

Er waren twee invoeringsprogramma's gepland voor ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Dit zijn er drie geworden. Tevens waren er vier verkorte programma's gepland, waarvan er twee zijn uitgevoerd. Deze wijzigingen zijn het gevolg van de aantallen aanmeldingen voor deelname aan de projecten/toetsingsgroepen. Het vervolgprogramma is tenslotte niet doorgegaan wegens te weinig animo.

Ergotherapeuten:

Wat betreft de ergotherapeuten zijn wijzigingen opgetreden in het plan van aanpak die voornamelijk veroorzaakt werden door het gebrek aan animo.

Het traject implementatie van standaarden is gewijzigd. De bedoeling was om hierin alleen de NVE-standaarden op te nemen. De ontwikkeling van deze standaarden was echter vertraagd, waardoor nu ook standaarden zijn opgenomen die niet van de NVE zijn maar wel landelijk geaccepteerd zijn. Verder was het standaardtraject bedoeld voor ervaren toetsers. De drie dagdelen scholing waren gericht op het bespreken van de aanpassingen in de toetsingsmethode, het uitwisselen van ervaringen en het bespreken van de voortgang van de eigen toetsingsstudies. Omdat er onvoldoende animo was bij ervaren toetsers mochten ook ergotherapeuten zonder toetsingservaring aan het standaardtraject deelnemen. Omdat niet ervaren toetsers de gehele toetsingsmethode nog moesten leren was de belasting voor hen groter. Voordeel is wel dat op deze manier meer mensen in aanraking zijn gekomen met intercollegiale toetsing.

Wat betreft het inhoudelijke gedeelte bleek de doelstelling van de extramurale groepen en van de regionale werkgroep niet overeen te komen met de doelstellingen van intercollegiale toetsing. In overleg met de werkgroep is besloten de training meer te richten op factoren als leren van elkaar en het bereiken van consensus.

Fysiotherapeuten

Gezien het afwijkende traject van de fysiotherapeuten, namelijk de ontwikkeling van het IOF in plaats van intercollegiale toetsing, is het plan van aanpak ook afwijkend geweest. Dit plan van aanpak is in overleg met het KNGF gemaakt, wat een jaar heeft geduurd. In dit plan was opgenomen dat IOF-coördinatoren geclusterd getraind zouden worden. Aangezien er zes kwaliteitsfunctionarissen zijn zouden de regio's (in totaal 24) die bij een bepaalde kwaliteitsfunctionaris horen bij de training aan elkaar gekoppeld worden, zodat de IOF-coördinatoren de andere IOF-coördinatoren uit de naaste regio's leerden kennen. Bovendien hoefde er dan maar één kwaliteitsfunctionaris op de training aanwezig te zijn. Dit is alleen bij de eerste twee clusters gelukt. De overige trainingsgroepen en terugkomdagen werden ingedeeld op basis van regio maar niet meer per cluster. Tijdens het project is het plan van aanpak op een aantal punten bijgesteld:

Projectleider CBO IOF: "Hiernaast zijn er nog een aantal wijzigingen opgetreden: er zijn meer IOF-coördinatoren opgeleid dan van te voren was verwacht, er zijn daardoor meer scholingsdagen georganiseerd; er zijn intake-gesprekken gedaan om per regio inzicht te krijgen in de oprichting van IOF's en er bleken twee inhoudelijke lijnen te onderscheiden (individueel leren en zorgsturing) waaraan de methodes aangepast moesten worden. Dit heeft meer werk opgeleverd dan verwacht. Om binnen het budget te blijven is een aantal bijstellingen gedaan".

Logopedisten:

Het plan van aanpak is in grote lijnen gevolgd. Er hebben wat bijstellingen in de training plaatsgevonden. Bovendien is er een traject meer uitgevoerd (drie in plaats van twee trajecten).

Mondhygiënist:

Het plan van aanpak is gevolgd. De enige afwijking betreft de opleiding van de mentoren. Aangezien er minder mentoren zijn opgeleid dan van te voren was gepland heeft het CBO een deel van de begeleidingstaken op zich genomen. Hiervoor in de plaats is een extra traject georganiseerd, een experimenteel traject gericht op leren van elkaar.

Oefentherapeuten Cesar:

Naast kleine innovaties in de trainingen is de grootste wijziging in het plan van aanpak dat er geen mentoren zijn opgeleid. Er konden hier niet voldoende deelnemers voor gevonden worden. Een deel van de taken van de mentoren is ondergebracht bij de kwaliteitscoördinatoren. De rest, met name begeleidende taken, is door het CBO uitgevoerd. Aangezien hierdoor binnen het budget ruimte kwam is er een extra traject voor intercollegiale toetsing en twee trajecten voor begeleiders van IOC-groepen (intercollegiaal overleg oefentherapeuten Cesar) uitgevoerd.

Oefentherapeuten-Mensendieck:

Een verschil dat is opgetreden met het plan van aanpak is de opleiding van de mentoren, er zijn minder mentoren opgeleid dan aanvankelijk gepland. Naast een paar kleine wijzigingen zijn verder geen veranderingen in het plan van aanpak gemaakt.

Projectleider CBO, oefentherapeuten-Mensendieck: "Voor de eerste acht toetsingsgroepen zijn mentoren opgeleid. Hierna is besloten dat de rol van mentoren zou komen te vervallen en gedeeltelijk zou worden overgenomen door de kwaliteitscoördinatoren. Ook de acht mentoren hebben deelgenomen aan de trainingen voor kwaliteitscoördinatoren. Een kwaliteitscoördinator heeft meer rollen en taken dan het mentorschap. De scholing voor kwaliteitscoördinatoren besteedt aandacht aan al deze rollen en taken. (De scholing van kwaliteitscoördinatoren viel buiten het

BKPZ). De taak van de mentor is gedeeltelijk door de kwaliteitscoördinatoren overgenomen en gedeeltelijk door het CBO opgevangen. Het CBO heeft de begeleiding van de gespreksleiders op zich genomen in de vorm van een helpdesk. Wat betreft de kwaliteitscoördinatoren kwam hun taak als mentor moeilijk van de grond waardoor het CBO veel op zich heeft genomen. De mentortak van de kwaliteitscoördinatoren moet in de toekomst meer vorm krijgen”.

Radiologisch laboranten:

Er zijn geen wijzigingen opgetreden in het plan van aanpak. Er is veel aandacht besteed aan de brede verspreiding van intercollegiale toetsing.

3.2.3 Mee- en tegenvallers

Over het algemeen is men tevreden over de resultaten die bereikt zijn. Vaak wordt als meevaller aangeduid dat, ondanks het feit dat het werven van deelnemers moeizaam verliep, de gestreefde aantallen zijn gehaald.

Projectleider CBO, diëtisten: “Een tegenvaller in het verloop van het project intercollegiale toetsing was de moeite die het kostte om de interne toetsingsbegeleiders te werven, ook al is het streefaantal wel gehaald. Dit is een punt van aandacht voor het vervolgtraject”.

Werkgroep oefentherapeuten-Mensendieck: “De grootste meevaller was het feit dat het doel dat van te voren gesteld was, namelijk dat per regio één of twee groepen waren die intercollegiale toetsing toepasten, gehaald werd. Dit was echt een meevaller, omdat ze gemerkt hadden dat de oefentherapeuten-Mensendieck moeilijk te motiveren waren. Ze hadden zelf niet gedacht dat ze dit doel zouden halen”.

Opvallend is dat het traject voor de mentoren voor vier beroepsgroepen niet verlopen is zoals gepland; bij de oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck is het traject mentoren gestopt en bij de ergotherapeuten en mondhygiënisten is onduidelijk wat het vervolg is. Slechts bij één beroepsgroep lijkt de functie van mentor redelijk van de grond te komen, namelijk bij de diëtisten.

Projectleider CBO, oefentherapeuten Cesar: “Er zijn geen mentoren opgeleid. Er konden hier niet voldoende deelnemers voor gevonden worden en daardoor is besloten een deel van de taken van de mentoren onder te brengen bij de kwaliteitscoördinatoren”. *Projectleider CBO, ergotherapeuten:* “De mentoren bij de ergotherapeuten hadden twee taken. Enerzijds het begeleiden van oude groepen, anderzijds het inventariseren van de regio. Alleen de laatste taak is uitgevoerd en resulteert in een telefonische lijst. Het is momenteel onduidelijk hoe het vervolg voor de mentoren is”.

Verder kwam bij verschillende beroepsgroepen naar voren dat het vervolg van het project gewaarborgd moet worden. Als voorbeelden worden genoemd dat het belangrijk is de mensen enthousiast te houden of krijgen om deel te nemen aan de training, de netwerkbijeenkomsten van de radiologisch laboranten moeten goed bezocht blijven en de toetsingsgroep moet na het afronden van één toetsingsonderwerp de activiteiten op het gebied van intercollegiale toetsing continueren.

Werkgroep radiologisch laboranten: “Het enige wat tegenvalt is de deelname aan de netwerkbijeenkomsten. Het blijkt dat veel interne procesbegeleiders een project uitvoeren en afronden maar dat de intercollegiale toetsing hierna niet wordt gecontinueerd. Bij de netwerkbijeenkomsten blijkt vervolgens dat er weinig nieuwe projecten worden gestart. Hiernaast krijgen ze vanuit de instellingen waar ze werken weinig gelegenheid om naar de netwerkbijeenkomsten te gaan. Dit heeft verschillende oorzaken zoals het arbeidstekort onder radiologisch laboranten, reorganisaties en fusies”.

3.2.4 Streefdoelen

Bij aanvang van het BKPZ-programma is met alle beroepsgroepen en het CBO overeenstemming bereikt over de streefdoelen van de projecten (Sluijs et al., 1998). In totaal zijn er 43 streefdoelen vastgesteld. In de interviews met de projectleiders van het CBO en de werkgroepleden, gehouden in juni en juli 2000, is nagegaan in hoeverre de streefdoelen zijn gerealiseerd. Tijdens de interviews met de vertegenwoordigers van de beroepsgroepen en de projectleiders van het CBO ten behoeve van de eindevaluatie van het BKPZ-programma zijn deze gegevens geactualiseerd.

De streefdoelen worden per beroepsgroep besproken.

Diëtisten

In schema 3.3. zijn de streefdoelen van de diëtisten weergegeven:

Schema 3.3 Streefdoelen diëtisten met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
7. 48 tot 72 nieuwe ITB'ers in diverse werkvelden; dit betekent 48 tot 72 nieuwe toetsingsgroepen.
 8. Een scholingsprogramma voor mentoren.
 9. Een participatiegraad in intercollegiale toetsing van 30% (circa 700 diëtisten).
 10. 14 tot 28 getrainde mentoren voor begeleiding van ITB'ers.
-

Alle streefdoelen van de diëtisten zijn gerealiseerd. De gestelde minimum-aantallen ITB'ers, mentoren en toetsingsgroepen zijn ruimschoots gehaald (zie ook schema 3.11).

Ergotherapeuten:

Schema 3.4 Streefdoelen ergotherapeuten met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. Een verkorte toetsingsmethode voor kleine afdelingen
 2. Een toetsingsmethode voor het toetsen van landelijke standaarden.
 3. Invoeringsprogramma voor inhoudelijke werkgroepen.
 4. Invoeringsprogramma voor transmurale groepen.
 5. Een scholingsprogramma voor mentoren.
 6. 8 tot 16 getrainde mentoren.
 7. Participatiegraad in intercollegiale toetsing van 35%.
 8. 30 nieuw getrainde ITB'ers.
-

Het geplande transmurale traject is bij gebrek aan transmuraal werkende ergotherapeuten niet doorgedaan, in plaats hiervan is een extramuraal traject uitgevoerd. Voor het traject inhoudelijke werkgroepen heeft slechts één landelijke werkgroep zich aangemeld. Naast deze landelijke werkgroep heeft één regionale werkgroep aan dit traject deelgenomen (doelstelling was vier landelijke werkgroepen). De uren die beschikbaar kwamen door het niet starten van een tweede traject zijn besteed aan verdere ondersteuning en scholing van de mentoren. Over de participatiegraad van ergotherapeuten aan intercollegiale toetsing zijn nog geen gegevens bekend. Het streefdoel om een participatiegraad van 35% te bereiken wordt daarom als gedeeltelijk gerealiseerd beschouwd. Alle streefdoelen zijn geheel of gedeeltelijk gerealiseerd.

Fysiotherapeuten:

Schema 3.5 Streefdoelen fysiotherapeuten met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. Een scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren.
 2. 120 getrainde IOF-coördinatoren.
 3. 800 actieve IOF's.
-

Alle streefdoelen zijn ruimschoots gerealiseerd (zie ook schema 3.11). Er zijn inmiddels 1.200 IOF's actief.

Logopedisten:

Schema 3.6 Streefdoelen logopedisten met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. Afgeronde toetsingscyclus in 16 kwaliteitskringen
 2. Methode van intercollegiale toetsing toegespitst op verschillende werkelden waarin LIS en de standaarden een centrale plaats innemen.
 3. Invoeringsprogramma intercollegiale toetsing.
 4. Casuïstiek, toegespitst op de beroepsgroep.
 5. Vervolgprogramma, gericht op het onderhouden van contacten met begeleiders.
 6. Plan voor vervolg gericht op verdere verspreiding van intercollegiale toetsing.
 7. Cursus en/of werkboek (voor begeleiders en deelnemers).
 8. Andere methodieken (zoals interview).
-

Voor de logopedisten zijn drie streefdoelen niet gerealiseerd:

Logopedisten: "Het tweede streefdoel zal naar verwachting in het IKPZ-programma en in het MJA-programma gerealiseerd worden. In de methode van intercollegiale toetsing die nu wordt toegepast worden met name de standaarden gebruikt. In de toekomst dient het LIS (Logopedie Informatie Systeem) een belangrijke rol te spelen bij toetsing."

Projectleider CBO, logopedisten: "Casuïstiek van de beroepsgroep staat momenteel nog op de agenda. Er moeten namelijk meer toetsingsvoorbeelden in het cursusboek opgenomen worden. Nu intercollegiale toetsing gebruikt wordt door logopedisten is er ook meer casuïstiek voorhanden".

Ook het vervolgprogramma voor ITB'ers is niet gerealiseerd. Daarbij moet worden aangetekend dat er meer interne toetsingsbegeleiders getraind en toetsingsgroepen zijn opgezet dan van tevoren was gepland (zie ook schema 3.11).

Mondhygiënist

Schema 3.7 Streefdoelen mondhygiënist met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
- 1.1 36 nieuw getrainde gespreksgroepsleiders; dit betekent 18 nieuwe gespreksgroepen.
 - 1.2 Vervoltraining voor de 32 bestaande gespreksgroepsleiders.
 - 1.3 Scholingsprogramma voor mentoren.
 - 1.4 20 getrainde mentoren.
 - 1.5 Een methode om resultaten van toetsing te gebruiken bij normontwikkeling en bij toetsing door andere gespreks-groepen.
 - 1.6 Participatiegraad in intercollegiale toetsing van 30%. (circa 500 mondhygiënist).
-

Niet alle streefdoelen zijn gerealiseerd; drie streefdoelen zijn gedeeltelijk gerealiseerd. Er zijn 35 gespreksgroepleiders opgeleid (streefdoel 36), en er zijn 6 mentoren getraind (streefdoel 20). Ongeveer 350 mondhygiënist-participanten nemen deel aan intercollegiale toetsing. Wat betreft de databank toetsingsstudies blijkt dat er, ondanks de inzet van de commissie, weinig toetsingsstudies worden ingestuurd. De mondhygiënist-participanten hebben in de loop van het BKPZ-programma nog extra streefdoelen gesteld: het ontwikkelen en testen van korte modules, waarvan één de casuïstiek van de beroepsgroep; deze streefdoelen zijn gerealiseerd.

Oefentherapeuten Cesar:

Schema 3.8 Streefdoelen oefentherapeuten Cesar met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. Een bijgestelde methode voor intercollegiale toetsing.
 2. Een bijgesteld scholingsprogramma voor IPB'ers.
 3. 12 nieuw geschoolde toetsingsgroepen.
 4. 24 nieuw geschoolde IPB'ers.
 5. 18 getrainde regiomentoren.
 6. Participatiegraad in intercollegiale toetsing van 20% (circa 147 oefentherapeuten).
 7. Een scholingsprogramma voor regiomentoren.
-

Bijna alle streefdoelen zijn gerealiseerd, op uitzondering van de streefdoelen met betrekking tot de mentoren. Deze twee streefdoelen zijn bijgesteld: zoals eerder vermeld zijn er geen mentoren opgeleid en is er geen scholingsprogramma voor mentoren ontwikkeld. Daarentegen zijn er meer begeleiders getraind en meer toetsingsgroepen samengesteld dan gepland.

Oefentherapeuten Cesar: "Het streefdoel om 18 regiomentoren te trainen is in overeenstemming met CVZ veranderd in het trainen van kwaliteitscoördinatoren; daarvan zijn er inmiddels 13 getraind. Daarmee samenhangend is het laatste streefdoel eveneens aangepast in het ontwikkelen van een scholingsprogramma voor kwaliteitscoördinatoren. Dit streefdoel is ten dele gerealiseerd en zal in het IKPZ-programma worden vervolgd."

Oefentherapeuten-Mensendieck:

Schema 3.9 Streefdoelen oefentherapeuten-Mensendieck met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. Een toetsingsmethode voor invoering van landelijke normen in toetsingsgroepen.
 2. 20 nieuw geschoolde toetsingsgroepen.
 3. 40 nieuw getrainde IPB'ers.
 4. 25-30% van de beroepsgroep is geschoold in toetsing (in totaal 34 groepen).
-

Alle streefdoelen zijn ruimschoots gerealiseerd (zie ook schema 3.11).

Radiologisch laboranten:

Schema 3.10 Streefdoelen radiologisch laboranten met betrekking tot intercollegiale toetsing

-
1. 48 nieuw getrainde IPB'ers.
 2. Netwerken van IPB'ers die periodiek bijeenkomen.
 3. Een databank met resultaten van verbeterprojecten.
 4. Het streefdoel van de radiologisch laboranten om een databank op te zetten met resultaten van verbeterprojecten voor landelijke verspreiding van resultaten van verbeterprojecten is niet gerealiseerd.
-

Radiologisch laboranten: “De databank zal niet meer binnen het BKPZ-programma gerealiseerd worden. Het aanleveren van data voor de databank verloopt moeizaam, onder andere vanwege de hoge werkdruk in het veld. Het streven is nu om de databank in het IKPZ-programma te realiseren.”

De overige streefdoelen zijn gehaald. Een vervolgscholing voor IPB'ers vindt plaats in de vorm van netwerkbijeenkomsten.

Totaal aantal streefdoelen

Samenvattend kan gesteld worden dat van de 43 streefdoelen voor het thema intercollegiale toetsing er 33 volledig gerealiseerd zijn en 6 gedeeltelijk. Drie streefdoelen van de logopedisten worden niet gerealiseerd, namelijk methode van intercollegiale toetsing toegespitst op verschillende werkvelden waarin LIS en de standaarden een centrale plaats innemen, casuïstiek toegespitst op de beroepsgroep en vervolgprogramma gericht op het onderhouden van contacten met begeleiders. Tevens wordt het streefdoel van de radiologisch laboranten, het opzetten van een databank met resultaten van verbeterprojecten, niet gerealiseerd. Voor diëtisten en fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck zijn alle elf gestelde streefdoelen gerealiseerd. Van de 21 streefdoelen van ergotherapeuten, mondhygiënisten en oefentherapeuten Cesar zijn er 15 geheel en 6 gedeeltelijk gerealiseerd. Daarbij dient aangetekend te worden dat gedurende het BKPZ-programma streefgetallen vaak ruimschoots zijn gehaald en dat in een aantal gevallen nieuwe streefdoelen zijn gesteld en gerealiseerd. In schema 3.11 wordt een overzicht gepresenteerd van het aantal eindproducten per beroepsgroep.

Schema 3.11 Eindproducten intercollegiale toetsing

Eindproducten	D	E	F	L	M	C	Md	R
Getrainde begeleiders	68	30	-	45	35	36	47	49 ¹
Nieuwe (toetsings)groepen	55	-	1.200	22	17	18	24	24
Getrainde mentoren/coördinatoren	23	8	132	-	5	13	8	-
Implementatieplan	-	-	-	1	-	-	-	-
Uitgeteste toetsingsmethode(s)	-	3	-	3	1	1	1	-
Invoeringsprogramma toetsing	-	3	-	1	-	-	-	-
Scholingsprogramma begeleiders	-	-	-	1	1	1	-	-
Scholingsprogramma mentoren/coörd.	1	1	1	-	1	-	-	-
Databank toetsingsstudies	-	-	-	-	1	-	-	-
Cursusboek	-	-	-	1	-	-	-	-

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

F = fysiotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

O = orthoptisten

P = podotherapeuten

R = radiologisch laboranten

¹ Zowel voor de radiodiagnostisch laboranten als voor de radiotherapeutisch laboranten is tevens een netwerk van interne procesbegeleiders opgezet.

4 Het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders. Daarbij wordt de vraagstelling 'Is het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders toereikend?' beantwoord. Het gaat hierbij om diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten. De beroepsgroep fysiotherapie heeft het thema intercollegiale toetsing op een andere wijze ingevuld. De evaluatie hiervan zal daarom in aparte hoofdstukken aan bod komen.

4.1 Inleiding

Intercollegiale toetsing is een methode voor (continue) systematische kwaliteitsverbetering. Het doel van de methode is de zorg voortdurend te verbeteren, meer uniformiteit in de beroepsuitoefening aan te brengen en onderling van elkaar te leren. Om invulling te geven aan deze doelen zijn toetsingsgroepen, bestaande uit collega's uit dezelfde beroepsgroep, samengesteld. De toetsingsgroepen worden begeleid door procesbegeleiders. Voor deze laatste functie worden per beroepsgroep verschillende benamingen gehanteerd. Voorbeelden zijn interne toetsingsbegeleider, interne procesbegeleider of gespreksleider. In dit hoofdstuk wordt de term interne procesbegeleider gebruikt. De scholing van deze procesbegeleiders wordt verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO). De procesbegeleiders worden begeleid door mentoren of kwaliteitscoördinatoren. In hun werkwijze volgen toetsingsgroepen de stappen van de kwaliteitscyclus, namelijk kiezen en analyseren van een toetsingsonderwerp, werkwijze vaststellen, gegevens verzamelen over eigen werkwijze, toetsen aan vastgestelde criteria en (zo nodig) bijstellen van eigen werkwijze.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de kenmerken van de respondenten en in de tweede paragraaf wordt ingegaan op de waardering van het scholingsprogramma. De daarop volgende paragrafen besteden respectievelijk aandacht aan de effectiviteit van het scholingsprogramma en suggesties voor verbetering.

4.2 Beschrijving van de respondenten

In totaal zijn 440 vragenlijsten (bijlage 4) verstuurd naar alle interne procesbegeleiders opgeleid in het BKPZ-programma. De adressen van deze personen zijn verstrekt door het CBO. Om de respondenten te herinneren de vragenlijst terug te zenden, zijn na circa een maand en nogmaals na circa een maand reminders verstuurd. Van de 440 vragenlijsten zijn 15 vragenlijsten ongeopend retour gezonden. Deze respondenten waren niet meer bereikbaar op dit adres en een nieuw adres was niet te achterhalen. 59 vragenlijsten zijn oningevuld teruggestuurd. Een belangrijke reden hiervoor was het feit dat respondenten aangaven geen interne procesbegeleider te zijn⁵. Verder is een aantal respondenten dubbel aangeschreven omdat zij

⁵ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat respondenten zich niet herkenden als begeleider van toetsingsgroepen. Zo is voor de ergotherapie gedurende het BKZP-programma de opzet van scholing veranderd; in plaats van de methode intercollegiale toetsing is een aantal modules aangereikt zoals intervisie, casuïstiekbespreking en het bespreken van richtlijnen.

twee keer in het adressenbestand van het CBO stonden. Dit brengt de uiteindelijke respons op 72%. De respons was het hoogst voor de logopedisten (86%) en het laagst voor de oefentherapeuten-Mensendieck (60%). Voor een schematische weergave van de respons zie tabel 1.

Tabel 4.1 Schematische weergave van het aantal verzonden vragenlijsten en de respons per beroepsgroep

	Bruto totaal	Netto totaal	Absolute respons	Percentuele respons
Diëtetiek	90	84	71	85%
Ergotherapie	112	70	48	69%
Logopedie	48	44	38	86%
Mondhygiënist	35	32	20	63%
Oefentherapeuten Cesar	51	45	28	62%
Oefentherapeuten-Mensendieck	58	50	30	60%
Radiologische laboranten	46	41	27	66%
Totaal	440	366	262	72%

Algemene aspecten

De totale groep respondenten bestaat voor 95% uit vrouwen (tabel 4.2). De gemiddelde leeftijd is 38 jaar (spreiding 22-61). Zij hebben gemiddeld 14 jaar werkervaring (spreiding 1-32) en 91% van de interne procesbegeleiders is lid van een beroepsvereniging. Duidelijk afwijkend van de totale groep zijn de radiologisch laboranten, waarvan 74% vrouw is en slechts 59% lid is van een beroepsvereniging. Een groot deel van de interne procesbegeleiders is werkzaam in een ziekenhuis (31%) of een vrijgevestigde praktijk (34%). Deze percentages verschillen echter sterk per beroepsgroep. Zo werkt 45% en 32% van de logopedisten in respectievelijk ziekenhuizen of het onderwijs. Ongeveer de helft van de mondhygiënist geeft aan ergens anders werkzaam te zijn dan de vooraf geformuleerde categorieën. Bijna alle oefentherapeuten-Mensendieck en oefentherapeuten Cesar, respectievelijk 90% en 96%, werken in een vrijgevestigde praktijk en 89% van de radiologisch laboranten werkt in een ziekenhuis.

Tabel 4.2 Kenmerken van de respondenten

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Geslacht (% vrouw)	99	96	97	100	93	97	74	95
Leeftijd (gem.)	40	37	39	35	37	36	37	38
Werkervaring (gem. aantal jaren)	15	12	17	11	14	12	13	14
Lid beroepsvereniging (%)	94	85	95	100	100	97	59	91
Werkzaam (%) *								
ziekenhuis	39	46	8	25	0	0	89	31
verpleeg- /verzorgingshuis	21	23	13	0	0	3	0	12
revalidatiecentrum	0	15	11	5	0	0	0	5
vrijgevestigde praktijk	20	0	45	15	96	90	0	34
thuiszorg / kruiswerk	30	0	0	0	0	13	0	10
onderwijs	3	2	32	0	4	7	0	7
bedrijfsleven	3	0	0	10	4	0	0	2
niet praktiserend	0	17	8	55	14	10	11	14
anders	7	17	8	55	14	10	11	14
Gegevens niet bekend	0	0	0	0	0	3	0	0,4

* Meerdere antwoorden mogelijk.

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Motivatie

In tabel 4.3 is te zien dat het merendeel van de diëtisten (69%), logopedisten (76%), mondhygiënist (60%) en oefentherapeuten Cesar (71%) geïnteresseerd is geraakt in intercollegiale toetsing via de beroepsvereniging. Bij ergotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck ligt dat anders. Van deze beroepsgroepen is een aanzienlijk deel van de interne procesbegeleiders ook via collega's geïnteresseerd geraakt. Binnen de groep van radiologisch laboranten blijkt de beroepsvereniging een veel kleinere rol te hebben gespeeld (22%) en is meer dan de helft van de respondenten geïnteresseerd geraakt via de werkplek. Voor de totale groep werd onder 'anders' onder andere aangegeven dat zij geïnteresseerd zijn geraakt via de regiogroep (n=6), via cursussen en scholing (n=4), omdat men werd gevraagd (n=4) of omdat het een onderdeel was van de functie die ze hadden (n=4).

Tabel 4.3 Manieren waarop respondenten geïnteresseerd zijn geraakt in intercollegiale toetsing, in percentages (N=262)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Geïnteresseerd geraakt via*:								
Beroepsvereniging	69	38	76	60	71	53	22	57
Oproep (vak)tijdschrift	34	19	18	35	43	63	30	41
Collega's	41	40	34	35	43	63	30	41
Werkplek	17	35	13	0	0	0	56	19
Anders	6	25	16	5	18	13	19	14

* Meerdere antwoorden mogelijk.

D = diëtisten

C = oefentherapeuten Cesar

E = ergotherapeuten

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

L = logopedisten

R = radiologisch laboranten

M = mondhygiënisten

Interesse in kwaliteitsbeleid is door ongeveer 40% van de diëtisten, logopedisten, en radiologisch laboranten genoemd als motivatie om interne procesbegeleider te worden. Een groot deel van de diëtisten geeft het hebben van een nieuwe uitdaging aan als motivatie. Persoonlijke ontwikkeling wordt daarentegen door een groot deel van de oefentherapeuten Cesar en de oefentherapeuten-Mensendieck aangegeven als motivatie. Daarnaast worden door alle beroepsgroepen veel andere motivatieredenen aangegeven, zoals 'omdat het leuk en interessant is' (n=23), 'omdat iemand het moest doen' (n=38), 'omdat het bij functie hoorde' (n=16), 'omdat men werd gevraagd' (n=13) en 'omdat het zinvol en nuttig werd geacht' (n=15).

Tabel 4.4 Motivatie om interne procesbegeleider te worden in percentages

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Motivatie* :								
Professionalisering	11	18	3	5	0	0	19	9
Interesse in kwaliteitsbeleid	39	24	37	5	4	13	41	27
Persoonlijke ontwikkeling	10	18	24	15	39	30	15	20
Ander soort werk, nieuwe uitdaging	37	8	21	10	18	17	22	22
Anders	73	74	74	95	75	87	44	74

* Meerdere antwoorden mogelijk.

D = diëtisten

C = oefentherapeuten Cesar

E = ergotherapeuten

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

L = logopedisten

R = radiologisch laboranten

M = mondhygiënisten

4.3 Waardering van het scholingsprogramma

Het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders bestaat gemiddeld uit 4,1 dagen; het scholingsprogramma van de logopedisten bestaat uit het minste aantal dagen, namelijk gemiddeld 2,8, en van de radiologisch laboranten uit het meeste aantal dagen, namelijk gemiddeld 7,0. Het merendeel van de interne procesbegeleiders is tevreden met de duur van het scholingsprogramma, 73% vindt dat het uit precies genoeg dagen bestaat. Dit beeld is voor alle beroepsgroepen ongeveer gelijk. Ongeveer driekwart van de respondenten heeft alle scholingsdagen gevolgd. Dit percentage varieert per beroepsgroep; 54% en 58% van respectievelijk de oefentherapeuten Cesar en de logopedisten hebben alle scholingsdagen gevolgd terwijl 90% van de mondhygiënisten alle scholingsdagen hebben gevolgd.

Tabel 4.5 Mening ten aanzien van het aantal scholingsdagen (percentage respondenten)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Te veel dagen	1	2	16	10	11	10	4	7
Precies genoeg dagen	80	65	63	80	82	73	70	73
Te weinig dagen	13	27	18	5	4	10	22	15
Ontbrekende gegevens	6	6	3	5	4	7	4	5

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Uit tabel 4.6 blijkt dat het scholingsprogramma op alle aspecten als voldoende beoordeeld is. Kleine verschillen in beoordeling van het scholingsprogramma zijn te vinden tussen de verschillende beroepsgroepen; de oefentherapeuten-Mensendieck beoordelen de aspecten van het scholingsprogramma niet boven een 7, terwijl de logopedisten alle aspecten boven een 7,5 beoordelen. De aspecten 'aansluiting op de praktijk' en 'de methode van intercollegiale toetsing' worden relatief het laagst gewaardeerd, met een 7,0. De respondenten die gebruik hebben gemaakt van de telefonische vraagbaak waarderen deze relatief hoog, met een 7,4. Ook het aspect 'verstreckte materialen' wordt relatief hoog gewaardeerd.

Tabel 4.6 Gemiddelde beoordeling van de aspecten van het scholingsprogramma verzorgd door het CBO

	D	E	L	M	C	Md	R	Totaal
Inhoud van de scholingsdagen(n=256)	7,5	7,2	7,7	7,0	7,1	6,6	7,3	7,3
Verstrekke materialen (n=254)	7,7	7,5	8,0	6,7	7,3	6,1	7,7	7,4
Telefonische vraagbaak (n=124)	7,1	7,7	8,0	10,0	7,2	6,9	7,0	7,4
Methode die voor intercollegiale toetsing wordt gehanteerd (n=245)	7,1	7,2	7,3	6,4	7,1	6,2	7,5	7,0
Aansluiting op de praktijk (n=239)	7,0	7,0	7,6	7,2	7,0	5,8	7,1	7,0
Overall waardering van gehele programma (n=253)	7,5	7,2	7,7	7,1	7,1	6,4	7,4	7,3

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Een aantal respondenten heeft de overall waardering van het gehele programma toegelicht.

Diëtisten

Het grootste deel van de diëtisten die de overall waardering hebben toegelicht, is positief. Zij vinden intercollegiale toetsing een goed opgezet programma, duidelijk en leerzaam. Ook de begeleiding is goed. Enkele diëtisten vinden dat het programma te veel tijd in beslag neemt.

Ergotherapeuten

Een aantal ergotherapeuten vindt het programma overzichtelijk, helder, goed verzorgd en het resultaat de moeite waard. Enkele andere ergotherapeuten vinden dat er meer diepgang moet plaatsvinden, de samenhang is niet altijd duidelijk en ook neemt het veel tijd in beslag.

Logopedisten

De logopedisten zijn overwegend positief ten aanzien van de waardering van het programma. Ze vinden intercollegiale toetsing een goede methode om naar het eigen handelen te kijken, leerzaam en de begeleiding vanuit het CBO is goed. Ook de logopedisten vinden dat intercollegiale toetsing wel veel tijd kost en zij missen een duidelijk vervolgtraject.

Mondhygiënisten

De mondhygiënisten vinden dat het programma goed georganiseerd is, leerzaam en dat ze duidelijke informatie krijgen. De begeleiding is ook goed. Enkele mondhygiënisten vinden dat het in de praktijk moeilijk uitvoerbaar is en dat het programma veel te complex is.

Oefentherapeuten Cesar

Een aantal oefentherapeuten Cesar geeft aan veel geleerd te hebben van het programma. Het is goed georganiseerd en het materiaal is duidelijk. Het programma zit theoretisch en praktisch gezien stevig in elkaar. Andere oefentherapeuten Cesar geven aan dat het programma tijdrovend en arbeidsintensief is en dat de praktische toepassing matig is.

Oefentherapeuten-Mensendieck

De oefentherapeuten-Mensendieck vinden de intercollegiale toetsing goed, de methode en de begeleiding is prima. De methode duurt echter wel erg lang. Een enkele oefentherapeut-Mensendieck geeft aan dat het onderwijs slecht is en dat de methode niet praktisch is.

Radiologisch laboranten

Een aantal radiologisch laboranten vindt het programma uitstekend, de inhoud is zeer goed en het is interessant en leerzaam. Een enkeling vindt dat er te weinig tijd is om daadwerkelijk iets met kwaliteitstoetsing te doen, dat de nazorg slecht is en dat het organisatorisch beter kan.

4.4 Effectiviteit van het scholingsprogramma

Het grootste deel van de interne procesbegeleiders, namelijk 86%, vindt dat zij voldoende geleerd heeft over de toetsingsmethode. Een vergelijkbaar percentage is van mening dat zij (waarschijnlijk wel) in staat is zelfstandig een toetsingsgroep te begeleiden. Slechts 5% acht zich daar niet toe in staat.

Een aanzienlijk deel van de respondenten, 35%, geeft aan geen ondersteuning van het CBO nodig te hebben. Het grootste deel denkt echter wel ondersteuning nodig te hebben met name op het gebied van analyseren, ontwerpen en het motiveren van de groep (zie paragraaf 2.2 voor een omschrijving van deze begrippen). Onder de categorie 'anders' wordt onder andere aangegeven ondersteuning bij problemen en calamiteiten (n=5) en algemeen als mogelijkheid tot feedback (n=4). Voor een overzicht van de toetsingsstappen waarvan wordt aangegeven dat ondersteuning noodzakelijk is, wordt verwezen naar tabel 4.7. Deze ondersteuning kan volgens de respondenten het beste plaatsvinden in de vorm van een helpdesk (36%), boven extra scholing of overleg. Opvallend is dat binnen de beroepsgroepen diëtisten, mondhygiënist en radiologisch laboranten ongeveer de helft aangeeft geen verdere ondersteuning van het CBO nodig te hebben

Tabel 4.7 Percentage interne procesbegeleiders dat aangeeft ondersteuning nodig te hebben op toetsing-stappen*

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Geen ondersteuning nodig	48	31	11	45	21	30	52	35
Onderwerp kiezen	7	6	34	10	14	23	4	13
Analyseren	18	21	47	10	39	20	22	25
Ontwerpen	10	15	34	10	32	20	15	18
Verbeteren / invoeren	9	23	16	10	7	13	0	10
Toetsen	6	6	18	5	0	23	4	9
Borgen	7	19	13	0	7	13	0	10
Toepassen toetsingsmethode	11	10	16	10	18	7	0	11
Begeleiden groep	10	13	47	5	4	23	7	16
Motiveren groep	7	15	29	40	11	13	11	16
Toepassen vergadertechnieken	10	4	18	0	7	13	4	9
Anders	0	8	0	5	0	0	7	3
Ontbrekende gegevens	0	8	0	5	0	0	7	3

* meerdere antwoorden mogelijk

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

4.5 Suggesties voor verbetering

De belangrijkste suggestie die wordt gegeven voor verbetering van het scholingsprogramma is verbetering van het materiaal. Daarbij wordt in het bijzonder aangegeven dat de informatie vooraf niet duidelijk was en dat het niet helder was wat er van de cursisten werd verwacht. Tevens wordt genoemd dat extra scholing, follow-up en terugkomdagen, indien juist ingevuld, bij kunnen dragen aan verbetering van het scholingsprogramma. Gedacht wordt aan bijvoorbeeld meer dagdelen en evaluatiegroepen. Door enkele respondenten wordt het aansluiten bij de praktijk en het toevoegen en uitbreiden van praktische vaardigheden en oefeningen aan het scholingsprogramma vermeld. Een kleine groep geeft suggesties op het gebied van de afronding (in het bijzonder meer duidelijkheid ten aanzien van het eindverslag). Een top 5 van suggesties is weergegeven in tabel 4.8.

Tabel 4.8 Top 5 van suggesties voor verbetering van het scholingsprogramma (n=133)

	Aantal
Verduidelijking en verbetering van het materiaal	30
Extra scholing, follow-up en terugkomdagen	23
Aan laten sluiten bij de praktijk	10
Praktische vaardigheden en oefeningen	9
Afronding	4

5 Ervaringen van interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing besproken. Allereerst komt de samenstelling van de toetsingsgroepen aan de orde, vervolgens de begeleiding door de mentor, de toetsingsonderwerpen en de voor- en nadelen van toetsing. Tot slot komt de continuering van intercollegiale toetsing aan bod.

5.1 Samenstelling van de toetsingsgroepen

Het merendeel van de respondenten (67%) is in 1998 of 1999 gestart met een toetsingsgroep. Het grootste deel van de respondenten (71%) heeft geen problemen ondervonden bij het vinden van leden voor de toetsingsgroep. Een toetsingsgroep bestaat gemiddeld uit negen personen (spreiding 3-26) en er hebben gemiddeld twee personen uit de toetsingsgroepen een scholing gevolgd in intercollegiale toetsing (spreiding 1-10). In meer dan de helft van de gevallen is de toetsingsgroep geformeerd vanuit de instelling of vanuit een bestaande regiogroep of overleggroep. De deelnemers aan de toetsingsgroep zijn in 71% van de gevallen afkomstig uit hetzelfde werkveld. In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de samenstelling van de toetsingsgroepen per beroepsgroep.

Tabel 5.1 Samenstelling van de toetsingsgroepen

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Aantal deelnemers (gem) (spreiding)	7 (3-18)	7 (3-25)	14 (7-26)	13 (8-17)	9 (6-14)	9 (4-14)	5 (3-10)	9 (3-26)
Aantal begeleiders (gem) (spreiding)	1 (1-3)	2 (1-9)	2 (2-3)	2 (1-3)	2 (2-3)	2 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-9)
Achtergrond (%):								
Vanuit de instelling of bestaand team	52	42	16	5	0	3	74	32
Bestaande regiogroep of overleggroep	32	19	45	5	54	43	0	30
Speciaal geformeerde regiogroep of werkgroep	7	2	26	50	42	33	11	20
Anders	9	10	13	30	11	17	7	12
Ontbrekende gegevens	0	31	0	10	0	3	7	8
Afkomstig uit zelfde werkveld (%)	89	58	71	5	86	83	70	71
Ontbrekende gegevens	0	33	0	5	0	10	4	8

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

5.2 Begeleiding door mentor

Alleen binnen de beroepsgroepen ergotherapie, diëtetiek en mondhygiënist zijn mentoren opgeleid. Binnen de ergotherapie wordt 6% van de interne procesbegeleiders begeleid door een mentor, binnen de diëtetiek en de mondhygiënist is dit respectievelijk 45% en 55%. Een deel van de diëtisten (18%) heeft soms contact met deze mentor. Van de mondhygiënist heeft 25% regelmatig contact met de mentor. 8% van de ergotherapeuten heeft regelmatig of soms contact met de mentor. Voor verdere gegevens zie tabel 5.2.

Tabel 5.2 De mate waarin de interne procesbegeleiders binnen de diëtetiek, ergotherapie en de mondhygiënist contact hebben met de mentor (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	M (n=20)
Heel frequent	1	0	0
Regelmatig	13	4	25
Soms	18	4	10
Bijna niet	10	0	10
Helemaal niet	3	0	10
Geen contact met mentor	55	92	45

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

M = mondhygiënist

Door de drie beroepsgroepen wordt een aantal activiteiten genoemd waarbij de mentor een rol heeft gespeeld. De meest genoemde activiteiten zijn: het kiezen van het onderwerp (n=16), het ondersteunen, begeleiden, vraagbaak (n=13) en analyseren (n=4).

5.3 Toetsingsonderwerpen

De toetsingsgroepen van de interne procesbegeleiders hebben gemiddeld 1,2 toetsingsonderwerpen afgerond. Tussen de beroepsgroepen bestaan enige verschillen, de mondhygiënist hebben gemiddeld 2,2 onderwerpen afgerond. In alle beroepsgroepen gaf het grootste deel van de respondenten aan dat het toetsingsonderwerp op het gebied van behandeling lag. Op het gebied van diagnostiek daarentegen zijn weinig toetsingsonderwerpen geweest. Onder 'anders' worden toetsingsonderwerpen op het gebied van informatieverstrekking (n=2), informatie verzamelen (n=2) en begeleiding van leerkrachten (n=2) aangegeven. Percentages voor de verschillende terreinen worden per beroepsgroep weergegeven in tabel 5.3

Tabel 5.3 Terrein waarop een toetsingscyclus is afgerond (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Behandeling	73	40	61	60	68	70	41	60
Registratie / verslag	28	23	18	25	11	30	19	23
Organisatie	10	10	11	10	7	10	26	12
Diagnostiek	0	4	8	10	7	7	4	5
Anders	6	0	18	0	11	7	7	7
Ontbrekende gegevens	10	42	0	35	0	7	7	15

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Binnen de totale groep blijkt dat 58% alle toetsingsonderwerpen heeft afgerond. Van de overige toetsingsgroepen is 24% nog bezig met de onderwerpen en enkele groepen hebben onderwerpen afgebroken (8%). Een belangrijke reden die wordt aangegeven voor het afbreken van de toetsingsonderwerpen is het ontbreken van draagvlak (n=5). Andere redenen die genoemd worden zijn bijvoorbeeld tijdgebrek (n=3), andere prioriteiten (n=2) en de omvang van het onderwerp (n=4). In tabel 5.4 wordt per beroepsgroep weergegeven hoeveel groepen de toetsingsonderwerpen hebben afgerond. Daarnaast zijn er ook groepen die nog bezig zijn met de toetsingsonderwerpen of die de onderwerpen hebben afgebroken.

Tabel 5.4 Stand van zaken tov het toetsingsonderwerp (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Alle onderwerpenafgerond	66	17	66	65	86	63	59	58
Niet alle onderwerpen afgerond; nog mee bezig	23	40	29	10	14	13	26	24
Niet alle onderwerpen afgerond	10	8	3	5	0	17	11	8
Ontbrekende gegevens	1	35	3	20	0	7	4	10

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Op het moment van de evaluatie is 32% van de toetsingsgroepen bezig met een of meerdere toetsingsonderwerpen. Bijna een kwart (n=35) van de groepen die op dit moment bezig zijn met een onderwerp heeft de eerste onderwerpen afgerond en is dus met een nieuw onderwerp gestart.

Bij 56% van de toetsingsgroepen zijn er concrete plannen om de afgeronde toetsingsonderwerpen in de toekomst regelmatig te evalueren. Dit laatste percentage varieert sterk per beroepsgroep, zo is 30% van de oefentherapeuten-Mensendieck van plan de onderwerpen in de toekomst te evalueren en 75% van de diëtisten.

5.4 Voor- en nadelen van toetsing

5.4.1 De tijdsbesteding

De interne procesbegeleiders zijn gemiddeld 17 maanden bezig met intercollegiale toetsing. Per maand besteden zij ongeveer 6 uur (spreiding 0-40) aan intercollegiale toetsing. Het grootste deel hiervan, namelijk 4 uur (spreiding 0-30) vindt plaats in vrije tijd. Het grootste deel van de respondenten (63%) is interne procesbegeleider geworden in 1998 of 1999 en is dus ook rond die tijd gestart met intercollegiale toetsing. De tijd die per beroepsgroep besteed wordt aan toetsing is in tabel 5.5 uitgezet.

Tabel 5.5 Gemiddelde tijd die per maand aan toetsing wordt besteed in uren

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)
Aantal maanden bezig	17	14	13	21	16	21	21
Tijd per maand (min.-max).	5 (0-18)	4 (0-19)	8 (2-18)	5 (1-12)	6 (1-12)	7 (1-20)	10 (2-40)
- vrije tijd (min.-max.)	2 (1-10)	1 (0-6)	6 (0-15)	5 (1-12)	6 (1-12)	7 (1-20)	3 (0-30)

D = diëtisten
E = ergotherapeuten
L = logopedisten
M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar
Md = oefentherapeuten-Mensendieck
R = radiologisch laboranten

5.4.2 Effecten van toetsing

Slechts 5% van de respondenten geeft aan dat intercollegiale toetsing, in het algemeen, niet heeft geleid tot concrete verbeteringen in eigen handelen. De overige respondenten geven aan dat de toetsing enigszins (39%) of zeker (50%) heeft geleid tot veranderingen in eigen handelen. Opvallende afwijkingen van voorgenoemde percentages bij de beroepsgroepen waren dat binnen de ergotherapie 10% aangaf dat toetsing niet tot veranderingen heeft geleid en dat bij de oefentherapeuten Cesar alle respondenten aangaven dat intercollegiale toetsing tot veranderingen in eigen handelen heeft geleid.

Aan de respondenten is gevraagd welke effecten van toetsing zij ervaren hebben. De belangrijkste effecten van toetsing blijken dat mensen hebben geleerd van elkaar, dat er meer zicht is op elkaars werkwijzen, meer inzicht is in eigen handelen en dat er concrete verbeteringen zijn aangebracht. Voor de diverse beroepsgroepen bestaan enige verschillen. Voor effecten van intercollegiale toetsing voor de totale groep en per beroepsgroep wordt verwezen naar tabel 5.6.

Tabel 5.6 Effecten van toetsing (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Geen effecten genoemd	1	23	0	20	0	7	11	8
Geleerd van elkaar	85	65	71	75	96	83	63	77
Meer inzicht in eigen handelen	90	63	71	55	79	73	44	72
Er zijn concrete verbeteringen aangebracht	86	54	87	60	54	70	70	71
Meer zicht op elkaars werkwijze	90	58	63	60	75	67	44	69
Meer uniformiteit in het handelen	74	67	90	60	57	50	52	67
Meer gestructureerd / methodisch werken	75	60	82	45	75	47	48	65
Kritischere / bewustere opstelling	63	52	63	65	71	57	52	60
Samenwerking / communicatie is verbeterd	38	40	45	35	50	40	48	42
Verbetering van resultaten van de behandeling	45	21	29	50	36	30	33	35
Effectiever vergaderen	18	15	24	40	54	40	19	26
Tijdwinst geboekt	10	21	13	15	7	7	15	13
Gemiddeld aantal effecten	6,8	5,2	6,4	5,7	6,6	5,7	4,9	6,0

D = diëtisten

C = oefentherapeuten Cesar

E = ergotherapeuten

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

L = logopedisten

R = radiologisch laboranten

M = mondhygiënisten

Het aantal genoemde effecten van toetsing is gemiddeld 6,0. De diëtisten hebben gemiddeld het meeste aantal effecten van toetsing aangegeven, namelijk 6,8 effecten; de radiologisch laboranten het minste aantal (4,9).

5.4.3 Voor- en nadelen

Aan de respondenten is, in een open vraag, gevraagd of er voordelen aan intercollegiale toetsing zijn verbonden. Ongeveer de helft van de respondenten (41%) geeft aan dat behalve de eerder genoemde effecten nog andere voordelen van intercollegiale toetsing bestaan. De belangrijkste zijn het uitwisselen van informatie (13%) en het samenwerken in een groep (13%). Een voorbeeld van een voordeel dat onder 'anders' wordt genoemd, is collega's beter leren kennen (n=7) en verbetering van kwaliteit (n=6). De voordelen worden weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7 Voordelen van intercollegiale toetsing (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Bewuster bezig	16	6	13	5	11	7	7	10
Plezier in het vak	4	0	3	15	0	0	4	3
Samenwerken in groep	17	10	13	30	11	0	7	13
Informatie uitwisselen	9	2	18	35	14	23	7	13
Profileren vak	1	4	0	0	0	0	0	1
Anders	35	21	21	10	11	13	19	22
Geen voordelen genoemd	35	68	53	35	61	60	67	57

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

In een gesloten vraag is vervolgens gevraagd of er ook nadelen zijn verbonden aan intercollegiale toetsing. Een groot deel (71%) geeft aan dat er ook nadelen zijn. Achttien procent heeft geen nadelen ondervonden aan intercollegiale toetsing en 11% heeft hierover geen mening. De belangrijkste nadelen van intercollegiale toetsing blijken de tijdsinvestering en het feit dat de hele cyclus lang duurt. Onder 'anders' worden nadelen genoemd als het gebrek aan motivatie (n=3) en wisselende of kleine groepen (n=3). De nadelen van intercollegiale toetsing worden weergegeven in tabel 5.8.

Tabel 5.8 Nadelen van intercollegiale toetsing (in percentages)*

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Tijdsinvestering	86	58	61	25	54	63	67	65
De gehele cyclus duurt lang	79	48	63	30	50	60	56	60
Toetsing is bedreigend	3	15	11	0	4	0	4	6
Methode is complex	21	15	5	30	46	57	11	24
Consensus bereiken is moeilijk	17	21	29	10	7	3	7	15
Het (moeten) veranderen van eigen werkwijze	10	6	8	0	14	3	4	7
Zich (moeten) aanpassen aan anderen	7	2	5	0	4	0	0	3
Van collega's valt weinig te leren	0	0	0	0	0	0	0	0
Anders	10	8	16	0	7	23	0	10

* Meerdere antwoorden mogelijk.

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënist

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

Ruim twee derde van de respondenten meent dat er meer voordelen zijn dan nadelen. Slechts 7% ziet meer nadelen. De balans tussen de voor- en nadelen zijn per beroepsgroep weergegeven in tabel 5.9. De interne procesbegeleiders afkomstig uit de beroepsgroepen ergotherapie en oefentherapie-Mensendieck oordelen het minst positief over intercollegiale toetsing. Slechts een kleine meerderheid ziet meer voordelen dan nadelen. De oefentherapeuten Cesar en de diëtisten oordelen het meest positief. Bijna 80% van de respondenten zien meer voordelen dan nadelen aan intercollegiale toetsing.

Tabel 5.9 Balans tussen de voor- en nadelen van intercollegiale toetsing (in percentages)

	D (n=71)	E (n=48)	L (n=38)	M (n=20)	C (n=28)	Md (n=30)	R (n=27)	Totaal (n=262)
Meer voordelen dan nadelen	79	54	68	75	79	53	67	68
Evenveel voordelen als nadelen	7	19	24	15	11	23	19	16
Meer nadelen dan voordelen	9	2	5	0	11	13	4	7
Geen mening	6	25	3	10	0	10	11	10

D = diëtisten

E = ergotherapeuten

L = logopedisten

M = mondhygiënisten

C = oefentherapeuten Cesar

Md = oefentherapeuten-Mensendieck

R = radiologisch laboranten

5.5 Continuering van intercollegiale toetsing

Het grootste deel van de interne procesbegeleiders (81%) verwacht dat de resultaten van intercollegiale toetsing in de toekomst gebruikt zullen worden. De beroepsgroepen die hier enigszins van afwijken met respectievelijk 75% en 60% zijn de oefentherapeuten Cesar en de oefentherapeuten-Mensendieck.

Slechts 3% van de totale groep interne procesbegeleiders is niet van plan door te gaan met intercollegiale toetsing, 40% twijfelt hier nog over. Meer dan helft van de respondenten, namelijk 53% denkt zeker door te gaan. Alleen de beroepsgroep van de radiologisch laboranten wijkt hier enigszins vanaf. Slechts 41% geeft aan zeker door te gaan met intercollegiale toetsing. Belangrijke motivatieredenen die worden gegeven zijn de verbetering van kwaliteit en het feit dat het zinvol is. Een enkele beroepsgroep (logopedisten, mondhygiënisten en radiologisch laboranten) geeft aan dat het leuk is en dat de motivatie van de groep meespeelt. Enkele andere redenen die door de totale groep worden gegeven om door te gaan met intercollegiale toetsing zijn bijvoorbeeld het feit dat het verplicht is of gaat worden (n=6) en dat er genoeg onderwerpen zijn die ervoor in aanmerking komen (n=5).

Het merendeel van de interne procesbegeleiders wordt door iemand gestimuleerd door te gaan met intercollegiale toetsing. Een uitzondering hierop vormen de mondhygiënisten, waarbij 45% van de respondenten aangeeft niet gestimuleerd te worden en de oefentherapeuten-Mensendieck waarbij alle interne procesbegeleiders gestimuleerd worden. De belangrijkste stimulerende personen zijn collega's (48%), de beroepsvereniging (29%) en het hoofd of de leiding van de afdeling (21%). Deze laatste groep wordt echter minder vaak genoemd door beroepsgroepen als logopedisten, mondhygiënisten en oefentherapeuten-Mensendieck. Door de radiologisch laboranten wordt de leiding van de afdelingen echter weer als een belangrijke stimulerende persoon gezien. Deze verschillen zijn waarschijnlijk het gevolg van de verschillende settings waarin de beroepsbeoefenaren werkzaam zijn. Andere stimulerende personen die door de totale groep worden genoemd zijn de kwaliteitsfunctionaris (n=5), (leden van) de regiogroep, toetsingsgroep of gespreksgroep (n=8) en de respondent zelf (n=8).

6 Ervaringen van toetsingsleden met intercollegiale toetsing

6.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in het functioneren van de toetsingsgroepen zijn interviews (bijlage 7) afgenomen bij leden van acht toetsingsgroepen afkomstig uit de verschillende beroepsgroepen, namelijk de ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, mondhygiënist (twee toetsingsgroepen), oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten. Bij de mondhygiënist is een tweede toetsingsgroep geïnterviewd omdat de eerste groep vroegtijdig gestopt was met intercollegiale toetsing. De interviews werden afgenomen bij twee leden van een toetsingsgroep die geen interne proces begeleider van de toetsingsgroep waren. Aan het CBO is gevraagd adresgegevens van toetsingsgroepen te verstrekken die hun toetsingsstudie een half jaar voor het interview hadden afgerond.

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op de vraag:

Wat zijn de ervaringen van leden van toetsingsgroepen met intercollegiale toetsing?

6.2 Algemene gegevens van de toetsingsgroepen

De intercollegiale toetsingsgroepen zijn, op één groep na, allen begonnen in 1998; de toetsingsgroep van de radiologisch laboranten is begonnen in 1997. De toetsingsonderwerpen van zeven van de acht toetsingsgroepen zijn in 1999 afgerond. Het toetsingsonderwerp van de mondhygiënist, 'gevoelige tandhalzen', is niet afgerond aangezien de groep eerder is opgehouden (in september 1998). Het tweede toetsingsonderwerp 'mondhygiëne instructie' is in 1998 afgerond. De toetsingsgroepen zijn gemiddeld 13 maanden bezig geweest met toetsing (spreiding 6 - 24).

Het aantal bijeenkomsten en de tijd die is besteed aan toetsing varieert sterk per toetsingsgroep; het aantal bijeenkomsten varieert van 5 à 6 tot 19 en de tijd die wordt besteed van 2 à 3 uur per maand tot 8,5 uur per maand. Het merendeel van de toetsingsgroepen heeft de tijd aan toetsing in de vrije tijd besteed, de diëtisten en de radiologisch laboranten hebben in werktijd besteed aan hun toetsingsonderwerp gewerkt.

Het aantal leden waaruit de groepen bestaan varieert per beroepsgroep; de toetsingsgroep van de radiologisch laboranten bestaat uit het minste aantal leden, namelijk twee en van de logopedisten uit het hoogste aantal, namelijk dertien. De meeste toetsingsgroepen hebben twee begeleiders, de ergotherapeuten en diëtisten hebben één begeleider.

In de loop der tijd is de samenstelling van een aantal toetsingsgroepen veranderd. Hiervoor worden verschillende redenen aangegeven, zoals zwangerschapsverlof, het vinden van een andere baan, de toetsing te theoretisch vinden, drukke werkzaamheden hebben en het niet voldoen van de toetsing aan de verwachtingen.

6.3 Fasen van de toetsingscyclus

De toetsingscyclus wordt in deze paragraaf besproken aan de hand van de fasen uit de kwaliteitscyclus. Allereerst komt fase 1 'keuze van het onderwerp' aan bod. Vervolgens fase 2 'analyseren' en fase 3 'ontwerpen van criteria'. Daarna wordt fase 5 'resultaten van toetsing' en tot slot fase 6 'borging' besproken.

6.3.1 Keuze van het onderwerp

De eerste fase van de toetsingscyclus heeft tot doel om onderwerpen voor toetsing te inventariseren. De geschiktheid van een onderwerp wordt bepaald door de relevantie (komt het onderwerp vaak voor), het verwachte rendement (zijn er concrete verbeteringen van resultaten mogelijk) en het appèl dat het onderwerp doet op de toetsingsgroep (spreekt het onderwerp de toetsingsgroep aan). Op basis van een afweging van deze factoren wordt vervolgens een onderwerp gekozen.

De meeste beroepsgroepen hebben gekozen voor een toetsingsonderwerp dat in eerste instantie gericht is op het verbeteren van zorg. Daarnaast zijn enkele toetsingsonderwerpen ook gericht op het verbeteren van de registratie, de organisatie en tijdswinst. Per groep zal de motivatie van het gekozen onderwerp worden toegelicht.

De diëtisten hebben gekozen voor een onderwerp met betrekking tot sondevoedingsbeleid, omdat ze meer eenduidigheid willen en het geven van sondevoeding af willen stemmen op nieuwe inzichten.

Eén groep mondhygiënist heeft gekozen voor het toetsingsonderwerp 'mondhygiëne instructie aan patiënten'. De mondhygiënist heeft voor dit onderwerp gekozen, omdat ze zich afvragen waarom een aantal patiënten de instructie niet opvolgt. Bovendien is het onderwerp goed afgebakend en geschikt om met de CBO-methode te leren werken.

Een andere groep mondhygiënist heeft gekozen voor het maken van een protocol voor gevoelige tandhalzen. De mondhygiënist heeft voor dit onderwerp gekozen omdat gevoelige tandhalzen vrij veel voorkomen en omdat de groep dacht dat het goed toetsbaar zou zijn.

Het toetsingsonderwerp van de radiologisch laboranten, 'wachttijd patiënten', is gericht op het verbeteren van de service naar de patiënten (de zorg). Het onderwerp is echt uit de praktijk ontstaan; de wachttijd blijkt te groot te zijn en middels intercollegiale toetsing is geprobeerd dit uit te zoeken. Tijdens de intercollegiale toetsing blijkt dat het onderwerp goed meetbaar en afgebakend is.

De logopedisten hebben gekozen voor het informeren en begeleiden van de ouders na het herhalingsonderzoek van TOS-kinderen (Taal OntwikkelingsStoornis) die langdurig in behandeling zijn. De logopedisten hebben voor het onderwerp gekozen omdat ze vaak kinderen behandelen met deze stoornis. Ze willen proberen om ouders beter bij de behandeling te betrekken en zijn benieuwd of de kinderen hierdoor sneller vooruit zullen gaan.

Het toetsingsonderwerp van de oefentherapeuten-Mensendieck, het behandelen van patiënten met nog niet geopereerde coxartrose (artrose van de heup), is gekozen omdat de oefentherapeuten-Mensendieck weinig ervaring hebben met het behandelen van deze patiënten. Ze hebben veel vragen over de juiste richtlijnen voor behandeling en willen weten wat de nieuwste inzichten zijn. Bij de keuze van het onderwerp hebben ze ook gekeken naar de mate waarin het onderwerp afgebakend en meetbaar is.

Ook het onderwerp van de oefentherapeuten Cesar, behandelen van patiënten met bekkenklachten, is gekozen omdat ze zich onzeker voelen over het behandelen van deze patiënten. De oefentherapeuten dachten dat de behandeling lang duurde en dat ze daarom met andere oefeningen moesten gaan werken. Er blijkt echter, tijdens de nulmeting, dat de behandeling helemaal niet zo lang duurt. Bij het bespreken van patiënten wordt duidelijk dat het probleem niet bij de oefeningen ligt, maar bij de onduidelijke diagnose. De keuze voor bekkenproblematiek is mede bepaald door het feit dat het een goed afgebakend en meetbaar onderwerp is.

De ergotherapeuten hebben gekozen voor 'verbetering patiëntenrapportage ergotherapie', een onderwerp dat gericht is op patiëntenrapportage. Er zijn verschillende redenen aan te wijzen waarom zij voor dit onderwerp hebben gekozen. Allereerst is het relevant voor de kwaliteitsbevordering; de kwaliteit verbetert wanneer beter gerapporteerd wordt. Daarnaast is het een onderwerp dat iedereen aanspreekt, waardoor het onderwerp voor alle leden motiverend is.

6.3.2 Analyseren

In de tweede fase van toetsing wordt het onderwerp nader geanalyseerd. Het doel hiervan is inzicht te krijgen in de huidige situatie met betrekking tot het gekozen onderwerp door het doen van een eerste meting; de nulmeting.

Bij vier toetsingsgroepen is de nulmeting goed verlopen en heeft zinvolle informatie opgeleverd.

Logopedisten: "Tijdens de nulmeting hebben we gegevens over de ernst, het aantal behandelingen, het verstrekken van informatie aan de ouders en dergelijke, uit de dossiers gehaald. Dat verliep goed."

De nulmetingen bij de overige toetsingsgroepen zijn minder goed verlopen doordat er bijvoorbeeld onduidelijkheid bestond, vragenlijsten voor patiënten over mondhygiëne instructie zodanig geformuleerd waren dat een positief antwoord uitgelokt werd waardoor de gegevens niet bruikbaar waren of doordat er ruis in de nulmeting bleek te zitten.

Ergotherapeuten: "De nulmeting is matig verlopen. Dit kwam doordat er veel ruis in de nulmeting bleek te zitten; een aantal patiënten bleek vaker in de nulmeting te zijn opgenomen, de vragen waren onduidelijk enz."

6.3.3 Ontwerpen van criteria

Door de nulmeting hebben de toetsingsgroepen inzicht gekregen in de resultaten van de huidige zorgverlening. Dit heeft vervolgens geleid tot globale ideeën over het gewenste zorgproces dat mogelijk leidt tot de gewenste resultaten. Op basis van het inzicht in de huidige resultaten en op basis van de ideeën over het gewenste zorgproces moeten de toetsingsgroepen in deze derde fase resultaatcriteria, procescriteria en structuurcriteria opstellen. In resultaatcriteria wordt vastgelegd wat het gewenste resultaat van een bepaalde professionele activiteit bij een bepaalde doelgroep is. Een procescriterium is een afspraak waarin is vastgelegd wie wat op welk moment in het proces doet en aan welke eisen de uitvoering dient te voldoen. Een structuurcriterium is een afspraak waarin randvoorwaarden zijn vastgelegd (welke mensen, materialen, middelen en methoden noodzakelijk zijn om een zorgproces te kunnen uitvoeren).

Aangezien de toetsingsgroep van de mondhygiënist ('gevoelige tandhalzen') na de nulmeting van de methode van het CBO zijn afgestapt, zijn ze niet aan het opstellen van criteria toegekomen. Het opstellen van de criteria wordt door alle overige toetsingsgroepen

als moeilijk ervaren. Vooral het onderscheid tussen de resultaatcriteria, de procescriteria en de structuurcriteria is vaak niet duidelijk.

Logopedisten: "We vonden het lastig om te bepalen wat binnen welk criterium geplaatst moest worden. We moesten er steeds opnieuw inkomen en waren geneigd de criteria te snel concreet in te vullen."

Diëtisten: "We vonden het heel moeilijk om de criteria op te stellen. Het was lastig om te bepalen of een criterium betrekking had op het proces, het resultaat of de structuur."

Oefentherapeuten-Mensendieck: "We vonden het verschil tussen de resultaat, proces en structuurcriteria heel onduidelijk. We hadden alles door elkaar gehusseld. Uiteindelijk zijn we er wel uitgekomen."

De groepsleden van de toetsingsgroepen hebben uiteindelijk toch overeenstemming over de inhoud van de criteria bereikt. De toetsingsgroepen van de ergotherapeuten en de diëtisten zijn er als enigen in geslaagd resultaatcriteria, procescriteria en structuurcriteria te formuleren. De meeste andere toetsingsgroepen hebben naast enkele resultaatcriteria een aantal overige criteria geformuleerd die niet ingedeeld zijn in procescriteria en structuurcriteria.

De meeste toetsingsgroepen vinden de criteria relevant voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De mondhygiënist ('mondhygiëne instructie') vinden het formuleren van proces- en structuurcriteria niet erg relevant voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het formuleren van de doelstelling vinden ze wel heel zinvol. Zes van de zeven toetsingsgroepen hebben de criteria niet meer bijgesteld; de ergotherapeuten hebben dat wel gedaan omdat een aantal percentages die nagestreefd werden in de criteria te hoog waren.

6.3.4 Resultaten van toetsing

Het is belangrijk om via toetsing vast te stellen of de verbeterde aanpak daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering in zorg. In de vijfde fase, de toetsingsfase, worden de verzamelde gegevens uit de praktijk vergeleken met de gewenste resultaten. Op deze wijze wordt inzicht verkregen in wat de effecten zijn.

De behaalde effecten zijn heel positief beoordeeld door de geïnterviewden uit de toetsingsgroepen.

Gepercipieerde effecten met betrekking tot het toetsingsonderwerp

Aangezien de mondhygiënist ('gevoelige tandhalzen') de intercollegiale toetsing vroegtijdig beëindigd hebben, zijn er geen effecten opgetreden op het gebied van het toetsingsonderwerp. De overige zeven toetsingsgroepen hebben aangegeven dat er concrete verbeteringen zijn aangebracht met betrekking tot het toetsingsonderwerp. Zes toetsingsgroepen hebben meer zicht gekregen op elkaars werkwijze en vijf toetsingsgroepen hebben geleerd van elkaar, meer inzicht gekregen in het eigen handelen, meer uniformiteit gekregen in het handelen, zijn gestructureerder/methodischer gaan werken en hebben een kritischer/bewuster opstelling met betrekking tot het toetsingsonderwerp. Verder is bij vier toetsingsgroepen de samenwerking/communicatie verbeterd. Eén toetsingsgroep vergadert effectiever en één heeft tijdswinst geboekt. Tevens wordt aangegeven dat er inhoudelijk veel kennis is opgedaan en dat paramedici zich zelfverzekerder voelen.

Gepercipieerde effecten met betrekking tot het dagelijks handelen

Tijdens intercollegiale toetsing zijn er bij de radiologisch laboranten geen effecten opgetreden met betrekking tot het dagelijks handelen (in algemene zin). Bij de mondhygiënist ('gevoelige tandhalzen') zijn wel effecten opgetreden wat betreft het dagelijks handelen, maar

deze effecten zijn opgetreden nadat er werd afgeweken van de methode van het CBO en er veel over het vak is gesproken. De mondhygiënist hebben een aantal tips van elkaar geleerd en ze hebben meer zicht gekregen op elkaars werkwijze. De overige zes toetsingsgroepen hebben buiten het toetsingsonderwerp van elkaar geleerd. Vijf toetsingsgroepen hebben meer zicht gekregen op elkaars werkwijze, zijn gestructureerder/methodischer gaan werken en de samenwerking/communicatie is verbeterd. Bij vier toetsingsgroepen is het inzicht in het eigen handelen en een kritischer/bewuster opstelling toegenomen. Eén toetsingsgroep heeft tijdswinst geboekt, bij één is de uniformiteit in handelen toegenomen en één toetsingsgroep vergadert effectiever.

6.3.5 *Borging*

De laatste fase, *borging*, is essentieel in de kwaliteitszorg. Wanneer de gewenste resultaten zijn behaald worden afspraken gemaakt, die noodzakelijk zijn voor blijvende verbetering van de zorg.

De toetsingsgroepen werken op dit moment niet allemaal met de criteria; dit varieert sterk per criterium en per toetsingsgroep. Niet alle criteria blijken haalbaar in de praktijk.

Vijf toetsingsgroepen verwachten dat de resultaten van de toetsingsstudie in de toekomst nog steeds gebruikt zullen worden. De overige toetsingsgroepen verwachten echter dat de resultaten in de toekomst in beperkte mate, of helemaal niet meer gebruikt zullen gaan worden.

Eén toetsingsgroep heeft in oktober 1999 een hertoetsing uitgevoerd. Deze hertoetsing was erg zinvol omdat hieruit bleek dat de intercollegiale toetsing het gewenste resultaat had opgeleverd. Twee andere toetsingsgroepen hebben nog geen hertoetsing uitgevoerd, maar zijn dit wel van plan. De overige vier toetsingsgroepen voeren geen hertoetsing uit.

Ergotherapeuten: "De leden van de toetsingsgroep zijn tevreden met de behaalde resultaten en verwachten niet dat een hertoetsing, wat veel werk zal kosten, veel meerwaarde zal geven."

De toetsingsgroepen gaan in de toekomst niet allemaal door met intercollegiale toetsing. Twee groepen gaan in de toekomst zeker door met intercollegiale toetsing. Twee andere groepen gaan wel verder, maar niet als toetsingsgroep. De ene groep gaat verder als kwaliteitskring, waarbinnen verschillende onderwerpen behandeld worden; intercollegiale toetsing kan één van de manieren zijn waarop onderwerpen aan de orde kunnen komen. De andere groep blijft bij elkaar komen om tips uit te wisselen, patiënten en behandelingen te bespreken. De radiologisch laboranten hebben op het moment van het interview nog geen afspraken gemaakt over een vervolg. Als ze in de praktijk weer een probleem tegen komen, zullen ze dit op dezelfde manier aanpakken met intercollegiale toetsing omdat ze met veel plezier aan het onderwerp hebben gewerkt.

6.4 **Waardering van toetsing**

De begeleiding van de toetsingsgroep door de interne procesbegeleider wordt door alle beroepsgroepen als goed ervaren.

Oefentherapeuten Cesar: "De begeleiders waren heel gestructureerd, waardoor de groepsleden op een duidelijke en prettige manier konden werken".

Logopedisten: "De begeleiders hadden de bijeenkomsten steeds heel grondig voorbereid en legden de stof, aan de hand van schema's, heel gestructureerd uit".

Uit de interviews komt naar voren dat door enkele toetsingsgroepen de bijeenkomsten bij het CBO onduidelijk en rommelig worden gevonden.

Oefentherapeuten-Mensendieck: "In het begin waren de bijeenkomsten bij het CBO onduidelijk en rommelig. Nadat we duidelijk hadden gemaakt dat we met tegenzin naar de lessen gingen, omdat we ondanks al onze inspanningen de stof nog steeds niet begrepen, werden de lessen beter."

Er zijn wel ideeën voor verbetering van de CBO methode genoemd. De methode kan verbeteren door het hele toetsingsproces in het begin al duidelijk te maken, bijvoorbeeld aan de hand van het eindverslag van een andere toetsingsgroep. Het proces zal verduidelijkt kunnen worden aan de hand van samenvattingen van de bijeenkomsten, waarin puntsgewijs alle stappen staan. Een toelichting aan de hand van één voorbeeld dat in alle bijeenkomsten wordt aangehaald, kan ook verhelderend werken.

De toetsingsgroepen hebben met een verschillende mate van enthousiasme aan de onderwerpen gewerkt; de ene groep is erg enthousiast terwijl een andere groep met minder enthousiasme heeft gewerkt.

Ergotherapeuten: "Het nadeel was dat het vrij lang duurde en veel tijd kostte. Na drie kwart jaar ging dit een beetje ten koste van het enthousiasme; iedereen wilde het toetsingsproces graag afronden."

Mondhygiënist ('gevoelige tandhalzen'): "Doordat de methode die door het CBO werd aangedragen erg strak is, is het enthousiasme snel afgenomen. De hele groep is uiteindelijk een andere koers gaan varen, buiten de methode van het CBO om, waarbij de bijeenkomsten werden besteed om met elkaar relevante beroepsonderwerpen te bespreken."

7 Scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren

7.1 Inleiding

Het IOF is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsprogramma van het KNGF. Om professionele ondersteuning te geven aan bestaande en nog op te richten IOF's zijn kwaliteitsfunctionarissen en IOF-coördinatoren opgeleid. Binnen één regio zijn meerdere IOF-coördinatoren werkzaam. Iedere IOF-coördinator begeleidt meerdere (zes tot acht) IOF's. Zij zelf worden begeleid door een kwaliteitsfunctionaris, die aangesteld is voor een regiocluster (zes regio's). IOF-coördinatoren treden voornamelijk op als procesbegeleider. Zij worden getraind in het begeleiden van IOF's bij het toepassen van kwaliteitsinstrumenten. Naast kennis en vaardigheden op het gebied van toepassing van kwaliteitsinstrumenten zijn begeleidingsvaardigheden van belang. Sinds 1998 zijn inmiddels ruim 120 IOF-coördinatoren door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) opgeleid uit de middelen van het BKPZ-programma. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op het scholingsprogramma dat in het kader van deze opleiding door het CBO wordt aangeboden. Na de beschrijving van kenmerken van respondenten en de motivatie om IOF-coördinator te worden zal achtereenvolgens worden ingegaan op de volgende vraagstellingen: *'hoe is het scholings- en begeleidingsprogramma gewaardeerd'*, *'hoe effectief is het scholingsprogramma, dat wil zeggen, kunnen opgeleide IOF-coördinatoren zelfstandig IOF's begeleiden?'* en *'zijn er aanbevelingen voor verbetering van het scholingsprogramma?'*

7.2 Beschrijving van de respondenten

Algemene aspecten

Naar alle 133 IOF-coördinatoren opgeleid in het BKPZ-programma is een vragenlijst verstuurd (bijlage 5). De adressen zijn verkregen van het CBO. Na circa een maand is een reminder verstuurd. Van de 133 vragenlijsten is één vragenlijst ongeopend retour gezonden. Verder zijn 9 vragenlijsten oningevuld teruggestuurd. Redenen die werden gegeven zijn bijvoorbeeld het niet meer werkzaam zijn als IOF-coördinator of geen IOF-coördinator zijn. In totaal 99 respondenten hebben de vragenlijst ingevuld teruggestuurd van de 123, daarmee komt de respons op 80%.

Uit tabel 7.1 blijkt dat het grootste deel van de respondenten, namelijk 61%, van het mannelijk geslacht is. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 42 jaar, zij hebben gemiddeld 18 jaar werkervaring. Bijna alle respondenten (95%) zijn lid van het Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Daarnaast blijkt dat ruim twee derde van de IOF-coördinatoren werkzaam is in de eerstelijns. Onder 'anders' werd onder andere aangegeven dat men werkzaam was in een gezondheidscentrum (n=5).

Tabel 7.1 Kenmerken van de respondenten (N=99)

Geslacht	
man	61%
vrouw	39%
Leeftijd	
<40	38%
40-54	61%
>54	1%
Gemiddelde werkervaring in jaren (spreiding)	18 (5-29)
Lid KNGF	95%
Werkzaam in*	
vrijgevestigde praktijk	68%
ziekenhuis	11%
revalidatiecentrum	7%
verpleeghuis/verzorgingshuis	6%
onderwijs	5%
niet werkzaam als praktiserend fysiotherapeut	5%
anders	12%

* Meerdere antwoorden mogelijk.

Motivatie

In tabel 7.2 is weergegeven op welke manier de respondenten geïnteresseerd zijn geraakt in de functie van IOF-coördinator. Gebleken is dat de manieren waarop IOF-coördinatoren geïnteresseerd zijn geraakt variëren. De meest voorkomende manieren zijn echter via de beroepsvereniging, collega's of via een oproep in het vaktijdschrift. Hoewel dit om kleinere aantallen gaat, valt op dat binnen de categorie 'anders' manieren als via het CBO (n=4), via het RGF (n=6) en via het IOF, waarvan respondenten bijvoorbeeld al lid of gespreksleider waren (n=7), worden genoemd.

Tabel 7.2 Manieren waarop respondenten geïnteresseerd zijn geraakt in de functie van IOF-coördinator (N=99)

Geïnteresseerd geraakt via*	Percentage
Beroepsvereniging	37
Collega's	21
Oproep vaktijdschrift	18
Werkplek	9
Kwaliteitsfunctionaris	1
Regionale nieuwsbrief	8
Anders	33

* Meerdere antwoorden mogelijk.

De motivatie van respondenten om IOF-coördinator te worden is weergegeven in tabel 7.3. Als belangrijkste motiveredenen worden genoemd interesse in kwaliteit en kwaliteitsbeleid, ondersteunen of verbeteren van het vak fysiotherapie en het hebben van een nieuwe uitdaging. Onder 'anders' worden motiveredenen als het samenwerken en het contact met collega's (n=9), het feit dat het voortkwam uit voorgaande functies als bijvoorbeeld IOF-voorzitter (n=6) en op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen (n=5) genoemd.

Tabel 7.3 Motivatie om IOF-coördinator te worden (N=99)

Motivatie*	Percentage
Interesse in kwaliteit, actief deelnemen in kwaliteit, kwaliteitsbeleid	52
Ondersteunen/ verbeteren / ontwikkelen van het vak fysiotherapie	35
Nieuwe uitdaging, op andere manier met vak bezig	31
Persoonlijke ontwikkeling	10
Verbetering (functioneren) IOF	7
(Extra) betaalde baan	4
Anders	38

* Meerdere antwoorden mogelijk.

7.3 Waardering van het scholingsprogramma

Het scholingsprogramma voor de IOF-coördinatoren bestond uit een start-twee-daagse en daarnaast konden coördinatoren uit alle regio's in 4 terugkomdagen 3 modules volgen. De volgende modules zijn aangeboden: Casuïstiek bespreken, richtlijnen bespreken, van richtlijnen naar werkafspraken, recente inzichten in de dagelijkse praktijk en verbeterprojecten kort.

Het grootste deel van de respondenten, namelijk 83%, heeft alle scholingsdagen gevolgd. Ruim de helft van de IOF-coördinatoren vond de omvang van het scholingsprogramma onvoldoende. Bijna de helft van de IOF-coördinatoren vond het aantal scholingsdagen precies genoeg.

Tabel 7.4 Mening ten aanzien van het aantal scholingsdagen (N=95)

	Percentage
Te weinig dagen	53
Precies genoeg dagen	41
Te veel dagen	6

In tabel 7.5 staan de gemiddelde beoordelingen weergegeven van de verschillende onderdelen van het scholingsprogramma. Duidelijk wordt dat alle onderdelen gemiddeld voldoende worden beoordeeld, maar dat slechts één van de scholingsonderdelen gemiddeld hoger dan een zeven scoort.

Tabel 7.5 Beoordeling van de onderdelen van het scholingsprogramma verzorgd door het CBO

	Gemiddelde	Min	Max
Inhoud van de scholingsdagen	6,9	4	9
Verstreckte materialen (N=96)	7,2	5	9
Telefonische vraagbaak (N=5)	6,8	3	8
Methode voor het begeleiden van IOF's (N=76)	6,6	4	9
Aansluiting op de praktijk (N=91)	6,2	3	9
Overall waardering van gehele programma (N=94)	6,8	4	8

Inhoud van de scholingsdagen

Wat betreft de inhoud van de scholingsdagen worden wisselende beoordelingen gegeven op een schaal van 1 tot en met 10. Over het algemeen is men positief (gemiddelde waardering 6,9). De meeste respondenten gaven een zeven (56%). In de toelichting worden positieve punten als voldoende afwisseling, veel informatie, een leuke combinatie van aanleren van vaardigheden en leren, relevante onderwerpen en delen van ervaringen met collega's genoemd. Wel wordt er kritiek geleverd op het feit dat het soms om try-out modules ging en dat instrumenten nog niet geheel waren uitgewerkt. Sommigen vinden dat er te veel onderwerpen werden behandeld en dat er weinig diepgang zat in de onderwerpen. Er wordt gemeld dat de verbanden tussen de verschillende scholingsonderdelen niet altijd duidelijk was en dat de cursus over het algemeen te theoretisch was en niet goed aansloot bij de praktijk. Uit de toelichting wordt eveneens duidelijk, dat de respondenten de eerdere scholingsdagen vaker positief beoordelen dan de latere (terugkom)dagen. Onderdelen als communicatie, casuïstiek en conflicthantering worden positiever beoordeeld dan richtlijnen en recente inzichten.

Verstreckte materialen

De verstreckte materialen krijgen de hoogste beoordeling, namelijk gemiddeld 7,2. Het meest wordt als waardering een zeven of acht gegeven. De toelichtingen op de antwoorden variëren sterk. Zo wordt zowel gemeld dat het materiaal te uitgebreid als te beknopt is. Sommigen vinden de beknoptheid of de uitgebreidheid juist weer een voordeel. Ook over de bruikbaarheid van het materiaal in de praktijk werd wisselend gedacht. Over het algemeen is men het er over eens dat het materiaal er verzorgd uitzag, overzichtelijk was en duidelijk. Veel respondenten geven aan dat zij er nog vaak in kijken en het gebruiken als naslagwerk. Kritiek die wordt gegeven heeft vooral te maken met het in ontwikkeling zijn van het materiaal en het later toesturen ervan. Vooral de tijd die daartussen verstreek wordt als negatief ervaren. Het nasturen van de informatie wordt door anderen juist weer als prettig beschouwd. Daarnaast worden opmerkingen gemaakt over het gebrek aan samenhang en het missen van de grote lijn, het ontbreken van een literatuurlijst of samenvatting. Hoewel het geheel als goed te begrijpen en leesbaar wordt gezien, wordt het vakjargon en het taalgebruik soms als negatief punt vermeld.

Telefonische vraagbaak

Slechts vijf respondenten hebben hun oordeel gegeven over de telefonische vraagbaak, waardoor hierover weinig gezegd kan worden. Zeer waarschijnlijk wordt er nog maar weinig gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

De methode die voor het begeleiden van IOF's wordt gehanteerd

Wat betreft de aangereikte methode (gemiddelde beoordeling 6,6) zijn de meningen wederom verdeeld. De grootste groep respondenten (32%) geeft een zeven. In sommige gevallen wordt aangegeven dat niet duidelijk is over welke methode wordt gesproken. Vermeld wordt, dat er meerdere methoden zijn aangereikt, dat de methode (nog) niet bestaat en dat de gebruikte methode afhangt van het IOF. Ook hier wordt de discrepantie tussen theorie en praktijk

benadrukt en er wordt gezegd dat de in theorie geleerde methoden niet altijd bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Sommige methoden worden als bruikbaar en toepasbaar ervaren (bijvoorbeeld het coachen), andere juist weer niet (bijvoorbeeld 'de rechtbank'). Ook wordt melding gemaakt van het feit dat de methode(n) voor het begeleiden van IOF's nog in ontwikkeling is / zijn en dat dit wel de nodige problemen en onduidelijkheden met zich meebrengt.

Aansluiting op de praktijk

Wat betreft de aansluiting op de praktijk, die het laagst werd beoordeeld met gemiddeld een 6,2, wordt een belangrijk probleem gezien in het feit dat de ontwikkeling van de IOF's nog in de kinderschoenen staat en dat de IOF's nog lang niet zover zijn. Ook de weerstand en het gebrek aan motivatie van de IOF-leden wordt daarbij genoemd. Verder wordt meerdere malen genoemd dat de scholingsonderdelen niet altijd aansluiten bij vragen uit de praktijk. Er worden overigens ook positieve geluiden opgevangen wat betreft de aansluiting op de praktijk. De meeste respondenten beoordelen de aansluiting op de praktijk met een zes of zeven (57%)

Overall waardering

Punten die, bij de overall waardering, (gemiddeld 6,8) ter toelichting worden genoemd komen overeen met voorgenoemd commentaar. Duidelijk wordt wel dat veel respondenten zich niet goed voorbereid vonden op de praktijk. De grootste groep, namelijk 52%, gaf als overall waardering een zeven.

Overige onderdelen van het scholingsprogramma

Aspecten van het scholingsprogramma die onder 'anders' zijn weergegeven (niet in tabel) variëren sterk. Voorbeelden van aspecten die worden genoemd zijn de grootte van de groep, de accommodatie en verzorging, het contact met andere IOF-coördinatoren en de deskundigheid en kwaliteit van de docenten. Over het algemeen is men positief over het contact met collega's. Negatieve waarderingen worden door enkelen gegeven voor de groepsgrootte en de kwaliteit van de docenten. Over de accommodatie en de verzorging word wisselend gedacht.

7.4 Effectiviteit van het scholingsprogramma

Bijna alle IOF-coördinatoren (97%) geven aan dat de taken van de IOF-coördinator bekend zijn. Slechts 53% vindt deze taken echter ook duidelijk en goed afgebakend. De taken, die door 70% of meer van de IOF-coördinatoren zijn genoemd, zijn weergegeven in tabel 7.6. De meest genoemde taken zijn het coachen van gespreksleiders, het ondersteunen van veranderingsprocessen binnen een IOF, het voorzien van de juiste tools en technieken en het assisteren bij of het oplossen van conflicten binnen een IOF.

Tabel 7.6 Taken van de IOF-coördinator (n=98)

Taken* (N=98)	Percentage
Het coachen van gespreksleiders	98
Het ondersteunen van een veranderingsproces	97
Het voorzien van de juiste tools of technieken	95
Het assisteren bij of oplossen van conflicten binnen een IOF	87
Het optreden als procesbegeleider bij activiteiten en projecten die door een IOF worden uitgevoerd	77
Het organiseren van bijeenkomsten voor gespreksleiders	75
Het stimuleren van de follow-up van actieplannen	71
Het coachen van IOF-leden	70

* Meerdere antwoorden mogelijk.

Het merendeel van de IOF-coördinatoren, namelijk 62% is van mening dat zij voldoende hebben geleerd om inhoudelijk IOF's te kunnen begeleiden, maar slechts 21% denkt zeker in staat te zijn zelfstandig (zonder hulp van het CBO of de kwaliteitsfunctionaris) IOF's te begeleiden, 41% waarschijnlijk wel. Slechts een klein percentage (14%) denkt dit niet te kunnen. Driekwart van de respondenten geeft aan nog ondersteuning van het CBO nodig te hebben. Ondersteuning wordt voornamelijk nodig geacht op het gebied van het aanreiken van vaardigheden aan IOF's en het aanreiken van methoden en werkwijzen. Bijna de helft van de respondenten geeft aan ondersteuning nodig te hebben bij het begeleiden van groepen en bij het afbakenen van taken. Onder 'anders' noemden respondenten dat zij behoefte hadden aan ondersteuning op het gebied van uniformiteit en afstemming (n=5) en op het gebied van uitwisseling en feedback (n=6).

Tabel 7.7 Aspecten waarop IOF-coördinatoren aangeven ondersteuning nodig te hebben* (N=99)

	Percentage
Geen ondersteuning nodig	26
Aanreiken van vaardigheden aan IOF's	44
Aanreiken van methoden en werkwijzen	42
Begeleiden van de groep	36
Afbakening van taken	33
Motiveren van de groep	23
Toepassen van vergadertechnieken	6
Anders	17

* Meerdere antwoorden mogelijk.

Als belangrijkste vorm van ondersteuning werd de voorkeur gegeven aan extra scholing (70%) boven bijvoorbeeld een helpdesk of overleg.

7.5 Suggesties voor verbetering

De belangrijkste suggestie die word gegeven voor verbetering van het scholingsprogramma is om het beter aan te laten sluiten bij de praktijk. Daarbij wordt aangegeven dat het wellicht zinnig zou zijn de scholingsbehoefte te laten bepalen en sturen door de praktijk. Meer specifiek wordt gemeld het scholingsprogramma meer te richten op de situatie waarin de IOF's zich bevinden. Extra scholing in de vorm van scholingsdagen, terugkomdagen, congressen en symposia wordt als mogelijk verbeterpunt genoemd. Ook is opgemerkt dat meer aandacht zou moeten worden besteed aan praktische vaardigheden en oefeningen. Enkele respondenten geven suggesties voor verbetering van het verstrekte materiaal. Verder is een behoefte gesignaleerd voor aandacht aan de beginfase van de IOF's, het opstarten van IOF's en beoordelen van eigen functioneren. Een top 5 van suggesties is weergegeven in tabel 7.8.

Tabel 7.8 Top 5 van suggesties voor verbetering van het scholingsprogramma

	Aantal
Aan laten sluiten bij praktijk	20
Meer richten op situatie van IOF's	10
Extra scholing ,follow-up en terugkomdagen	9
Praktische vaardigheden en oefeningen	8
Verduidelijking, en verbetering van het materiaal	5
Anders	5

8 Intercollegiaal overleg fysiotherapie: ervaringen van IOF-coördinatoren

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op ervaringen van IOF-coördinatoren bij het begeleiden van IOF's (vraagstelling 7 van deze evaluatie). In de eerste paragraaf zal achtereenvolgens worden ingegaan op de tijd die IOF-coördinatoren aan het IOF besteden, de aard van contacten die zij uit hoofde van deze functie hebben en de activiteiten die zij ontplooiën. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op de bijdragen die IOF-coördinatoren hebben aan de totstandkoming van IOF's en de problemen die zij hierbij ondervinden. Tot slot zullen de conclusies worden geformuleerd.

8.1 Werkzaamheden van IOF-coördinatoren

8.1.1 Aantal IOF's en tijdsbesteding

Aan de respondenten is gevraagd hoeveel IOF's zij begeleiden. Hierop hebben 94 respondenten geantwoord en zij geven aan gemiddeld 9 IOF's te begeleiden. Deze 94 respondenten zijn verantwoordelijk voor het begeleiden van in totaal 835 IOF's.

De respondenten geven aan gemiddeld 9 IOF's (spreiding 5-17) te begeleiden. Zij zijn gemiddeld reeds 24 (spreiding 12-30) maanden werkzaam zijn als IOF-coördinator. Zij besteden gemiddeld vijf uur per week aan deze functie. Duidelijk wordt dat er een grote spreiding bestaat in het aantal uren dat per week wordt besteed. Van de voorgenoemde vijf uur die besteed worden aan de werkzaamheden, wordt vier uur gedaan in tijd die vergoed wordt door het KNGF en één uur in vrije tijd.

Tabel 8.1 Aantal uren

	Gemiddelde	Min	Max
Hoeveel tijd besteedt men aan de functie per week in uren	5	2	20
Tijd gespecificeerd in uren			
in vrije tijd	1	0	6
in tijd vergoed door het KNGF	4	0	16
in tijd vergoed door werkgever	0	0	2

8.1.2 Contacten van IOF-coördinatoren met gespreksleiders van IOF's

In tabel 8.2 worden gegevens gepresenteerd over de vormen van contact met gespreksleiders van de IOF's. In verreweg de meeste gevallen, respectievelijk 99% en 96% vindt het contact dat zij hebben met de gespreksleider telefonisch plaats of door aanwezigheid bij de IOF-bijeenkomsten. Onder andere manieren van contact wordt nog genoemd contact via email (n=20) en individueel overleg (n=12).

Tabel 8.2 Vormen van contact van IOF-coördinatoren met gespreksleiders van IOF's (N=93)

Vorm van contact	Percentage*
Telefonisch contact	99
Aanwezigheid bij IOF-bijeenkomsten	96
Speciale bijeenkomsten voor gespreksleiders	77
Schriftelijk contact	76
Anders	40

* Meerdere antwoorden mogelijk.

8.1.3 Contacten van IOF-coördinatoren met IOF-leden

Het contact met de IOF-leden gebeurde voornamelijk door aanwezigheid bij de IOF-bijeenkomsten (100%). In ongeveer de helft van gevallen vond dit contact plaats door presentaties bij IOF-bijeenkomsten. Onder anders werd aangegeven dat contact met de IOF-leden ook plaatsvond op informele wijze, zoals bijvoorbeeld tijdens andere bijeenkomsten of door collega's in werkomgeving (n=9). Ook het contact via email wordt hier genoemd (n=5).

Tabel 8.3 Contacten met IOF-leden (N=92)

Vorm van contact	Percentage*
Aanwezigheid bij IOF-bijeenkomsten	100
Presentatie bij IOF-bijeenkomsten	49
Telefonisch contact	34
Schriftelijk contact	23
Anders	25

* Meerdere antwoorden mogelijk.

8.1.4 Overige contacten in het kader van functie van IOF-coördinator

Bijna alle IOF-coördinatoren hebben, in het kader van hun functie, bijeenkomsten. In het merendeel van de gevallen zijn dit bijeenkomsten met IOF-coördinatoren uit eigen regio en met andere IOF-coördinatoren en de kwaliteitsfunctionaris.

Het houden van bijeenkomsten wordt over het algemeen als nuttig gezien als het gaat om het komen tot een uniform standpunt, het gezamenlijk bepalen van het doel, het uitwisselen van ervaringen en ideeën, het leren van elkaar en het leren van elkaars problemen en oplossingen.

Een aantal respondenten geeft echter ook aan dat het gebrek aan tijd, het te druk hebben, minder goede ervaringen in het verleden en het feit dat het in het huidige stadium niet zinvol is redenen kunnen zijn voor het niet zinvol ervaren van bijeenkomsten. Ook werd aangegeven dat mensen het zinniger vonden het ontwikkelingsproces zelf door te komen, zonder hulp van anderen.

Tabel 8.4 Bijeenkomsten in het kader van functie als IOF-coördinator (N=94)

	Percentage *
Met IOF-coördinatoren uit eigen regio	84
Individueel met de kwaliteitsfunctionaris	51
Met andere IOF-coördinatoren en de kwaliteitsfunctionaris	71
Met IOF-coördinatoren uit andere regio's	16

* Meerdere antwoorden mogelijk.

8.1.5 Activiteiten van IOF-coördinatoren

Uit tabel 8.5 blijkt dat de belangrijkste activiteiten voor een IOF-coördinator in het begeleiden van IOF's zijn het bijwonen van een IOF-bijeenkomst, het aandragen van methoden en werkwijzen zoals intervisie en casuïstiek, het uitleggen van de bedoeling van een IOF, het coachen van gespreksleiders en het aandragen van vaardigheden als brainstormen, doorvragen presenteren en feedback geven. De activiteiten die door 70 % of meer van de IOF-coördinatoren zijn genoemd zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 8.5 Activiteiten die men heeft ondernomen bij het begeleiden van IOF's (N=96)

	Percentage *
Het bijwonen van IOF-bijeenkomsten	100
Het aandragen van methoden en werkwijzen	98
Het uitleggen van de bedoeling van een IOF	97
Het coachen van gespreksleiders	96
Het aandragen van vaardigheden	91
Het organiseren van bijeenkomsten voor gespreksleiders	70

* Meerdere antwoorden mogelijk.

8.2 Effectiviteit van IOF-coördinator

Een groot aantal van de IOF-coördinatoren, namelijk 69%, is van mening dat een IOF-coördinator bijdraagt tot het welslagen van een IOF, 29% denkt dat dit misschien het geval is. In de toelichting op deze antwoorden worden verschillende manieren genoemd waarop IOF-coördinatoren hebben bijgedragen aan het welslagen van het IOF. Veel respondenten noemen het aanreiken van methoden en instrumenten, het duidelijk maken van doelstellingen en plannen en het bieden van structuur. Tevens wordt aangegeven dat begeleiding door de IOF-coördinator in het bijzonder van belang is in de beginfase van het IOF, bij het opstarten. Andere bijdragen die worden genoemd zijn het informatie of uitleg geven, evaluatie van doelen en resultaten, problemen en conflictsituaties bespreekbaar maken. Een aantal keer wordt ook specifiek het contact met de gespreksleider genoemd: regelmatig telefonisch contact, feedback, scholing en het organiseren van avonden voor gespreksleiders. Twijfels over de bijdrage van de IOF-coördinator bestaan voornamelijk omdat de respondenten van mening zijn dat de IOF-groep het uiteindelijk zelf moet doen (eigen verantwoordelijkheid en motivatie) of dat veel IOF's al heel goed functioneren zonder bijdrage van de IOF-coördinator.

Aan de respondenten is gevraagd welke problemen zij ondervinden bij het begeleiden van IOF's. Uit tabel 8.6 blijkt dat 76% van de IOF-coördinatoren problemen ondervindt bij het begeleiden van IOF's; 23% ondervindt geen problemen. 39% noemt 5 of meer problemen. Een kleine meerderheid van de IOF-coördinatoren ervaart het feit dat de ontwikkeling van het IOF zich nog in het beginstadium verkeert, als een probleem. Een geringe motivatie van de IOF-leden en onduidelijkheid bij de IOF-leden over het IOF worden ook door bijna de helft van de IOF-coördinatoren genoemd. Andere problemen die daarbij aansluiten, maar minder vaak worden genoemd zijn 'weerstand en onbegrip vanuit IOF' (9%) en 'niet serieus worden genomen door IOF-leden' (8%). Ruim een kwart van de IOF-coördinatoren geeft aan dat de functie van IOF-coördinator veel tijd kost en/of dat het moeilijk is contact te onderhouden met alle IOF's. Opvallend is dat ruim 10% aangeeft te weinig ondersteuning in het algemeen en/of te weinig ondersteuning vanuit het KNGF te ervaren. Opvallend is dat de respondenten een groot scala aan problemen ondervinden. Naast de voorgestructureerde antwoorden zijn de volgende problemen door meer dan 4% van de respondenten genoemd: 'te weinig informatie/ondersteuning vanuit KNGF', 'weerstand en onbegrip vanuit IOF', 'veel werk voor IOF-coördinatoren', 'veel werk voor IOF-leden', en 'veel wijzigingen in de taakomschrijving'.

Tabel 8.6 Problemen die men ondervindt bij het begeleiden van IOF's (N=99)

	Percentage*
Geen problemen	23
Hele IOF-ontwikkeling zit nog in een beginstadium	51
Geringe motivatie van IOF-leden	49
Er is veel onduidelijkheid bij IOF-leden	49
Kost veel tijd	28
Moeilijk om contact te maken met alle IOF-groepen	27
Takenpakket niet duidelijk afgebakend	18
Te weinig informatielijnen naar centraal, regels en ondersteuning vanuit KNGF onduidelijk of te weinig	14
Weinig steun / kunt nergens op terug vallen als IOF-coördinator	11
Onvoldoende toegerust voor de taak	10
Weerstand en onbegrip vanuit IOF	9
Niet serieus genomen door IOF-leden	8
Veel werk voor IOF-coördinatoren	5
Veel werk voor IOF-leden	5
Veel wijzigingen in taakomschrijving van de IOF-coördinator	4

* Meerdere antwoorden mogelijk.

9 Intercollegiaal overleg fysiotherapie: ervaringen van IOF-leden

In het BKPZ-programma zijn IOF-coördinatoren opgeleid om IOF's op te richten en te begeleiden. Zij spelen een belangrijke rol in het realiseren van de IOF-structuur en dragen bij tot het welslagen van het IOF. De IOF-structuur wordt door het KNGF beschouwd als de motor van het kwaliteitsbeleid. Zo vindt binnen de IOF's intercollegiale toetsing plaats en kunnen via de IOF's richtlijnen geïmplementeerd worden. In dit hoofdstuk wordt vanuit het perspectief van (extramuraal werkende) IOF-leden nagegaan in hoeverre de realisering van de IOF-structuur geslaagd is. Daarbij zal achtereenvolgens worden ingegaan op de kenmerken van de respondenten, het functioneren van het IOF, de attitude ten aanzien van het IOF, en de voor- en nadelen die aan deelname van IOF verbonden zijn. Tenslotte zullen suggesties voor verbeteringen, aangegeven door IOF-leden, besproken worden.

9.1 Beschrijving van de respondenten

9.1.1 Algemene aspecten

Er zijn vragenlijsten (bijlage 6) verstuurd naar een steekproef van 400 fysiotherapeuten. De steekproef is getrokken uit het registratiebestand van het Nivel van fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijns. Na ongeveer een maand is een reminder verstuurd. Vijf vragenlijsten zijn ongeopend retour gezonden en drie vragenlijsten zijn oningevuld teruggestuurd. In een geval was de respondent overleden, de overige twee waren niet meer werkzaam als fysiotherapeut. De uiteindelijke respons komt hiermee op 66% (n=258).

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 43 jaar, zij hebben gemiddeld 18 jaar werkervaring. Ongeveer de helft van de respondenten is van het mannelijk geslacht. Als we deze gegevens vergelijken met de kenmerken van de totale populatie blijken de respondenten een redelijk goede afspiegeling te vormen voor de totale populatie van fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijns, de respondenten in de steekproef zijn iets ouder. Verder blijkt dat vrijwel alle respondenten (93%) lid zijn van het KNGF. Verreweg de meeste respondenten zijn werkzaam in de vrijgevestigde praktijk.

Tabel 9.1 Algemene kenmerken van de respondenten (IOF-leden) (N=258)

	Respondenten (n=258)	Totale populatie (n=11.962) ¹
Geslacht		
man	55%	51%
vrouw	45%	49%
Leeftijd		
< 40 jaar	31%	41%
40-54 jaar	59%	52%
> 54 jaar	10%	7%
Gemiddelde werkervaring in jaren (spreiding)	18 (1-37)	
Lid KNGF	93%	
Werkzaam*		
in vrijgevestigde praktijk	95%	
anders	11%	

* Meerdere antwoorden mogelijk.

¹ Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2000 (Hingstman e.a., 2000).

Alle respondenten, op één na, zijn op de hoogte van het bestaan van IOF; 97% is ook daadwerkelijk lid van een IOF. Negen respondenten (3%) zijn geen lid van het IOF, een derde omdat het te veel tijd kost en een derde zegt dat zij in de toekomst lid zullen worden. Slechts een klein percentage van de respondenten, namelijk 4%, neemt niet deel aan activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkeling. De rest van de respondenten geeft aan dit wel te doen. De grootste groep doet dit in de vorm van gespreksgroepen, IOF's of een andere vorm van intercollegiale toetsing (94%). Een kleiner deel is lid van een werkgroep of commissie (14%) of doet het op een andere manier (8%), bijvoorbeeld in de vorm van scholing (n=11).

Gemiddeld zijn de respondenten 24 maanden lid van een IOF (spreiding 0-240). Het grootste deel, namelijk 62 %, is tussen de 12 tot 24 maanden lid. Een kwart van de respondenten is al langer dan 2 jaar lid. 39% van de respondenten nam, voordat ze lid werden van een IOF, deel aan soortgelijke bijeenkomsten.

9.1.2 Motieven voor lidmaatschap IOF

Ruim driekwart van de respondenten noemt het feit dat deelname aan een IOF een voorwaarde is om opgenomen te kunnen worden in het kwaliteitsregister als een motief om lid te worden. 14% noemt dit als enige motief. Daarentegen noemt 22% van de respondenten uitsluitend andere motieven dan het kwaliteitsregister. Bijna de helft van de respondenten noemt het verbeteren van het contact met collega's als een van de motieven om lid te worden. Opvallend is dat motieven zoals uniformiteit in handelen, deskundigheidsbevordering, doelmatigheid en doeltreffendheid, belangrijke thema's in kwaliteitszorg, relatief weinig worden genoemd.

Tabel 9.2 Motieven van respondenten om lid te worden van een IOF (n=249)

	Percentage *
Het was een voorwaarde om opgenomen te worden in het kwaliteitsregister	78
Ik hoopte dat door het IOF het contact met collega's zou verbeteren	43
Ik wilde streven naar meer eenheid in het handelen van fysiotherapeuten	28
Ik wilde meer leren over nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied	21
Ik wilde persoonlijk meer leren en verbeteren	18
Ik wilde streven naar een betere en effectievere patiëntenzorg	15

* Maximaal drie antwoorden mogelijk.

9.2 Functioneren van IOF

9.2.1 Samenstelling van het IOF

Het KNGF heeft criteria met betrekking tot de samenstelling waaraan een IOF bij voorkeur moet voldoen. Een van deze criteria betreft de grootte van het IOF, een IOF zou bij voorkeur uit minimaal 10 personen en maximaal 15 personen dienen te bestaan. De respondenten geven aan dat het IOF waaraan zij deelnemen uit gemiddeld 14 fysiotherapeuten bestaat (spreiding 7-30).

Tabel 9.3 Grootte van IOF's

	Percentage
< 10 leden	17
10-15 leden	64
> 15 leden	19

De KNGF heeft ook de voorkeur uitgesproken dat de leden van IOF's uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg afkomstig zijn. Het IOF van twee derde van de respondenten voldoet aan deze norm, zij zijn lid van een IOF waarin ook leden uit de tweede en/of derdelij afkomstig zijn. Slechts een derde van de respondenten (34%) geeft aan lid te zijn van een IOF met leden die exclusief in de eerstelijns werkzaam zijn.

9.2.2 Activiteiten van IOF

Het KNGF ziet het bespreken van richtlijnen en intercollegiale kwaliteitstoetsing als belangrijke activiteiten voor het IOF. Bijna driekwart van de respondenten noemt het bespreken van een richtlijn ook als een van de activiteiten van hun IOF het afgelopen jaar (tabel 9.4). Bijna een derde van de respondenten geeft aan dat er binnen het IOF werkafspraken zijn gemaakt op basis van een richtlijn. Landelijke richtlijnen zoals 'acuut enkelletsel' en 'informatieverstrekking huisarts' worden het meest vaak genoemd. Een kleine groep (3%) geeft aan dat in hun IOF alle richtlijnen worden besproken. Naast de richtlijnen gepresenteerd in de tabel worden onderwerpen genoemd zoals 'lage rugpijn' (10%), 'bekkeninstabiliteit' (2%) en 'whiplash' (2%). Voor deze onderwerpen zijn nog geen landelijke richtlijnen beschikbaar zodat het hier naar waarschijnlijkheid om richtlijnen gaat op regionaal of instellingsniveau.

Als we kijken naar andere activiteiten die binnen het IOF ondernomen zijn valt het op dat intercollegiale kwaliteitstoetsing door slechts 11% van de respondenten wordt genoemd. De overige activiteiten die genoemd worden hebben met name betrekking op deskundigheidsbe-

vordering. Andere activiteiten die onder meer genoemd worden zijn: 'het volgen van een cursus' (n=8), 'het bespreken van beleidsmatige ontwikkelingen' (n=8), 'het bespreken van IOF-activiteiten' (n=7), 'richtlijnontwikkeling' (n=4), 'verbeteren verslaglegging' (n=4), en 'verbeteren contact met collega's' (n=4).

Tabel 9.4 Activiteiten die het afgelopen jaar tijdens een IOF zijn ondernomen (n=249)

	Percentage*		Percentage*
Bespreken van richtlijnen	72	<i>Top 5 besproken richtlijnen</i>	
		Acuut enkelletsel	30
		Informatieverstrekking huisarts	16
		COPD	10
		Postoperatief lumbosacraal syndroom	14
		Stress-urine incontinentie	4
Casuïstiek bespreking	67		
Aanleren van vaardigheden	36		
Intervisie	30		
Werkafspraken naar aanleiding van richtlijnen	30		
Intercollegiale kwaliteitstoetsing	11		
Evidence based practice	8		
Anders	21		

* Meerdere antwoorden mogelijk.

9.2.3 Rol van IOF-coördinator

IOF-leden geven aan gemiddeld één of twee keer per jaar contact met de IOF-coördinator te hebben (spreiding 0-15). De meeste IOF-leden (99%) hebben minder dan 5 keer per jaar contact. Door ongeveer de helft van de respondenten wordt aangegeven dat de IOF-coördinator een rol heeft gespeeld bij het aanreiken van activiteiten die tijdens een IOF gedaan kunnen worden (tabel 9.5). Minder belangrijke activiteiten, aangegeven door ongeveer een derde van de respondenten zijn het opleiden van de gespreksleider, het aanreiken van mogelijke onderwerpen en het oprichten van het IOF. De meest genoemde andere activiteiten waarbij de IOF-coördinator een rol heeft gespeeld, zijn uitleg geven over het IOF (n=10) en structuur en organisatie (n=9).

Tabel 9.5 Activiteiten van IOF-coördinator (n=249)

Activiteiten	Percentage*
Aanreiken van activiteiten die tijdens IOF gedaan kunnen worden	52
Opleiden van gespreksleider	32
Aanreiken van mogelijke onderwerpen	32
Oprichten van het IOF	31
Oplossen van eventuele problemen	18
Anders	18
Weet niet	13

* Meerdere antwoorden mogelijk.

9.2.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Aan de respondenten is gevraagd welke factoren naar hun mening bevorderend werken voor het IOF waaraan zij deelnemen (tabellen 9.6 en 9.7). De meest genoemde factoren zoals de goede sfeer en het wederzijds vertrouwen zijn te herleiden zijn tot factoren die betrekking hebben op het functioneren van de groep. De rol van de gespreksleider wordt door ruim een kwart van de respondenten genoemd. Slechts enkele respondenten (1%) noemen de invloed van de IOF-coördinator als bevorderende factor. Factoren die onder andere genoemd zijn onder de categorie 'anders' zijn 'goed onderwerp' (n=3), 'informele karakter' (n=2) en 'goede voorbereiding' (n=1).

Tabel 9.6 Factoren die het meest bevorderend werken voor het IOF (n=249)

	Percentage*
De goede sfeer	65
Wederzijds vertrouwen	48
Gemotiveerde leden	46
Samenstelling van de groep	35
Een goede gespreksleider	29
Een goed overzicht van de activiteiten voor het komende jaar	28
De invloed van de IOF-coördinator	1
Anders	7

* Maximaal drie antwoorden mogelijk.

Het verplichtend karakter van het IOF en onduidelijkheid over de bedoeling van het IOF wordt door ongeveer de helft van de respondenten als belemmerende factoren voor het functioneren van hun IOF genoemd. Gebrek aan motivatie wordt door een kwart van de respondenten als belemmerende factor gezien. Ruim 10% mist sturing van de IOF-coördinator en/of gespreksleider. Onder 'anders' worden factoren genoemd zoals 'verschil in niveau tussen IOF-leden' (n=7), 'het kost te veel tijd' (n=7), 'te grote groep' (n=4), en 'het IOF heeft een te volle agenda' (n=3). Een klein aantal respondenten (4%) zegt nadrukkelijk dat er voor hun IOF geen belemmerende factoren te benoemen zijn.

Tabel 9.7 Factoren die het meest belemmerend werken voor het IOF

	Percentage*
Het feit dat het verplicht gesteld is om opgenomen te worden in het kwaliteitsregister	55
Veel onduidelijkheid over de bedoeling van het IOF	42
Leden zijn niet erg gemotiveerd	25
Leden zijn niet erg open in eigen manier van handelen	13
Geen sturing vanuit de IOF-coördinator	12
Geen goede gespreksleider	2
Samenstelling van de groep	9
Wederzijds vertrouwen ontbreekt	8
De sfeer	3
Anders	23
Geen belemmerende factoren	4

* Maximaal drie antwoorden mogelijk.

9.3 Attitude ten aanzien van het IOF

Aan alle respondenten (n=258) is een aantal uitspraken voorgelegd die betrekking hebben op het IOF (tabel 9.8). De overgrote meerderheid van respondenten is van mening dat deelname aan het IOF het contact met collega's verbetert.

Driekwart van de respondenten onderschrijft één of meer van de geponeerde stellingen die betrekking hebben op deskundigheidsverbetering, reflectie op het eigen handelen en verbetering van de relatie met de patiënt. Een gering percentage is van mening dat deelname van het IOF leidt tot verbetering van de communicatie met patiënten.

Ruim 40% is van mening dat deelname aan het IOF een bijdrage levert aan het waarborgen van kwaliteitszorg en het vergroten van uniformiteit binnen de beroepsgroep, 20% meent dat dit niet het geval is. Een evengroot percentage is ook van mening dat deelname aan het IOF te veel tijd, geld en energie kost, een derde van de respondenten is het daar mee oneens, de rest van de respondenten neemt een neutrale positie of heeft daar geen mening over. Het verplichtend karakter van het IOF wordt onderschreven door 40% van de respondenten, een bijna even grote groep is het daarmee juist oneens. Bijna een kwart van de respondenten (22%) geeft aan het helemaal oneens te zijn met deze uitspraak (niet in tabel).

Tabel 9.8 Mening over het IOF, in percentages* (n=258)

	(Helemaal) mee eens	Deels eens/ oneens	(Helemaal) mee oneens
Contact collega's			
Deelname aan een IOF kan het contact met mijn collega's verbeteren	81	14	4
Deskundigheidsbevordering, reflectie op handelen, verbetering relatie patiënt			
Deelname aan een IOF kan de tekortkomingen in mijn handelen achterhalen	32	43	25
Deelname aan een IOF kan mijn kennis en vaardigheden vergroten	55	31	12
Van collega's in een IOF kan ik veel leren	40	54	11
Deelname aan een IOF kan mij leren de relatie en communicatie met patiënten te verbeteren	20	28	48
Een IOF dwingt me kritisch te zijn ten opzichte van het eigen handelen	48	27	25
Ik ben ervan overtuigd dat een IOF bruikbaar is en dat ik er profijt van kan hebben	58	34	10
Bijdrage kwaliteitsbeleid			
Het IOF levert een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	41	36	20
Het IOF is van belang om één lijn onder de fysiotherapeuten te krijgen	43	33	20
Deelname aan een IOF kost teveel tijd, geld en energie	20	36	33
Het is goed dat deelname aan een IOF voorwaarde is om ingeschreven te staan in het kwaliteitsregister	40	23	37

* Naast genoemde antwoordcategorieën bestond ook de mogelijkheid om 'geen mening' aan te geven. De percentages tellen daarom niet altijd op tot 100.

9.4 Voor- en nadelen van het IOF

9.4.1 Tijdsbesteding

Gemiddeld worden vijf IOF-bijeenkomsten per jaar georganiseerd. Dit aantal varieert volgens de antwoorden van de respondenten van drie tot tien. De respondenten hebben het afgelopen jaar gemiddeld 4.5 bijeenkomsten bijgewoond met een gemiddelde duur van 2 uur en een gemiddelde voorbereidingstijd van 30 minuten.

Tabel 9.9 Aantal IOF-bijeenkomsten (n=249)

	Gemiddelde	Min	Max
Aantal georganiseerde IOF-bijeenkomsten per jaar	5	3	10
Aantal bijeenkomsten bijgewoond afgelopen jaar	4,5	1	8
Duur van de bijeenkomsten in minuten	120	50	200
Tijd besteed aan voorbereiding in minuten	30	0	360

Het grootste deel van de respondenten (63%) vindt het aantal bijeenkomsten precies goed. Een kleiner deel, namelijk 26% is van mening dat er te veel bijeenkomsten worden gehouden.

9.4.2 Kosten van deelname IOF

Slechts een kwart van de respondenten geeft aan dat er geen kosten verbonden zijn aan deelname aan het IOF. De rest van de respondenten noemt kosten als lidmaatschap, reiskosten en overige kosten als koffie/thee of kopiëren. Het grootste deel van de respondenten, namelijk 85% betaalt deze kosten zelf. Onder 'anders' wordt door een klein deel (n=4) aan-gegeven dat de kosten (deels) door het KNGF worden vergoed of dat dit toegezegd is.

Tabel 9.10 Kosten van deelname aan IOF (n=249)

	Percentage
Kosten verbonden?	
Nee	23
Ja, lidmaatschap van IOF	42
Ja, reiskosten	47
Ja, overige kosten (bv kopiëren, koffie, thee)	71
Door wie betaald?	
Ikzelf	85
De werkgever	6
Deels ikzelf, deels de werkgever	4
Anders	5

9.4.3 Effectiviteit van het IOF

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre activiteiten die in hun IOF zijn ondernomen hebben geleid tot veranderingen in hun handelen. Ruim de helft van de respondenten (52%) geeft aan dat deelname aan het IOF heeft geleid tot concrete veranderingen in eigen handelen en/of afspraken over een behandelwijze. Ongeveer een derde geeft aan dat deelname aan

een IOF heeft geleid tot concrete veranderingen in eigen handelen. Voorbeelden van concrete veranderingen zijn 'het verbeteren van verslaglegging' (n=30), 'het werken volgens richtlijnen' (n=18) en 'het samenwerken met collega's' (n=17). Verder blijkt, dat een derde van de respondenten aangeeft dat er in hun IOF afspraken zijn gemaakt over een bepaalde behandelwijze. Twee derde van de respondenten die hier positief op heeft geantwoord zegt zich meestal aan deze afspraken te houden.

Tabel 9.11 Resultaten van het IOF (n=249)

	Percentage
Deelname aan IOF heeft geleid tot veranderingen in eigen handelen	35
In IOF worden afspraken gemaakt over een bepaalde behandelwijze	37

Tenslotte is aan de respondenten gevraagd naar de balans van voor- en nadelen van deelname aan het IOF. Een kleine meerderheid (51%) ziet meer voor- dan nadelen aan deelname het IOF verbonden, daarentegen valt voor bijna een kwart van de respondenten de balans negatief uit.

Tabel 9.12 De verhouding tussen de voor- en nadelen om aan een IOF deel te nemen (n=249)

	Percentage
Alleen voordelen	5
Meer voordelen dan nadelen	46
Evenveel voordelen als nadelen	26
Meer nadelen dan voordelen	22
Alleen nadelen	1

De meeste respondenten (92%) zijn van plan in de toekomst deel te blijven uitmaken van het IOF waarin ze op dit moment zitten; 8% overweegt op zoek te gaan naar een ander IOF.

9.5 Suggesties voor verbetering

Door middel van een open vraag is aan de respondenten gevraagd of zij suggesties hebben voor verbetering van het functioneren van het IOF. Een top 5 van suggesties voor verbetering is gepresenteerd in tabel 9.13. De meest genoemde suggestie tot verbetering heeft betrekking op de duidelijkheid en structuur van het IOF. De suggesties om onderwerpen op landelijk niveau aan te reiken en betere begeleiding door de IOF-coördinator sluiten hierbij aan.

Tabel 9.13 Top vijf suggesties voor verbetering

	Aantal
Meer duidelijkheid / structuur / sturing van bovenaf	21
Homogene samenstelling van de IOF's	15
Centrale, landelijke onderwerpen	10
Betere begeleiding van IOF-coördinator	7
Niet verplichte deelname	7

10 Samenvatting en beschouwing

De ontwikkeling en implementatie van intercollegiale toetsing is een van de thema's binnen het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ).

Dit rapport bevat de evaluatie van het Nivel van de acht projecten die binnen dit thema zijn uitgevoerd. In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de evaluatie samengevat en kort bediscussieerd. Daarna wordt een beschouwing gegeven op de resultaten.

10.1 De ontwikkeling van intercollegiale toetsing en het IOF

10.1.1 Inleiding

Bij aanvang van het BKPZ-programma beschikten zeven beroepsgroepen reeds over een methode voor intercollegiale toetsing (diëtisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten). Bij deze beroepsgroepen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van intercollegiale toetsing. De belangrijkste activiteit binnen het BKPZ-programma in het kader van dit thema bestond uit het opleiden van begeleiders van toetsingsgroepen, in het vervolg aangeduid als interne procesbegeleiders. Logopedisten hadden nog niet de beschikking over een methode voor intercollegiale toetsing. Voor deze beroepsgroep is in het BKPZ-programma een beroepsspecifieke methode voor intercollegiale toetsing ontwikkeld.

De fysiotherapeuten volgen binnen dit thema een afwijkend traject dat gedeeltelijk buiten het BKPZ-programma om wordt gefinancierd. Dit betreft de realisering van infrastructuur bestaande uit lokale groepen fysiotherapeuten (Intercollegiaal Overleg Fysiotherapeuten (IOF)). De opleiding van IOF-coördinatoren die de oprichting van IOF's ondersteunen is uit BKPZ-middelen gefinancierd.

Alle activiteiten rond de ontwikkeling en implementatie van intercollegiale toetsing, de ontwikkeling van een scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren en de opleiding van IOF-coördinatoren zijn door het CBO uitgevoerd. De verschillende projecten werden doorgaans begeleid door een werkgroep met vertegenwoordigers uit de betrokken beroepsgroepen.

In het kader van de Nivel-evaluatie heeft bij aanvang van het BKPZ-programma een nulmeting plaatsgevonden bij de beroepsgroepen en de begeleidende instellingen. In deze nulmeting is vastgesteld wat het plan van aanpak was van de projecten en welke streefdoelen zijn geformuleerd. In de evaluatie van de intercollegiale toetsing-projecten is nagegaan of de projecten volgens plan zijn uitgevoerd en of streefdoelen zijn gehaald. Daartoe is gebruik gemaakt van interviews met werkgroepleden, de projectleiding en vertegenwoordigers van de beroepsvereniging. De waardering van het scholingsprogramma voor begeleiders van toetsingsgroepen en hun ervaringen met intercollegiale toetsing is geïnventariseerd door middel van vragenlijsten aan alle opgeleide begeleiders van toetsingsgroepen. Om een indruk te krijgen van het proces van intercollegiale toetsing in de praktijk zijn er interviews met leden van 8 toetsingsgroepen gehouden. De waardering van het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren en hun ervaringen met intercollegiale toetsing zijn geïnventariseerd door middel van vragenlijsten aan alle opgeleide IOF-coördi-

natoren. Om inzicht te krijgen in het functioneren van het IOF is aan een a-selecte steekproef van fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijns gevraagd naar hun ervaringen met het IOF.

De vraagstelling van de evaluatie van de projecten die binnen het thema van intercollegiale toetsing zijn uitgevoerd was achtledig:

1. Zijn de projecten volgens plan uitgevoerd?
2. Zijn de streefdoelen gehaald?
3. Is het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders toereikend?
4. Wat zijn de ervaringen van de interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing?
5. Wat zijn de ervaringen van leden van toetsingsgroepen met intercollegiale toetsing?
6. Is het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren toereikend?
7. Wat zijn de ervaringen van IOF-coördinatoren met het begeleiden van IOF's?
8. Wat zijn de ervaringen van IOF-leden met het IOF?

10.1.2 *Uitvoering volgens plan*

Uit de interviews met de projectleiders en werkgroepleden kwam naar voren dat de projecten redelijk naar wens zijn verlopen. De meeste knelpunten lagen op het vlak van de werving van deelnemers aan diverse activiteiten. Dit heeft invloed gehad op de samenstelling van de werkgroepen en het animo voor de trainingen voor interne procesbegeleider of mentor. Met name het beperkte aantal inschrijvingen heeft er bij een aantal beroepsgroepen toe geleid dat gedurende het BKPZ-programma wijzigingen in de projectplannen zijn doorgevoerd.

10.1.3 *Streefdoelen*

Vrijwel alle streefdoelen zijn gehaald. Ruim 90% van de 43 gestelde streefdoelen is geheel of bijna geheel gerealiseerd. Daarbij dient aangetekend te worden dat gedurende het BKPZ-programma streefgetallen vaak ruimschoots zijn gehaald en dat in een aantal gevallen nieuwe streefdoelen zijn gesteld en gerealiseerd. De streefdoelen die niet gehaald zijn hebben met name betrekking op de opleiding van mentoren. De functie van mentor blijkt niet goed van de grond te komen. Een aantal beroepsgroepen heeft dan ook besloten om deze functie te laten vervallen en de taken gedeeltelijk of geheel over te dragen aan bijvoorbeeld kwaliteitscoördinatoren. Ook het CBO heeft een deel van de taken van de mentoren overgenomen.

10.1.4 *Toereikendheid van het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders*

Naar alle interne procesbegeleiders afkomstig uit zeven verschillende beroepsgroepen (diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en radiologisch laboranten), opgeleid binnen het BKPZ-programma zijn vragenlijsten verstuurd. De uiteindelijke respons op de vragenlijsten bedroeg gemiddeld 72%. De respons was het hoogst voor de logopedisten (86%) en het laagst voor de oefentherapeuten-Mensendieck (60%). Ongeveer driekwart van de respondenten heeft alle scholingsdagen gevolgd. Het merendeel van de interne procesbegeleiders is tevreden met de omvang van het scholingsprogramma, 77% vindt dat het uit precies genoeg dagen bestaat. Dit beeld is voor alle beroepsgroepen ongeveer gelijk. Het scholingsprogramma wordt op alle onderdelen voldoende beoordeeld is. De onderdelen 'aansluiting op de praktijk' en 'inhoud van toetsingsmethode' worden gemiddeld relatief het minst beoordeeld, beide onderdelen worden met een 7,0 gewaardeerd. Verschillen in de beoordeling van het scholingsprogramma zijn met name te vinden tussen de beroepsgroepen van de oefentherapeuten-Mensendieck en de logopedisten. De oefentherapeuten-Mensendieck beoordelen alle onderdelen van het scholingsprogramma niet hoger dan een 7; de overall waardering van het scholingsprogramma bedraagt 6,4. De logopedisten daarentegen beoordelen alle onderdelen hoger dan 7,5; de overall waardering bedraagt voor deze beroepsgroep 7,7. Hoewel het scholingsprogramma over het algemeen positief wordt beoordeeld, geeft een aantal respondenten de

kanttekening dat de toetsingscyclus veel tijd in beslag neemt en arbeidsintensief is. Ook in de evaluatie van het OKPZ-programma is de waardering van het scholingsprogramma bij begeleiders van de toetsingsgroepen geïnventariseerd (Sluijs en Dekker, 1997). Over het algemeen (met uitzondering van de logopedisten) wordt het scholingsprogramma tijdens het BKPZ-programma minder hoog gewaardeerd, gemiddeld ruim een half punt lager, dan tijdens het BKPZ-programma.

Het grootste deel van de respondenten (88%) voelt zich in staat zelfstandig een toetsingsgroep te begeleiden, twee derde van de respondenten zou hierin nog wel ondersteuning van het CBO willen hebben, met name bij de fasen 'ontwerpen' en 'analyseren' en bij het motiveren van de toetsingsgroep. De belangrijkste suggestie die wordt gegeven voor verbetering van het scholingsprogramma is verbetering van het materiaal. Tevens wordt genoemd dat extra scholing, follow-up en terugkomdagen, indien juist ingevuld, bij kunnen dragen aan verbetering van het scholingsprogramma.

10.1.5 *Ervaringen van interne procesbegeleiders met intercollegiale toetsing*

In de vragenlijst voor interne procesbegeleiders is ook gevraagd naar hun ervaringen met intercollegiale toetsing.

De interne procesbegeleiders zijn gemiddeld 17 maanden bezig met intercollegiale toetsing. Per maand besteden zij ongeveer 6 uur (spreiding 0-40) aan intercollegiale toetsing.

De toetsingsgroepen van de interne procesbegeleiders hebben ten tijde van de evaluatie gemiddeld 1,2 toetsingsonderwerpen afgerond. Ruim een derde van groepen is nog bezig met een onderwerp, de overige groepen hebben alle onderwerpen afgerond en/of afgebroken.

Slechts 5% van de respondenten geeft aan dat intercollegiale toetsing, in het algemeen, niet heeft geleid tot veranderingen in eigen handelen. De overige respondenten geven aan dat de toetsing enigszins (39%) of zeker (50%) heeft geleid tot veranderingen in eigen handelen. De meest genoemde effecten van toetsing zijn dat mensen hebben geleerd van elkaar, dat er meer zicht is op elkaars werkwijzen, meer inzicht is in eigen handelen en dat er concrete verbeteringen zijn aangebracht.

Vergelijkbare vragen over de gepercipieerde effecten en over nadelen van intercollegiale toetsing zijn ook gesteld aan interne procesbegeleiders opgeleid in het OKPZ-programma. De antwoorden op de vragen over ervaren effecten van intercollegiale toetsing van interne procesbegeleiders opgeleid in het OKPZ-programma komen ongeveer overeen met die opgeleid in het BKPZ-programma. Interne procesbegeleiders opgeleid in het BKPZ-programma noemen gemiddeld 6 positieve effecten van intercollegiale toetsing, gemiddeld een meer dan de interne procesbegeleiders opgeleid in het OKPZ-programma. Interne procesbegeleiders opgeleid tijdens het BKPZ-programma zijn daarentegen vaker van mening dat er behalve voordelen ook nadelen verbonden zijn aan intercollegiale toetsing; ruim driekwart van de respondenten noemt een of meerdere nadelen, bij de evaluatie van het OKPZ-programma werd slechts door een derde van de opgeleide interne procesbegeleiders aangegeven dat er ook nadelen verbonden zijn aan intercollegiale toetsing. De tijdsinvestering en het gegeven dat de cyclus te lang duurt, worden door beide groepen respondenten als de belangrijkste nadelen van intercollegiale toetsing beschouwd. In het OKPZ-programma zijn deze nadelen door ruim een kwart van de interne procesbegeleiders genoemd, in het BKPZ-programma daarentegen worden deze nadelen door 60% van de respondenten genoemd.

10.1.6 *Ervaringen van leden van toetsingsgroepen met intercollegiale toetsing*

Om inzicht te krijgen in het functioneren van de toetsingsgroepen zijn interviews afgenomen bij acht toetsingsgroepen afkomstig uit de verschillende beroepsgroepen. Bij de mondhygiënist is een tweede toetsingsgroep geïnterviewd omdat de eerste groep vroegtijdig gestopt was met intercollegiale toetsing. De interviews werden afgenomen bij twee leden van een toetsingsgroep. Het interview richtte zich met name op de vraag op welke wijze de toetsingsgroepen de verschillende fasen van de toetsingscyclus hebben doorlopen.

Uit de interviews blijkt dat de toetsingsgroepen de verschillende fasen van de toetsingscyclus over het algemeen goed zijn doorlopen, maar dat de methode van intercollegiale toetsing op een aantal punten als complex ervaren wordt. De meeste toetsingsgroepen hebben een onderwerp gekozen dat vooral gericht was op het verbeteren van zorg. In de fase van de nulmeting, speelden onduidelijkheid over de uitvoering van de nulmeting en het feit dat de verkregen gegevens niet goed bruikbaar bleken te zijn, sommige toetsingsgroepen parten. De fase van het ontwerpen van criteria is door alle toetsingsgroepen als moeilijk ervaren. Slechts twee toetsingsgroepen zijn er in geslaagd resultaatcriteria, procescriteria en structuurcriteria te formuleren. Het onderscheid tussen de drie vormen van criteria werd als onduidelijk ervaren met als gevolg dat de criteria vaak niet in een van de bovengenoemde categorieën onderverdeeld konden worden. Alle toetsingsgroepen geven aan dat in de fase van het toetsen er positieve effecten behaald bleken te zijn met betrekking tot het toetsingsonderwerp en zelfs ook met betrekking tot het dagelijks handelen. De laatste fase, de fase van borging, lijkt echter niet goed van de grond te komen terwijl juist deze fase essentieel is in de kwaliteitszorg. Het merendeel van de toetsingsgroepen verwacht wel dat de resultaten van de toetsingsstudie in de toekomst gebruikt zullen gaan worden. Het is echter jammer dat slechts één toetsingsgroep een hertoetsing heeft uitgevoerd en maar twee toetsingsgroepen van plan zijn dit nog te gaan doen. Ook gaan slechts twee toetsingsgroepen in de toekomst door met intercollegiale toetsing. Gezien het geringe aantal interviews kunnen de resultaten van deze interviews niet als representatief worden beschouwd voor alle toetsingsgroepen gestart in het BKPZ-programma. De wijze van selectie van de geïnterviewde toetsingsgroepen -de adressen van toetsingsgroepen met een afgerond onderwerp werden verstrekt door het CBO- heeft bovendien mogelijk geleid tot een positieve vertekening van de resultaten. De resultaten zijn daarom vooral ter illustratie bedoeld. Toch valt uit de resultaten te concluderen dat het voor toetsingsgroepen niet eenvoudig is alle fasen van de toetsingscyclus op een goede manier te doorlopen. Met name het formuleren van criteria leverde bij een aantal toetsingsgroepen problemen op. Alhoewel alle toetsingsgroepen positieve effecten op het paramedisch handelen ervaren is het opvallend dat er bij de groepen weinig concrete plannen voor continuering zijn.

10.1.7 *Toereikendheid van het scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren*

Er zijn vragenlijsten verstuurd naar alle IOF-coördinatoren opgeleid binnen het BKPZ-programma. De respons bedroeg 80%. De respondenten zijn bijna allemaal lid van het KNGF en het grootste deel is werkzaam in een vrijgevestigde praktijk. Het grootste deel van de IOF-coördinatoren geeft aan dat interesse in kwaliteit en kwaliteitsbeleid, maar ook het verbeteren of ontwikkelen van het vak fysiotherapie en op een andere manier met het vak bezig zijn belangrijke redenen waren om IOF-coördinator te worden.

De inhoud van het scholingsprogramma wordt over het algemeen positief gewaardeerd, maar een groot deel van de respondenten vindt de omvang van het scholingsprogramma echter onvoldoende. Een duidelijke behoefte aan meer scholing wordt ook uitgesproken wanneer wordt gevraagd naar ondersteuning die mensen nog nodig achten. De meerderheid geeft aan dat zij voldoende hebben geleerd om IOF's inhoudelijk te begeleiden, maar slechts een klein deel denkt dit zonder ondersteuning ook zelfstandig te kunnen. Ondersteuning zou volgens de IOF-coördinatoren voornamelijk noodzakelijk zijn op het gebied van aanreiken van vaardigheden aan de IOF's en het aanreiken van methoden en werkwijzen en zou het beste gegeven kunnen worden in de vorm van extra scholing.

De IOF-coördinatoren zien het coachen van gespreksleiders, het ondersteunen van veranderingsprocessen binnen een IOF, het voorzien van de juiste tools en technieken en het assisteren bij of het oplossen van conflicten binnen een IOF als hun belangrijkste taken. Ruim de helft van de IOF-coördinatoren geeft echter aan dat zij de taken niet goed afgebakend vinden.

De verschillende aspecten van het scholingsprogramma worden allen voldoende beoordeeld. Slechts één aspect wordt hoger dan een 7 beoordeeld. Het ging hier om de verstrekte materialen. Het laagst beoordeeld, met een 6,2, werd de aansluiting bij de praktijk. De belangrijkste suggestie voor het verbeteren van het scholingsprogramma ligt dan ook in de

aansluiting op de praktijk. Maar ook het organiseren van meer scholing in de vorm van scholingsdagen, terugkomdagen en symposia en het aanleren van meer praktische vaardigheden worden als mogelijk punten ter verbetering genoemd.

10.1.8 *Ervaringen van IOF-coördinatoren met het IOF*

In de vragenlijst naar IOF-coördinatoren is ook gevraagd naar hun ervaringen met het begeleiden van IOF's.

Begeleiding van de gespreksleiders van de IOF's bestaat voornamelijk uit telefonische contact en het bijwonen van bijeenkomsten. Dit bijwonen van bijeenkomsten en het geven van presentaties tijdens IOF-bijeenkomsten zijn belangrijke middelen in de begeleiding van de IOF-leden. Het bijwonen van IOF-bijeenkomsten blijkt zelfs de meest genoemde activiteit te zijn van IOF-coördinatoren. Andere belangrijke activiteiten zijn het aandragen van methoden, werkwijzen en vaardigheden, het uitleggen van de bedoeling van IOF en het coachen van de gespreksleiders. Het grootste deel van de IOF-coördinatoren denkt, door onder andere het aanreiken van methoden en instrumenten, het geven van informatie en uitleg en het bieden van structuur bij te dragen aan het welslagen van het IOF. Een deel van de IOF-coördinatoren is wat terughoudend over hun bijdrage aan het welslagen van een IOF. Zij zijn van mening dat veel IOF's uit zichzelf al goed draaien of dat ze uiteindelijk toch zelf de verantwoordelijkheid hebben of de motivatie moeten hebben om goed te functioneren.

Het grootste deel van de respondenten ondervindt problemen bij het uitvoeren van hun taak als IOF-coördinator. Opvallend is dat de respondenten een groot scala aan problemen ondervinden. Ruim een derde van de respondenten noemt vijf of meer problemen. De problemen die het vaakst worden genoemd zijn de geringe motivatie van de IOF-leden en de onduidelijkheid bij de IOF-leden. Verder wordt door veel IOF-coördinatoren aangevoerd dat de hele IOF-ontwikkeling zich nog in een beginstadium bevindt, hetgeen de nodige problemen met zich meebrengt.

10.1.9 *Ervaringen van IOF-leden met het IOF*

Een zeer groot percentage van de extramuraal werkende fysiotherapeuten is lid van een IOF. Het feit dat deelname aan een IOF een voorwaarde is om opgenomen te kunnen worden in het kwaliteitsregister van fysiotherapeuten heeft in dit succes zeker een rol gespeeld, drie kwart van de respondenten noemt dit als één van de motieven om lid te worden. Het verplichtend karakter van het IOF, en het waarschijnlijk daarmee samenhangende gebrek aan motivatie van IOF-leden behoren tot de drie meest genoemde factoren die belemmerend werken voor het welslagen van het IOF. Een goede motivatie en factoren die samenhangen met het groepsproces (goede sfeer, wederzijds vertrouwen) worden daarentegen als meest belangrijke bevorderende factoren genoemd. Ook de samenstelling van de IOF-groep wordt vaak als bevorderende dan wel belemmerende factor genoemd.

Ondanks het verplichtend karakter denkt een meerderheid over het algemeen positief over het IOF. Deelname aan een IOF draagt volgens driekwart van de respondenten bij tot deskundigheidsbevordering en/of zelfreflectie. De resultaten laten zien dat een kleine meerderheid meer voor- dan nadelen verbonden ziet aan het IOF. Een kleine groep heeft een negatieve attitude ten aanzien van het IOF, ongeveer een kwart van de respondenten ziet meer nadelen dan voordelen aan het IOF verbonden. Onduidelijkheid over het IOF, gebrek aan sturing en gebrek aan motivatie komen meerdere malen in de antwoorden van de respondenten terug.

Als gekeken wordt naar belangrijke activiteiten die binnen het IOF ondernomen worden, blijkt dat het bespreken van richtlijnen door een groot aantal respondenten (72%) wordt genoemd. De meest besproken richtlijnen binnen het IOF zijn acuut enkelletsel, informatieverstrekking huisarts, COPD, postoperatief lumbosacraal syndroom en stress-urine incontinentie. Naast het bespreken van richtlijnen wordt door een derde of meer van de respondenten de activiteiten casuïstiek bespreking, aanleren van vaardigheden, intervisie en werkafspraken naar aanleiding van richtlijnen genoemd.

Beschouwing

In dit rapport is verslag gedaan van de projecten die tot doel hadden intercollegiale toetsing en het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (verder) te ontwikkelen en te implementeren. Intercollegiale toetsing is een van de belangrijkste speerpunten van het BKPZ-programma. Bij acht beroepsgroepen, waarbij de fysiotherapie is meegerekend, vormt intercollegiale toetsing een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

Uit de resultaten van de evaluatie blijkt dat beroepsbeoefenaren die participeren in intercollegiale toetsing doorgaans positief zijn over de effecten daarvan op het paramedisch handelen.

Verbeteringen in het paramedisch handelen en meer uniformiteit in het handelen worden het meest vaak als positieve effecten van intercollegiale toetsing genoemd. Alhoewel voor ogen gehouden dient te worden dat deze gegevens ontleend zijn aan zelfrapportage, lijken de belangrijkste doelstellingen -het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren en het bewerkstellingen van verbeteringen in het handelen- van intercollegiale toetsing gerealiseerd te zijn.

Bij dit positieve resultaat zijn echter de volgende kanttekeningen te plaatsen.

Relatief veel vragenlijsten verstuurd naar interne procesbegeleiders zijn oningevuld retour gekomen, respondenten gaven aan niet als begeleider van een toetsingsgroep⁶ te functioneren. Het CBO heeft gedurende het BKPZ-programma in samenspraak met de beroepsverenigingen wijzigingen in het projectplan aangebracht. Dit heeft onder andere bij de ergotherapie tot gevolg gehad dat extramurale groepen in plaats van de methode van intercollegiale toetsing verschillende modules aangereikt hebben gekregen, zoals intervisie, casuïstiekbespreking en het bespreken van richtlijnen. Respondenten hebben zich hierdoor mogelijk niet herkend als interne procesbegeleider. Uit dit gegeven blijkt dat er bij beroepsbeoefenaren onduidelijkheid bestaat over hun rol in het begeleiden van toetsingsgroepen.

Op het moment van de evaluatie zei ongeveer een derde van de respondenten op dat moment actief bezig te zijn met intercollegiale toetsing. De overige respondenten gaven aan de onderwerpen afgerond te hebben of onderwerpen te hebben afgebroken. Slechts de helft van de respondenten heeft plannen om in de toekomst door te gaan met intercollegiale toetsing. Dit betekent dat het rendement van de scholing tot interne toetsingsbegeleider over een termijn van enkele jaren relatief laag is. Met een dergelijk verloop is een relatief grote continue instroom in het scholingsprogramma voor interne procesbegeleiders nodig om toetsingsgroepen actief te laten zijn. Dit betekent ook dat er naast het opleiden van interne procesbegeleiders de beroepsverenigingen andere activiteiten dienen te ondernemen om intercollegiale toetsing succesvol te implementeren.

Bij de eindevaluatie van het BKPZ-programma bleken de beroepsverenigingen niet op de hoogte te zijn van het aantal actieve toetsingsgroepen. Het was daarom niet mogelijk een goede schatting te maken van het percentage beroepsbeoefenaren dat in intercollegiale toetsing participeert. Ook bij het CBO ontbreken dergelijke gegevens. Deze gegevens zijn echter noodzakelijk om kwaliteitsbeleid richting te kunnen geven. Het rendement van scholing in intercollegiale toetsing en dus de implementatie van intercollegiale toetsing zou wellicht verhoogd kunnen worden door een meer centrale sturing van intercollegiale toetsing. Het centraal richting geven van intercollegiale toetsing zou enerzijds de continuïteit kunnen bevorderen, anderzijds stuurinformatie kunnen opleveren voor toekomstig kwaliteitsbeleid. De meeste paramedische beroepsverenigingen zullen in het IKPZ-programma gaan werken aan de (verdere) ontwikkeling van een regionale infrastructuur. Door sommige beroepsgroepen wordt intercollegiale toetsing expliciet als een van de activiteiten binnen een regionale infrastructuur genoemd. Een dergelijke structuur lijkt een kansrijke mogelijkheid om het rendement van scholing in intercollegiale toetsing te verhogen.

Een kanttekening die ook gezet kan worden, is het gegeven dat uit de resultaten van de evaluatie blijkt dat de attitude ten aanzien van intercollegiale toetsing van interne procesbege-

⁶ Beroepsgroepen gebruiken verschillende termen voor de functie van begeleider van toetsingsgroepen. In de vragenlijst is steeds de correcte term voor de betreffende beroepsgroep gebruikt.

leiders opgeleid binnen het BKPZ-programma duidelijk minder positief is dan die van interne procesbegeleiders opgeleid in het OKPZ-programma. Met name de tijdsinvestering en het gegeven dat de cyclus te lang duurt, worden nadrukkelijker als nadelen van intercollegiale toetsing genoemd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in het OKPZ-programma vooral de (enthousiaste) voortrekkers van het kwaliteitsbeleid van paramedische beroepsgroepen zijn opgeleid. Het is denkbaar dat de beroepsbeoefenaren opgeleid in het BKPZ-programma een meer kritische houding innemen ten opzichte van intercollegiale toetsing. De moeizame werving van mentoren en interne procesbegeleiders, een van de belangrijkste belemmerende factor bij de uitvoering van de projecten binnen dit thema, lijkt dit te onderschrijven. Deze kritische houding zal ook bij de verdere implementatie van intercollegiale toetsing een factor zijn waarmee rekening gehouden moet worden. Belangrijk daarbij is dat de balans van voor- en nadelen van intercollegiale toetsing voor de individuele beroepsbeoefenaar positief blijft uitvallen.

De fysiotherapeuten hebben binnen dit thema van het BKZP-programma gewerkt aan de vormgeving van een infrastructuur van IOF's. Het CBO heeft in samenwerking met het KNGF een scholingsprogramma voor IOF-coördinatoren ontwikkeld en uitgevoerd. Inmiddels zijn er ruim 120 IOF-coördinatoren opgeleid en 1200 IOF's actief. In korte tijd heeft het KNGF een infrastructuur gerealiseerd waarin een zeer groot percentage van de beroepsgroep participeert. Het welslagen van het IOF zal uiteindelijk afhangen van de mate waarin het IOF tot een verbetering van de transparantie en kwaliteit van zorg leidt. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat deelname aan het IOF tot concrete veranderingen heeft geleid in het eigen handelen en /of tot uniformiteit in het handelen door middel van het maken van afspraken. Het IOF wordt door het KNGF tevens als een middel beschouwd om richtlijnen te implementeren. Uit de resultaten van deze evaluatie blijkt dat het IOF inderdaad een veelbelovend instrument lijkt om deze doelstelling te bereiken. Een groot deel van de respondenten gaf aan één of meerdere richtlijnen in het IOF te hebben besproken. Hoewel deze bevindingen nog niet als een objectieve maatstaf beschouwd kunnen worden voor een verbetering van kwaliteit van zorg, lijkt wel de conclusie gerechtvaardigd dat het mogelijk is via het IOF veranderingen in het handelen te bewerkstelligen. Dit gegeven kan als een succes van het IOF gezien worden.

Uit de evaluatie blijkt dat de stormachtige ontwikkeling van het IOF enige aanloopproblemen met zich mee heeft gebracht. Onduidelijkheid over de bedoeling van het IOF en gebrek aan sturing worden door zowel IOF-coördinatoren als IOF-leden als problemen naar voren gebracht.

Bij de IOF-coördinatoren komen deze aanloopproblemen onder andere tot uiting in hun waardering van het scholingsprogramma. Alhoewel het scholingsprogramma op alle onderscheiden aspecten met een voldoende is beoordeeld, blijkt de meerderheid van de IOF-coördinatoren de omvang van het scholingsprogramma onvoldoende te vinden. Met name de aansluiting op de praktijk wordt gemist. Drie kwart van de IOF-coördinatoren heeft behoefte aan extra ondersteuning van het CBO. Een even grote groep ondervindt problemen in hun functioneren als IOF-coördinator, ruim een derde van de IOF-coördinatoren noemt zelfs vijf of meer problemen. Een geringe motivatie van IOF-leden en onduidelijkheid over het IOF wordt door de helft van de IOF-coördinatoren als probleem ervaren.

Ook door IOF-leden worden geringe motivatie en onduidelijkheid als belangrijke belemmerende factoren genoemd. Met name deze punten lijken de komende tijd de aandacht van het KNGF te verdienen. De IOF-leden geven aan behoefte te hebben aan meer sturing en meer uitleg over de bedoeling van het IOF. Het aanreiken van 'centrale onderwerpen' zou een mogelijkheid kunnen zijn om in deze behoefte te voorzien. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat factoren die samenhangen met het groepsproces de belangrijkste bevorderende factoren zijn voor het welslagen van een IOF. Aandacht voor het groepsproces en de samenstelling van de IOF-groepen lijkt dan ook de komende tijd gerechtvaardigd.

Het KNGF heeft deelname aan het IOF als een van de voorwaarden gesteld om voor herregistratie in het kwaliteitsregister in aanmerking te komen. Met deze centrale sturing is

ruim een derde van de respondenten het oneens, slechts 40% van de respondenten onderschrijft dit besluit. De weerstand tegen het verplichtend karakter van deelname komt ook tot uiting in het gegeven dat een meerderheid van de respondenten het verplichtend karakter van het IOF als een belemmerende factor voor het welslagen van het IOF beschouwt. Ondanks bovengenoemde problemen is voor de helft (51%) van de IOF-leden de balans tussen voor- en nadelen van IOF-deelname positief. Dit resultaat is zonder meer bemoedigend te noemen, zeker gezien het feit dat -anders dan bij intercollegiale toetsing- de grote meerderheid van beroepsbeoefenaren in het IOF participeert. Een kwart van de respondenten heeft echter een negatieve attitude ten aanzien van het IOF.

Het KNGF ziet het IOF als de motor van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Het is voor het KNGF een belangrijke uitdaging deze motor -nu hij gestart is- op volle toeren en naar tevredenheid te laten blijven draaien. Extra aandacht voor de categorie van beroepsbeoefenaren die een negatieve attitude hebben ten aanzien van het IOF door het bieden van meer duidelijkheid en sturing is nodig. Het gevaar bestaat dat juist deze groep in de komende jaren zand in de motor zou kunnen gaan strooien.

Literatuur

- BLOTEN H., VAN KONINGSBRUGGEN C., RUHL A. Meedraaien in een IOF. In: Fysiopraxis, 1999, nr.3, 32-34
- DEKKER J. Ziekte, functionele gezondheid en paramedische zorg. Amsterdam, EMGO-Instituut, Utrecht: Nivel, 1997.
Oratie, EMGO-Instituut, Nivel.
- DRIESSEN M.J., SLUIJS E.M., DEKKER J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg: evaluatie van het programma
Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Utrecht: Nivel, 1995.
- GROL R., LAWRENCE M. Quality Improvement bij Peer Review. Oxford: University press, 1995.
- HINGSTMAN L., PETERS P., VAN DER WINDT W., HARMSSEN J., ALLAART P.C., DE VOOGD-HAMELINK A.M. Rapportage
Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2000. Den Haag: Nivel, Prismant, OSA, 2000.
- HOFHUIS H., SLUIJS E., VAN DEN ENDE E. Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering
Paramedische Zorg. Een tussentijdse evaluatie van het verloop van BKPZ-projecten. Utrecht: Nivel, 1999.
- HOMBERGH P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice. Dissertatie. Nijmegen:
WOK, 1998.
- Ministerie van VWS. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1992.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De Wet BIG. Hoofdpijnen van de Wet Beroepen in de Individuele
Gezondheidszorg. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.
- SLUIJS E.M., BIK M.C.M. Intercollegiale toetsing: wat levert het op? In: Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie,
1996, 24, nr. 4, 146-152.
- SLUIJS E., DEKKER J. Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Deelrapport 2: Eindevaluatie
van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Utrecht: Nivel, 1997b.
- SLUIJS E., EVERS A. PITD geëvalueerd: effecten van intercollegiale toetsing in de diëtetiek. In: Nederlands Tijdschrift
Diëtisten, 1997, 52, nr. 3, 28-33.
- SLUIJS E., ROEBROECK M., VAN DEN ENDE E., DEKKER J. Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg. Opzet van de
programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht: Nivel, 1998.
- SLUIJS E., VISSER E., STEULTJENS M., DEKKER J. Draagvlak voor het paramedisch kwaliteitsbeleid in de praktijk.
Deelrapport 4: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ).
Utrecht: Nivel, 1997c.
- TIMMERMANS J.E., SLUIJS E.M., DEKKER J., HARTOG W.H.M. DEN. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht:
Nivel, 1994.
- WEES Ph. VAN DER Kwaliteitsprogramma fysiotherapie ligt op koers. In: Fysiopraxis, 1999, nr.1, 30-32.

Bijlagen

Bijlage 1: Thema's in het BKPZ-programma

Bijlage 2: Vragenlijst voor werkgroepen in het BKPZ-programma

Bijlage 3: Interviewchecklist projectleiders

Bijlage 4: Vragenlijst voor interne proces begeleiders in het BKPZ-programma

Bijlage 5: Vragenlijst voor IOF-coördinatoren in het BKPZ-programma

Bijlage 6: Vragenlijst bekendheid en waardering intercollegiaal overleg fysiotherapie (IOF)

Bijlage 7: Interviewschema intercollegiale toetsing

BIJLAGE 1: Thema's in het BKPZ-programma

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

Schema 1 Kwaliteitsprojecten per thema en per beroepsgroep

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

D = Diëtisten

E = Ergotherapeuten

F = Fysiotherapeuten

L = Logopedisten

M = Mondhygiënist

C = Oefentherapeuten Cesar

Md = Oefentherapeuten-Mensendieck

O = Orthoptisten

P = Podotherapeuten

R = Radiologisch laboranten

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

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

Classificatiesystemen

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

voor het vastleggen van de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck, in aanvulling op de verwijsdiagnose.

Verslaglegging patiëntenzorg

Om te bewerkstelligen dat beroepsbeoefenaren de door hen verleende zorg op uniforme wijze registreren wordt voor vijf beroepen een registratie-systeem patiëntenzorg ontwikkeld. De registratiesystemen omvatten een registratie-formulier waarop de paramedicus alle noodzakelijke informatie op geordende wijze kan vastleggen (ook wel patiëntenkaart, status of dossier genoemd). De registratiesystemen bevatten ook een overzicht van de classificaties en coderingen die dienen te worden gebruikt.

Actualisering van beroepsprofielen

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

Criteria vanuit patiëntenperspectief

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

Richtlijnen, standaarden en protocollen

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

Implementatie van intercollegiale kwaliteitstoetsing

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

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

Zeven beroepsgroepen beschikken over een eigen methode voor kwaliteitstoetsing; bij hen gaat het in het BKPZ-programma om de implementatie en verdere verspreiding van toetsing. In de projecten ligt dan ook het accent op het opleiden van veel nieuwe toetsingsbegeleiders, mentoren en kwaliteitscoördinatoren, allen met de taak om toetsingsgroepen te begeleiden of kwaliteitsprojecten op te zetten. Op die wijze ontstaat als het ware een nieuw 'kwaliteitskader' in een beroepsgroep dat sturing geeft aan de kwaliteitsactiviteiten. Met dit kwaliteitskader ontstaat op den duur ook een goede infrastructuur voor de implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of standaarden.

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

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

Visitatiesystemen

Visitatie houdt in dat een visitatieteam de kwaliteit van een praktijk of afdeling beoordeelt, dat oordeel vastlegt in een visitatieverslag dat doorgaans ook aanbevelingen voor verbetering bevat. Bij een volgende visitatie wordt nagegaan wat met deze aanbevelingen is gedaan. Binnen het vorige kwaliteitsprogramma is een begin gemaakt met de ontwikkeling van een visitatiesysteem voor podotherapeuten. Op basis van de ervaringen zal dit worden bijgesteld en verder worden geïmplementeerd. Binnen het BKPZ-programma zal ook voor zeven andere beroepsgroepen een visitatiesysteem worden ontwikkeld en op beperkte schaal in de praktijk worden getest.

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

Overige projecten

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

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



**Vragenlijst voor
werkgroepen in het
BKPZ-programma
-intercollegiale toetsing -**

Bijlage 2

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg

bezoekadres
drieharingstraat 6

postadres
postbus 1568
3500 BN Utrecht

Telefoon
030 27 29 700
fax
030 27 29 729

TOELICHTING:

Wilt u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en naar mij terug sturen? Na ontvangst van de ingevulde vragenlijst zal ik contact met u opnemen voor een telefonische toelichting op een aantal vragen. Ook andere zaken die betrekking hebben op uw project die niet in deze vragenlijst zijn opgenomen kunt u dan toelichten.

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

Voor vragen kunt u bellen naar het Cindy Veenhof 030 - 2729797.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Cindy Veenhof

**Deze vragen gaan over de samenstelling van de werkgroep
Met projectleider wordt bedoeld degene die het project begeleidt vanuit de
ondersteunende instelling**

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

Beroepsgroep:

.....

Project

:

.....

2. Uit hoeveel leden bestaat uw werkgroep?

..... leden

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

☐ nee

☐ ja

Zo ja, wat waren deze wensen?

1.

.....

.....

2.

.....

.....

3.

.....

.....

4. Kon de werkgroep overeenkomstig deze wensen worden samengesteld?

☐ ja

☐ nee

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

☐ ja

☐ nee

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

☐ ja

☐ nee

7. Is de werkgroep gestart volgens de tijdsplanning?

☐ ja

☐ nee

8. Is het project op dit moment afgerond?

- ☐ ja, afgerond in (maand/jaar)
☐ nee, afronding verwacht in (maand/jaar)

De volgende vragen gaan over de werkgroepbijeenkomsten

9. Hoeveel werkgroepbijeenkomsten hebben tot nu toe plaatsgevonden?

..... keer

10. Is dit aantal

- ☐ vaker dan gepland bij aanvang van het project
☐ gelijk aan het aantal geplande bijeenkomsten
☐ minder vaak dan gepland

11. Door wie werden de volgende taken uitgevoerd?

- | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Voorzitterschap: | ☐ projectleider | ☐ paramedicus |
| ☐ Secretariaat: | ☐ projectleider | ☐ paramedicus |
| ☐ Notulen: | ☐ projectleider | ☐ paramedicus |

12. Was er een vergoeding voor de paramedici van de werkgroep?

- ☐ nee
☐ ja, reiskostenvergoeding
☐ ja, urenvergoeding
☐ anders, namelijk

De volgende vragen gaan over het projectplan

Door het CBO is bij aanvang van het BKPZ-programma het 'Programma BKPZ, Activiteiten CBO' opgesteld.

13. Was er bij de aanvang van uw project:

Een activiteitenplan

- ☐ ja
☐ nee

Een tijdsplanning

- ☐ ja
☐ nee

Een taakverdeling van de werkgroepleden

- ☐ ja
☐ nee

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

- ☐ nee
☐ ja

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

- ☐ ja
- ☐ enigszins
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ enigszins
- ☐ nee

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

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

Het volgende gedeelte van de vragenlijst betreft de uitvoering van het project 'intercollegiale toetsing'

Volgens het projectplan van het CBO worden in zijn algemeenheid de volgende stappen doorlopen bij het ontwikkelen en implementeren van intercollegiale toetsing.

A Ontwikkelen van:

- ☐ een toetsingsmethode, een scholingsprogramma groepen en begeleiders.
- ☐ een vervoltraining voor de begeleiders

B Bijstellingsfase:

- ☐ evalueren en bijstellen van de hiervoor genoemde zaken
- ☐ ontwikkelen van implementatiestrategieën
- ☐ trainen van meer toetsingsgroepen
- ☐ trainen van meer toetsingsbegeleiders
- ☐ vervoltrainingen voor toetsingsbegeleiders

☐ Brede verspreiding in de beroepsgroep:

- ☐ ontwikkelen, evalueren en bijstellen van een scholingsprogramma voor mentoren.

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

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

- ☐ ja
- ☐ nee

In welke mate zijn de toetsingsmethode en training in de loop van het project bijgesteld?

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

- ☐ ja
- ☐ nee

20. Is de samenstelling van de werkgroep tussentijds veranderd?

- ☐ ja
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ enigszins
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ enigszins
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ enigszins
- ☐ nee

26. Hoe verliep de samenwerking in de werkgroep?

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

- ☐ ja
- ☐ nee

28. Is er tijdens het project overleg geweest met:

Bestuur van de vereniging

- ☐ ja
☐ nee

Kwaliteitscommissie van de beroepsgroep

- ☐ ja
☐ nee

Andere paramedici uit de beroepsgroep

- ☐ ja
☐ nee

Het volgende gedeelte van de vragenlijst betreft de streefdoelen van het project 'verslaglegging patiëntenzorg'.

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

29. Ten behoeve van het project intercollegiale toetsing door oefentherapeuten Cesar zijn in het rapport de volgende streefdoelen vastgesteld. Kunt u aangeven wat de stand van zaken is ten aanzien van deze doelen?

	Gerealiseerd	
	ja	nee
1. Een bijgestelde methode voor intercollegiale toetsing	—	—
2. Een bijgesteld scholingsprogramma voor IPB-ers	—	—
3. Meer geschoolde toetsingsgroepen, totaal 12 nieuwe	—	—
4. Meer geschoolde IPB-ers, totaal 24 nieuwe	—	—
5. 18 getrainde regiomentoren	—	—
6. Streven is dat maximaal 20% van de oefentherapeuten-Cesar geschoold is in toetsing (147 oefentherapeuten-Cesar)	—	—
7. Een scholingsprogramma voor regiomentoren	—	—

In het telefonische interview wordt nader op deze streefdoelen ingegaan.

29a. Zijn er in het kader van intercollegiale toetsing mentoren opgeleid?

- ☐ ja
☐ nee

Zo ja, hoeveel mentoren zijn opgeleid?

Wat zijn hun taken?

Worden deze taken reeds gerealiseerd?

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

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

- ☐ ja
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ nee

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

- ☐ ja
- ☐ nee

Naast ontwikkelingen binnen uw beroepsgroep zelf kunnen ook (maatregelen van) externe partijen een positieve of negatieve invloed hebben gehad op het verloop van uw project

De volgende vragen gaan over deze beïnvloeding

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

De eigen beroepsgroep

- ☐ ja
- ☐ nee

Landelijke overheid

- ☐ ja
- ☐ nee

Zorgverzekeraars

- ☐ ja
- ☐ nee

Instellingen/werkgevers

- ☐ ja
- ☐ nee

Andere disciplines

- ☐ ja
- ☐ nee

Patiënten(organisaties)

- ☐ ja
- ☐ nee

Opleidingen

- ☐ ja
- ☐ nee

Bedrijfsleven

- ☐ ja
- ☐ nee

Tot slot willen we enkele vragen stellen over toekomstige ontwikkelingen

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

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

37. Hoe denkt uw werkgroep over samenwerking met andere beroepsgroepen ten aanzien van kwaliteitsactiviteiten?

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Geïnterviewde werkgroepleden:

Mevr. H. van de Fliert, diëtist
Mevr. A. van den Heuvel, ergotherapeut
Mevr. M. van Mil-Leytens, logopedist
Mevr. I. Willemse, mondhygiënist
Mevr. R. Oude Huikink, oefentherapeut-Mensendieck
Mevr. M. van der Ploeg, radiologisch laborant

BIJLAGE 3: Interviewchecklist projectleiders

Intercollegiale toetsing: het verloop van de projecten m.b.t. intercollegiale toetsing

De volgende vragen komen in het interview aan de orde.

1. Samenstelling van de projectgroepen.

Is de samenstelling van de projectgroepen vlot verlopen?
Konden paramedici met de gewenste deskundigheden gevonden worden?
Waren de paramedici in voldoende mate toegerust voor hun taken in de projectgroepen?
Hoe verliep de samenwerking in de projectgroepen?

2. Financiën

Was het budget toereikend voor de projecten?
Welke vergoedingen kregen de paramedici en waren deze toereikend?

3. Plan van aanpak

Aan de projecten lag een plan van aanpak ten grondslag.
Dit plan is beknopt beschreven in bijlage 1.
Is dit plan van aanpak gevolgd? Hebben bijstellingen plaatsgevonden?
Is dezelfde werkwijze van intercollegiale toetsing en scholing van interne proces begeleiders aangehouden of zijn er tussentijdse veranderingen opgetreden?

4. Verloop van de projecten

Welke meevallers/tegenvallers of ontwikkelingen hebben het verloop van de projecten beïnvloed?

5. Streefdoelen

De streefdoelen van de projecten met betrekking tot intercollegiale toetsing staan beknopt beschreven in bijlage 2.
Zijn er al projecten afgerond? Zo nee, wanneer wordt de afronding verwacht?
Welke streefdoelen zijn inmiddels gerealiseerd?
Hoe schat u de haalbaarheid in van nog niet gerealiseerde streefdoelen?

6. Mentoren

Zijn er in het kader van de intercollegiale toetsing mentoren getraind? Zo nee, waarom niet?
Wat zijn de taken van deze mentoren?
Worden deze taken reeds gerealiseerd?

7. Draagvlak en implementeerbaarheid

Kunt u al iets zeggen over het draagvlak in de beroepsgroep?
Hoe denkt u over de implementeerbaarheid en wat zou daarvoor moeten gebeuren?

8. Programmatische aanpak

U heeft meerdere paramedische beroepen begeleid bij het project intercollegiale toetsing.
Had dat een meerwaarde? Zo ja, voor wie en in welke opzichten?
Is er samenwerking geweest tussen de beroepsgroepen? Is er sprake geweest van uitwisseling van ervaring en kennis? Hoe en door wie is dit gebeurd?

9. Geleerd?

Wat heeft uzelf van deze projecten geleerd? Wat zou u in vergelijkbare volgende projecten anders doen?

10. Uw eigen mening

Zijn er zaken die u graag wilt vertellen en die nog niet aan de orde zijn gekomen?

Geïnterviewde projectleiders van het CBO:

Mevr. Mr. A. Evers:	diëtisten en mondhygiënist
Mevr. I. Janssen:	ergotherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck
Mevr. H. Timmermans:	fysiotherapeuten
Mevr. A. Broekhuizen:	logopedisten
Mevr. H. van Ettekoven:	oefentherapeuten Cesar
Dhr. R. Vaartjes:	radiologisch laboranten



**Vragenlijst voor
interne proces begeleiders
in het BKPZ-programma
-intercollegiale toetsing -**

Bijlage 4

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg

bezoekadres
drieharingstraat 6

postadres
postbus 1568
3500 BN Utrecht

Telefoon
030 27 29 700
fax
030 27 29 729

TOELICHTING:

Deze vragenlijst is opgesteld voor de interne- of intercollegiale toetsingsbegeleiders die in het kader van het BKPZ-programma zijn opgeleid. Het Nivel voert de evaluatie van de BKPZ-programma's uit, waaronder de evaluatie van de intercollegiale toetsing.

De meeste vragen in deze vragenlijst bestaan uit vragen waarbij u een kruisje moet zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk; dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en in de antwoordenvolop binnen vier weken na ontvangst naar mij terug sturen?

In deze vragenlijst wordt de term 'interne proces begeleider' gebruikt. Enkele beroepsgroepen gebruiken de term interne toetsingsbegeleider of gespreksleider. Inhoudelijk is er echter geen verschil. Met interne proces begeleider wordt een persoon bedoeld die de toetsingsgroep begeleidt. In plaats van toetsingsprojecten wordt ook wel gesproken van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten en in plaats van intercollegiale toetsing wordt de term kwaliteitstoetsing gebruikt. Inhoudelijk is er geen verschil tussen deze termen.

Voor vragen kunt u bellen naar Gaby van Dijk (030-2729784) of Els van den Ende (030 - 2729694).

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Deze vragen gaan over algemene aspecten

1. Beroepsgroep:

Geslacht:

Leeftijd:

2. In welk werkveld bent u werkzaam, wat is de formele omvang (uren per week) van uw werkzaamheden en hoeveel collega's (uit hetzelfde werkveld) maken, naast u zelf, deel uit van uw team? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ ziekenhuis |uren, met collega's |
| ☐ erpleeghuis/verzorgingshuis |uren, met collega's |
| ☐ revalidatiecentrum |uren, met collega's |
| ☐ vrijgevestigde praktijk |uren, met collega's |
| ☐ thuiszorg/kruiswerk |uren, met collega's |
| ☐ onderwijs |uren, met collega's |
| ☐ bedrijfsleven |uren, met collega's |
| ☐ iet werkzaam als praktiserend beroepsbeoefenaar | |
| ☐ anders, namelijk..... |uren, met collega's |

3. Bent u lid van uw beroepsvereniging?

- ☐ ja
☐ nee

4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u sinds uw afstuderen? jaren

5. Hoe houdt u zich op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in uw vakgebied? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ vaktijdschriften
☐ congressen
☐ cursussen
☐ informeel overleg met collega's
☐ intercollegiaal overleg, gespreksgroepen
☐ beroepsorganisatie
☐ anders, namelijk

6. Op welke manier bent u geïnteresseerd geraakt in intercollegiale toetsing? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Via de beroepsvereniging
☐ Via een oproep in het vaktijdschrift
☐ Via collega's
☐ Via uw werkplek
☐ Anders, namelijk

7. Wat was uw motivatie om Interne Proces Begeleider te worden?

8. Wanneer bent u Interne Proces Begeleider geworden?

9. Hoe lang bent u al bezig met intercollegiale toetsing?

..... maanden in de periode tot

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

..... uur per maand

Kunt u dit specificeren:

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

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

De volgende vragen gaan over het scholingsprogramma dat u in het kader van de intercollegiale toetsing heeft gevolgd

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

De inhoud van de scholingsdagen

Cijfer:

Kunt u dit toelichten?

Verstreckte materialen (cursusboek, werkboek, handleiding)

Cijfer:

Kunt u dit toelichten?

Telefonische vraagbaak (indien gebruikt)

Cijfer:

Kunt u dit toelichten?

De methode die voor intercollegiale toetsing wordt gehanteerd

Cijfer:

Kunt u dit toelichten?

Aansluiting op de praktijk
Kunt u dit toelichten?

Cijfer:

Overall waardering van gehele programma
Kunt u dit toelichten?

Cijfer:

Ander aspect, namelijk

Cijfer:

12. Kunt u aangeven uit hoeveel dagen of dagdelen uw scholingsprogramma bestond?

..... dagen en dagdelen

13. Wat is uw mening over het aantal scholingsdagen dat u heeft gehad?

- ☐ teveel dagen
- ☐ precies genoeg dagen
- ☐ te weinig dagen

14. Heeft u alle scholingsdagen gevolgd?

- ☐ nee
- ☐ ja

15. Het project Intercollegiale Toetsing was bedoeld om een toetsingsmethode te leren. Vindt u dat uzelf voldoende heeft geleerd hoe deze toetsingsmethode werkt?

- ☐ voldoende
- ☐ onvoldoende

16. Bent u van mening dat u in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO of eventuele mentor) een toetsingsgroep te begeleiden?

- ☐ ja
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ nee

17. Wilt u aankruisen bij welk van de volgende toetsingsstappen u nog ondersteuning van het CBO of een eventuele mentor nodig denkt te hebben (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ geen
- ☐ onderwerp kiezen
- ☐ analyseren
- ☐ ontwerpen
- ☐ verbeteren / invoeren
- ☐ toetsen
- ☐ borgen

————> ga door naar vraag 19

- ☐ het toepassen van de toetsingsmethode
- ☐ het begeleiden van de groep
- ☐ het motiveren van de groep
- ☐ het toepassen van vergadertechnieken
- ☐ anders, namelijk

18. In welke vorm denkt u dat deze ondersteuning het beste gegeven kan worden?

- ☐ extra scholing
- ☐ helpdesk
- ☐ anders, namelijk

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

De volgende vragen gaan over de begeleiding door de mentor. Dit gedeelte hoeft alleen ingevuld te worden door de beroepsgroepen waarbij mentoren zijn opgeleid. Dit zijn de beroepsgroepen diëtetiek, ergotherapie en mondhygiëne. De overige beroepsgroepen kunnen deze vragen overslaan en doorgaan met het gedeelte over de toetsingsgroep.

20. Wordt u, als interne proces begeleider, begeleid door een mentor?

- ☐ nee ga naar vraag
- ☐ ja

21. In welke mate heeft u contact met de mentor?

- ☐ heel frequent
- ☐ regelmatig
- ☐ soms
- ☐ bijna niet
- ☐ helemaal niet

22. Kunt u een aantal activiteiten noemen waarbij de mentor voor u een rol heeft gespeeld?

De volgende vragen gaan over de toetsingsgroep

23. Wanneer bent u met uw toetsingsgroep begonnen?

24. Heeft u moeite ondervonden bij het vinden van leden voor de toetsingsgroep?

- ☐ helemaal niet
- ☐ redelijk
- ☐ veel moeite

Kunt u hier een toelichting op geven?

25. Uit welke achtergrond is de toetsingsgroep geformeerd?

- ☐ vanuit de instelling (of bestaand team)
- ☐ bestaande regiogroep of overleggroep
- ☐ speciaal geformeerde regiogroep of werkgroep
- ☐ anders, namelijk

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

..... personen

27. Hoeveel begeleiders zijn er in deze groep opgeleid?

..... begeleiders

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

- ☐ hetzelfde werkveld
- ☐ verschillende werkvelden, namelijk

29. Hoeveel toetsingsonderwerpen heeft u inmiddels afgerond?

30. Wilt u hieronder aangeven op welk terrein en voor welke onderwerpen inmiddels een toetsingscyclus is afgerond?

- ☐ op het terrein van behandeling, namelijk
- ☐ op het terrein van registratie / verslag, namelijk
- ☐ op het terrein van organisatie, namelijk
- ☐ anders, namelijk

31. Verwacht u dat de resultaten van de intercollegiale toetsing in de toekomst nog steeds gebruikt zullen worden?

- ☐ nee
- ☐ ja

Toelichting:

32. Heeft u alle toetsingsonderwerpen afgerond of heeft u het proces bij één of meerdere onderwerpen eerder afgebroken?

- ☐ we hebben alle toetsingsonderwerpen afgerond ———> ga door naar vraag 34
- ☐ we hebben niet alle toetsingsonderwerpen afgerond; we zijn er nog mee bezig——>vraag 34
- ☐ we hebben niet alle toetsingsonderwerpen afgerond, maar hebben onderwerpen afgebroken

33. Wat is de reden dat het proces bij een toetsingsonderwerp eerder is afgebroken?

34. Heeft u concrete plannen om afgeronde toetsingsonderwerpen in de toekomst regelmatig te herevalueren / toetsen?

- ☐ nee
- ☐ ja
- ☐ onbekend

35. Werkt u op dit moment aan een of meerdere toetsingsonderwerpen?

- ☐ nee
- ☐ ja

Zo ja, wilt u hieronder aangeven aan welke toetsingsonderwerpen u op dit moment werkt?

- 1.
- 2.

36. Begeleidt u of een ander groepslid inmiddels ook een nieuwe, andere toetsingsgroep?

- ☐ nee
- ☐ ja

De volgende vragen gaan over de voordelen en/of nadelen van intercollegiale toetsing

37. Heeft de toetsing, in het algemeen, geleid tot een concrete verbetering in uw eigen handelen?

- ☐ nee
- ☐ enigszins
- ☐ ja zeker

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

	Alleen toetsings- onderwerp	Het dagelijks handelen
☐ Geleerd van elkaar	—	—
☐ Meer zicht op elkaar werkwijze	—	—
☐ Meer inzicht in eigen handelen	—	—
☐ Er zijn concrete verbeteringen aangebracht	—	—
☐ Tijdwinst geboekt	—	—
☐ Meer uniformiteit in het handelen	—	—
☐ Gestructureerder / methodischer werken	—	—
☐ Kritischere / bewustere opstelling	—	—
☐ Samenwerking / communicatie is verbeterd	—	—
☐ Effectiever vergaderen	—	—
☐ Verbetering van resultaten van de behandeling	—	—
☐ Anders, namelijk.....	—	—

39. Heeft de toetsing, naar uw mening, geleid tot een concrete verbetering in het handelen bij mensen uit de toetsingsgroep?

- ☐ nee
- ☐ enigszins
- ☐ ja zeker

Kunt u hier een toelichting op geven?

40. Heeft de toetsing geleid tot concrete verbetering in het handelen bij andere collega's in de omgeving?

- ☐ nee
- ☐ ja, bij collega's uit dezelfde beroepsgroep
- ☐ ja, bij collega's uit een andere beroepsgroep, namelijk
- ☐ ja, namelijk bij

Op welk vlak zijn deze verbeteringen opgetreden?

41. Zijn er, naast de beschreven effecten in vraag 38, nog andere voordelen aan intercollegiale toetsing verbonden?

- ☐ nee
- ☐ ja

Zo ja, wat zijn voor u de belangrijkste voordelen?

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

- ☐ nee ———> ga door naar vraag 44
- ☐ ja

43. Wat zijn voor u de belangrijkste nadelen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

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

44. Wat vindt u van de verhouding tussen de voordelen en nadelen van intercollegiale toetsing?

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

De volgende vragen gaan over de intercollegiale toetsing in de toekomst

45. Bent u zelf van plan om met intercollegiale toetsing door te gaan?

- ☐ nee
- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ ja, zeker wel

Toelichting: omdat

46. Wordt u door iemand gestimuleerd om met toetsing door te gaan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ niemand
- ☐ collega('s)
- ☐ leiding / hoofd van de afdeling
- ☐ management van de instelling
- ☐ andere disciplines / zorgverleners
- ☐ verzekeraars / financiers
- ☐ beroepsvereniging
- ☐ anders, namelijk

De volgende vraag gaat over de invloed van intercollegiale toetsing bij externe partijen

47. In het kader van de evaluatie van intercollegiale toetsing willen we personen van andere disciplines bij dit onderzoek betrekken. Voorwaarde is dat deze personen zicht hebben op datgene wat met de intercollegiale toetsing is bereikt op het gebied van één van de door u uitgevoerde toetsingsonderwerpen? Graag zouden we deze telefonisch interviewen. Kunt u hieronder namen en telefoonnummers van deze personen vermelden? Indien u meerdere toetsingsonderwerpen hebt afgerond kunt u dan vermelden welk toetsingsonderwerp het betreft?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Indien u opmerkingen heeft over uw functie als interne- of intercollegiale toetsingsbegeleider of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.



**Vragenlijst voor
IOF-coördinatoren in
in BKPZ-programma
-fysiotherapie -**

Bijlage 5

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg

bezoekadres
drieharingstraat 6

postadres
postbus 1568
3500 BN Utrecht

Telefoon
030 27 29 700
fax
030 27 29 729

TOELICHTING:

Deze vragenlijst is opgesteld voor de IOF-coördinatoren die in het kader van het BKPZ-programma zijn opgeleid. Het Nivel voert de evaluatie van de BKPZ-programma's uit, waaronder de evaluatie van de intercollegiale toetsing.

De meeste vragen in deze vragenlijst bestaan uit vragen waarbij u een kruisje moet zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk; dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en in de antwoordenvolp binnen vier weken na ontvangst naar mij terug sturen?

Voor vragen kunt u bellen naar Gaby van Dijk (030-2729784) of Els van den Ende (030 - 2729694).

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Deze vragen gaan over algemene aspecten

1. Wilt u aankruisen wat op u van toepassing is?

- ☐ man
- ☐ vrouw
- geboortjaar: 19 . .

2. In welk werkveld bent u werkzaam, wat is de formele omvang (uren per week) van uw werkzaamheden en hoeveel collega's (fysiotherapeuten) maken, naast u zelf, deel uit van uw team? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ ziekenhuis |uren, met collega's |
| ☐ verpleeghuis/verzorgingshuis |uren, met collega's |
| ☐ revalidatiecentrum |uren, met collega's |
| ☐ vrijgevestigde praktijk |uren, met collega's |
| ☐ thuiszorg/kruiswerk |uren, met collega's |
| ☐ onderwijs |uren, met collega's |
| ☐ bedrijfsleven |uren, met collega's |
| ☐ niet werkzaam als praktiserend fysiotherapeut | |
| ☐ anders, namelijk..... |uren, met collega's |

3. Bent u lid van het KNGF?

- ☐ ja
- ☐ nee

4. Hoeveel jaren werkervaring heeft u sinds uw afstuderen als fysiotherapeut ? jaren

5. Hoe houdt u zich op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in uw vakgebied? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ vaktijdschriften
- ☐ congressen
- ☐ cursussen
- ☐ informeel overleg met collega's
- ☐ intercollegiaal overleg, IOF, gespreksgroepen
- ☐ beroepsorganisatie
- ☐ algemene media: krant, televisie en dergelijke
- ☐ anders, namelijk

6. Op welke manier bent u geïnteresseerd geraakt in de functie van IOF-coördinator?

- ☐ Via de beroepsvereniging
- ☐ Via een oproep in het vaktijdschrift
- ☐ Via collega's
- ☐ Via uw werkplek
- ☐ Via kwaliteitsfunctionaris
- ☐ Via de regionale nieuwsbrief/bulletin
- ☐ Anders, namelijk

7. Wat was uw motivatie om IOF-coördinator te worden?

8. Hoe lang bent u nu werkzaam als IOF-coördinator?

..... maanden in de periode tot

9. Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week aan uw functie als IOF-coördinator? (voorbereiden, vergaderen, uitwerken) (reistijd niet meerekenen)

..... uur per week

Kunt u dit specificeren:

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

..... uur per week in tijd vergoed door het KNGF

..... uur per week in tijd vergoed door uw werkgever

10. Zijn de taken van een IOF-coördinator u op dit moment bekend?

☐ nee

☐ ja

11. Zijn deze taken duidelijk voor u en goed afgebakend?

☐ nee

☐ ja

Kunt u dit toelichten?

12. Wat zijn, naar uw mening, uw taken als IOF-coördinator? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ het coachen van de IOF-leden

☐ het motiveren van de IOF-leden

☐ het coachen van gespreksleiders van IOF'en (dit kan ook de voorzitter, coach of contactpersoon zijn)

☐ het motiveren van gespreksleiders van IOF'en (dit kan ook de voorzitter, coach of contactpersoon zijn)

☐ het optreden als procesbegeleider bij activiteiten en projecten die door een IOF worden uitgevoerd

☐ het vervullen van de rol van voorzitter bij een IOF

☐ het voorzien in de juiste tools en technieken, die IOF-leden nodig hebben

☐ het aanreiken van onderwerpen voor IOF-bijeenkomsten

☐ het aanreiken van activiteiten voor IOF-bijeenkomsten

☐ het assisteren bij / oplossen van conflicten binnen een IOF

☐ het ondersteunen van een veranderingsproces binnen een IOF

☐ het organiseren van bijeenkomsten voor gespreksleiders van IOF'en

☐ functioneren als tussenpersoon tussen de IOF-leden en de kwaliteitsfunctionaris

☐ functioneren als tussenpersoon tussen de IOF-leden en het KNGF

☐ het stimuleren van de follow-up van actieplannen

☐ het bewaken van een goed verloop van IOF'en

- ☐ het bewaken van de resultaten van het IOF
- ☐ het opstarten van IOF'en
- ☐ het motiveren van individuele fysiotherapeuten om deel te nemen aan een IOF
- ☐ het functioneren als tussenpersoon tussen de gespreksleider/contactpersoon en de kwaliteitsfunctionaris
- ☐ anders, namelijk

De volgende vragen gaan over het scholingsprogramma dat u in het kader van uw functie als IOF-coördinator heeft gevolgd

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

De inhoud van de scholingsdagen
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

Verstreckte materialen (cursusboek, werkboek, handleiding)
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

Telefonische vraagbaak (indien gebruikt)
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

De methode die voor het begeleiden van IOF'en wordt gehanteerd
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

Aansluiting op de praktijk
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

Overall waardering van gehele programma
Kunt u dit toelichten? Cijfer:

Ander aspect, namelijk..... Cijfer:

14. Kunt u aangeven uit hoeveel dagen of dagdelen uw scholingsprogramma bestond?

..... dagen en dagdelen

15. Wat is uw mening over het aantal scholingsdagen dat u heeft gehad?

- ☐ teveel dagen
- ☐ precies genoeg dagen
- ☐ te weinig dagen

16. Heeft u alle scholingsdagen gevolgd?

- ☐ nee
- ☐ ja

17. De opleiding tot IOF-coördinator was bedoeld om inhoudelijk IOF'en te kunnen begeleiden.

Vindt u dat uzelf voldoende heeft geleerd hoe u dit moet doen?

- ☐ voldoende
- ☐ onvoldoende

18. Bent u van mening dat u in staat bent om zelfstandig (dus zonder hulp van het CBO of de kwaliteitsfunctionaris) IOF'en te begeleiden?

- ☐ ja —————> ga door naar vraag 21
- ☐ waarschijnlijk wel
- ☐ waarschijnlijk niet
- ☐ nee

19. Wilt u aankruisen bij welk van de volgende punten u nog ondersteuning van het CBO of de kwaliteitsfunctionaris nodig denkt te hebben (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ geen —————> ga door naar vraag 21
- ☐ afbakening van uw taken
- ☐ het aanreiken van vaardigheden aan IOF'en
- ☐ het begeleiden van de groep
- ☐ het motiveren van de groep
- ☐ het toepassen van vergadertechnieken
- ☐ het aanreiken van methoden en werkwijzen
- ☐ anders, namelijk

20. In welke vorm denkt u dat deze ondersteuning het beste gegeven kan worden?

- ☐ extra scholing
- ☐ helpdesk
- ☐ anders, namelijk

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

De volgende vragen gaan over de IOF'en die u begeleidt

22. Hoeveel IOF'en begeleidt u momenteel?

23. Hoeveel contact heeft u gemiddeld met de gespreksleiders (voorzitter, contactpersoon of coach) van een IOF? uur per jaar

In welke vorm vindt dit contact plaats? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ speciale bijeenkomsten voor gespreksleiders
- ☐ aanwezigheid bij IOF-bijeenkomst
- ☐ telefonisch contact
- ☐ schriftelijk contact
- ☐ anders, namelijk

24. Hoeveel contact heeft u gemiddeld met de andere leden van een IOF? uur per jaar

In welke vorm vindt dit contact plaats? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ aanwezigheid bij IOF-bijeenkomst
- ☐ presentatie bij IOF-bijeenkomst
- ☐ telefonisch contact
- ☐ schriftelijk contact
- ☐ anders, namelijk

25. Welke activiteiten heeft u tot op heden ondernomen bij het begeleiden van IOF'en

- ☐ het bijwonen van IOF-bijeenkomsten, aantal.....
- ☐ het aandragen van vaardigheden, namelijk brainstormen / vragen en doorvragen / prioriteren / presenteren / discussiëren / feedback geven.
- ☐ het aandragen van methoden en werkwijzen, namelijk intervisie / casuïstiek bespreken / richtlijnen bespreken van richtlijnen naar werkafspraken / recente inzichten in de dagelijkse praktijk / verbeterprojecten kort.
- ☐ het uitleggen van de bedoeling van een IOF
- ☐ het aandragen van onderwerpen voor IOF'en
- ☐ het hanteren van conflicten, aantal.....
- ☐ het coachen van de IOF-leden
- ☐ het motiveren van de IOF-leden
- ☐ het coachen van gespreksleiders (voorzitter, contactpersoon of coach) van IOF'en
- ☐ het motiveren van gespreksleiders (voorzitter, contactpersoon of coach) van IOF'en
- ☐ het optreden als procesbegeleider bij activiteiten en projecten die door een IOF worden uitgevoerd
- ☐ het vervullen van de rol van voorzitter bij een IOF
- ☐ het ondersteunen van een veranderingsproces binnen een IOF
- ☐ het organiseren van bijeenkomsten voor gespreksleiders van IOF'en
- ☐ functioneren als tussenpersoon tussen de IOF-leden en de kwaliteitsfunctionaris
- ☐ functioneren als tussenpersoon tussen de IOF-leden en het KNGF
- ☐ het stimuleren van de follow-up van actieplannen
- ☐ het bewaken van een goed verloop van IOF'en
- ☐ anders, namelijk

26. Draagt een IOF-coördinator naar uw mening bij tot het welslagen van een IOF?

- ☐ nee
- ☐ ja
- ☐ misschien

Indien nee of misschien, kunt u hier een toelichting op geven?

Indien ja, kunt u in een concreet voorbeeld weergeven op welke manier u heeft bijgedragen tot het welslagen van een IOF?

27. Ondervindt u problemen bij het uitvoeren van uw taak als IOF-coördinator?

- ☐ nee —> ga naar vraag 29
- ☐ ja

28. Welke problemen ondervindt u bij het begeleiden van IOF'en (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ geringe motivatie van IOF-leden
- ☐ het kost veel tijd
- ☐ IOF-leden nemen u niet serieus
- ☐ moeilijk om contact te maken met alle IOF-groepen
- ☐ uw takenpakket is niet duidelijk afgebakend
- ☐ hele IOF-ontwikkeling zit nog in een beginstadium
- ☐ er is veel onduidelijkheid bij IOF-leden
- ☐ u bent onvoldoende toegerust voor de taak van IOF-coördinator
- ☐ u krijgt weinig steun / kunt nergens op terug vallen bij uw taak als IOF-coördinator
- ☐ anders, namelijk

29. Heeft u, in het kader van uw functie als IOF-coördinator, bijeenkomsten?

- ☐ nee ———> ga naar vraag 31
- ☐ ja

30. Met wie worden deze bijeenkomsten gehouden?

- ☐ met IOF-coördinatoren uit de eigen regio
- ☐ individueel met de kwaliteitsfunctionaris
- ☐ met andere IOF-coördinatoren en de kwaliteitsfunctionaris
- ☐ met IOF-coördinatoren uit andere regio's

31. Heeft u behoefte aan bijeenkomsten met andere IOF-coördinatoren?

- ☐ nee
- ☐ ja

Kunt u hier een toelichting op geven?

Indien u opmerkingen heeft over uw functie als IOF-coördinator of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.



***Vragenlijst bekendheid en
waardering intercollegiaal
overleg fysiotherapie (IOF)
-fysiotherapeuten -***

Bijlage 6

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek
van de gezondheidszorg

bezoekadres
drieharingstraat 6

postadres
postbus 1568
3500 BN Utrecht

Telefoon
030 27 29 700
fax
030 27 29 729

TOELICHTING:

De meeste vragen in deze vragenlijst bestaan uit vragen waarbij u een kruisje moet zetten bij het antwoord dat u kiest. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk; dat staat dan aangegeven. Bij een aantal vragen wordt u gevraagd om een toelichting te geven. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw eigen mening.

Wilt u de ingevulde vragenlijst in de antwoordenvelop terugsturen binnen vier weken na ontvangst? Een postzegel is niet nodig.

Voor vragen kunt u bellen met Marieke Plas 030 - 2729630.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

1. Wilt u aankruisen wat op u van toepassing is?

- ☐ man
- ☐ vrouw
- geboortjaar: 19 . .

2. In welk werkveld bent u werkzaam, wat is de formele omvang (uren per week) van uw werkzaamheden en hoeveel collega's (fysiotherapeuten) maken, naast u zelf, deel uit van uw team? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☐ ziekenhuis |uren, met collega's |
| ☐ verpleeghuis/verzorgingshuis |uren, met collega's |
| ☐ revalidatiecentrum |uren, met collega's |
| ☐ vrijgevestigde praktijk |uren, met collega's |
| ☐ thuiszorg/kruiswerk |uren, met collega's |
| ☐ onderwijs |uren, met collega's |
| ☐ bedrijfsleven |uren, met collega's |
| ☐ anders, namelijk..... |uren, met collega's |

3. Bent u lid van het KNGF?

- ☐ ja
- ☐ nee

4. In welk jaar bent u afgestudeerd als fysiotherapeut? 19.....

5. Hoeveel jaren heeft u sinds uw afstuderen als fysiotherapeut gewerkt? jaren

6. Hoe houdt u zich op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in uw vakgebied? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ vaktijdschriften
- ☐ congressen
- ☐ cursussen
- ☐ informeel overleg met collega's
- ☐ intercollegiaal overleg, IOF, gespreksgroepen
- ☐ internet (bijvoorbeeld fysionet of NPi-site)
- ☐ anders, namelijk

7. Neemt u deel aan activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkeling of kwaliteitsbeleid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ nee
- ☐ ja, ik neem deel aan een gespreksgroep / IOF/ intercollegiale toetsing
- ☐ ja, ik ben lid van een werkgroep of commissie, namelijk
- ☐ anders, namelijk

8. Bent u op de hoogte van het bestaan van het IOF?

- ☐ ja
- ☐ nee —————> ga door naar vraag 34

9. Hoe bent u op de hoogte geraakt van het bestaan van het IOF? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ tijdschriftartikel in het verenigingsblad
- ☐ schriftelijk via de beroepsvereniging
- ☐ via het hoofd van de afdeling
- ☐ benaderd via een IOF-coördinator
- ☐ contacten met collega's
- ☐ op de opleiding
- ☐ bij een congres
- ☐ anders, namelijk

10. Bent u lid van een IOF?

- ☐ ja —————> ga door naar vraag 12
- ☐ nee —————> ga door naar vraag 11

11. Waarom bent u geen lid van een IOF? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ het kost te veel tijd
- ☐ het kost te veel geld
- ☐ ik zie de meerwaarde van deelname aan een IOF niet in
- ☐ er is geen plaats in een IOF bij mij in de omgeving
- ☐ nog niet geregeld, in de toekomst word ik wel lid
- ☐ wel lid geweest, maar nu niet meer
- ☐ anders, namelijk

—————> ga door naar vraag 31

12. Hoe lang bent u lid van een IOF? maanden / jaren*

* Doorhalen wat niet van toepassing is

13. Hoeveel deelnemers heeft het IOF waar u lid van bent? deelnemers

14. Nam u, voordat u lid werd van een IOF, deel aan soortgelijke bijeenkomsten?

- ☐ nee
- ☐ ja

15. Zijn collega's uit uw praktijk of afdeling ook lid van een IOF? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ nee
- ☐ ja, (sommige van) mijn collega's zijn lid van hetzelfde IOF als ik
- ☐ ja, (sommige van) mijn collega's zijn lid van een ander IOF
- ☐ niet van toepassing (ik werk in een solopraktijk)

16. Bespreekt u met uw collega's uit de praktijk of afdeling de resultaten uit het IOF?

- ☐ nee
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, vaak
- ☐ niet van toepassing (ik werk in een solopraktijk)

17. Kunt u het werkveld van de andere deelnemers van het IOF beschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--------------|
| ☐ algemene fysiotherapeuten, werkzaam in de eerste lijn | aantal |
| ☐ algemene fysiotherapeuten, werkzaam in de tweede lijn | aantal |
| ☐ algemene fysiotherapeuten, werkzaam in revalidatiecentrum of verpleeghuis | aantal |
| ☐ verbijzonderde fysiotherapeuten, werkzaam in de eerste lijn | aantal |
| ☐ verbijzonderde fysiotherapeuten, werkzaam in de tweede lijn | aantal |
| ☐ verbijzonderde fysiotherapeuten, werkzaam in revalidatiecentrum of verpleeghuis | aantal |
| ☐ anders, namelijk | aantal |

18. Hoeveel IOF-bijeenkomsten worden er per jaar georganiseerd? bijeenkomsten

Hoeveel van deze bijeenkomsten heeft u het afgelopen jaar bijgewoond? bijeenkomsten
Hoe lang duren deze bijeenkomsten gemiddeld? minuten per bijeenkomst
Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld aan voorbereiding voor een IOF-bijeenkomst?
..... minuten per bijeenkomst

19. Wat vindt u van het aantal bijeenkomsten?

- ☐ precies goed
- ☐ te veel
- ☐ te weinig
- ☐ anders, namelijk

20. Zijn er voor uw deelname aan het IOF kosten verbonden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ nee _ ga naar vraag 21
- ☐ ja, lidmaatschap van IOF
- ☐ ja, reiskosten
- ☐ ja, overige kosten (bijvoorbeeld kosten voor kopiëren, koffie, thee)

21. Wie betaalt deze kosten?

- ☐ ik zelf
- ☐ de werkgever
- ☐ deels ik zelf, deels de werkgever
- ☐ anders, namelijk

22. Kunt u aangeven wat u voor de drie belangrijkste reden(en) is (zijn) geweest om aan een IOF deel te nemen? (maximaal drie antwoorden mogelijk)

- ☐ ik wilde streven naar een betere en effectievere patiëntenzorg
- ☐ ik hoopte inzicht te krijgen in de tekortkomingen in mijn handelen als fysiotherapeut
- ☐ ik hoopte de tekortkomingen in mijn handelen als fysiotherapeut op te heffen
- ☐ ik wilde beter leren communiceren met patiënten
- ☐ ik wilde meer leren over nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied
- ☐ het was een voorwaarde om opgenomen te worden in het kwaliteitsregister
- ☐ ik wilde meer informatie over het omgaan met bepaalde problemen in de praktijk
- ☐ ik wilde streven naar meer eenheid in het handelen van de fysiotherapeuten
- ☐ ik wilde persoonlijk meer leren en verbeteren
- ☐ ik was nieuwsgierig naar het IOF
- ☐ ik hoopte dat door het IOF het contact met collega's zou verbeteren
- ☐ anders, namelijk

23. Welke activiteiten zijn het afgelopen jaar tijdens uw IOF ondernomen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ bespreken van richtlijnen, namelijk:
- ☐ werkafspraken naar aanleiding van richtlijnen
- ☐ intervisie
- ☐ casuïstiek-bespreking
- ☐ bespreken van recente inzichten in de dagelijkse praktijk
- ☐ intercollegiale kwaliteitstoetsing
- ☐ evidence based practice
- ☐ het aanleren van vaardigheden, namelijk brainstormen / vragen en doorvragen / prioriteren / presenteren / discussiëren / feedback geven
- ☐ anders, namelijk.

24. Hoe denkt u over toekomstige deelname aan een IOF?

- ☐ ik ben van plan deel te blijven uitmaken van het IOF waarin ik nu zit
- ☐ ik overweeg op zoek te gaan naar een ander IOF
- ☐ ik overweeg mijn deelname aan het IOF op te zeggen

25. Heeft deelname aan het IOF geleid tot veranderingen in uw eigen handelen? Zo ja, kunt u hieronder een of enkele concrete veranderingen aangeven?

- ☐ nee
- ☐ ja, namelijk

26. Worden er in uw IOF wel eens afspraken gemaakt over een bepaalde behandelwijze?

- ☐ nee _ ga naar vraag 27
- ☐ ja

27. Houdt u zich aan de afspraken die in uw IOF over een bepaalde behandelwijze worden gemaakt?

- ☐ ja, altijd
- ☐ ja, meestal
- ☐ ja, soms
- ☐ nee

28. Hoe vaak heeft uw IOF contact met de IOF-coördinator?..... keer per jaar

29. Bij welke activiteiten heeft de IOF-coördinator voor uw IOF een rol gespeeld? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ oprichten van het IOF
- ☐ opleiden van de gespreksleider (ofwel contactpersoon / voorzitter /coach)
- ☐ aanreiken van activiteiten die tijdens IOF gedaan kunnen worden
- ☐ aanreiken van mogelijke onderwerpen
- ☐ oplossen van eventuele problemen
- ☐ weet niet
- ☐ anders, namelijk

30. Welke drie factoren werken het meest bevorderend voor het IOF waaraan u deelneemt? (maximaal drie antwoorden mogelijk)

- ☐ de goede sfeer
- ☐ wederzijds vertrouwen
- ☐ een goede gespreksleider (ofwel contactpersoon / voorzitter /coach)
- ☐ de invloed van de IOF-coördinator
- ☐ een goed overzicht van de activiteiten voor het komende jaar
- ☐ gemotiveerde leden
- ☐ samenstelling van de groep
- ☐ anders, namelijk

31. Welke drie factoren werken het meest belemmerend voor het IOF waaraan u deelneemt? (maximaal drie antwoorden mogelijk)

- ☐ de sfeer
- ☐ wederzijds vertrouwen ontbreekt
- ☐ geen goede gespreksleider (ofwel contactpersoon / voorzitter /coach)
- ☐ geen sturing vanuit de IOF-coördinator
- ☐ veel onduidelijkheid over de bedoeling van het IOF
- ☐ het feit dat het verplicht gesteld is om opgenomen te worden in het kwaliteitsregister
- ☐ leden zijn niet erg gemotiveerd
- ☐ leden zijn niet erg open in eigen manier van handelen
- ☐ samenstelling van de groep
- ☐ anders, namelijk

32. Hieronder leggen wij u enkele uitspraken voor over deelname aan een IOF. Kunt u aangeven in weke mate u het eens bent met deze uitspraken? (kruis bij elke uitspraak het antwoord van uw keuze aan)

1. Helemaal mee eens
2. Mee eens
3. Deels eens, deels oneens
4. Mee oneens
5. Helemaal mee oneens
6. Weet niet / Geen mening

	1	2	3	4	5	6
Deelname aan een IOF kan de tekortkomingen in mijn handelen achterhalen	–	–	–	–	–	–
Tijdens IOF-bijeenkomsten voeren altijd dezelfde het woord	–	–	–	–	–	–
Door deel te nemen aan een IOF kan de dagelijkse sleur doorbroken worden	–	–	–	–	–	–
Het is goed dat deelname aan een IOF een voorwaarde is om ingeschreven te staan in het kwaliteitsregister	–	–	–	–	–	–
Deelname aan een IOF kan mijn kennis en vaardigheden vergroten	–	–	–	–	–	–
Deelname aan een IOF kan het contact met mijn collega's verbeteren	–	–	–	–	–	–
Deelname aan een IOF kan mij leren de relatie en communicatie met patiënten te verbeteren	–	–	–	–	–	–
Deelname aan een IOF kost teveel tijd, geld en energie	–	–	–	–	–	–
Ik heb problemen met het gebruik van criteria en richtlijnen voor de behandeling	–	–	–	–	–	–
Ik vind het moeilijk om het handelen van mijn collega's te bekritisieren	–	–	–	–	–	–
Ik vind het moeilijk om kritiek op mijn dagelijkse praktijk te krijgen	–	–	–	–	–	–
Ik ben ervan overtuigd dat een IOF bruikbaar is en dat ik er profijt van kan hebben	–	–	–	–	–	–
Een IOF dwingt me kritisch te zijn ten opzichte van het eigen handelen	–	–	–	–	–	–
Het IOF levert een bijdrage aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg	–	–	–	–	–	–
Het IOF is van belang om één lijn onder de fysiotherapeuten te krijgen	–	–	–	–	–	–
Ik heb er moeite mee om in groepen te werken	–	–	–	–	–	–
Ik ben bang voor de consequenties van het IOF, voor de veranderingen die ik in mijn handelen als fysiotherapeut moet aanbrengen	–	–	–	–	–	–
Van collega's in een IOF kan ik veel leren	–	–	–	–	–	–

33. Wat is voor u de verhouding tussen voor- en nadelen om aan een IOF deel te nemen?

- ☐ alleen voordelen
- ☐ meer voordelen dan nadelen
- ☐ evenveel voordelen als nadelen
- ☐ meer nadelen dan voordelen
- ☐ alleen nadelen

34. Heeft u nog suggesties om het IOF in de toekomst te verbeteren? Kunt u deze dan hieronder opschrijven?

35. Tot slot willen wij u enkele vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering binnen uw beroepsgroep voorleggen. Wilt u aankruisen welke vormen u relevant vindt voor uw beroepsgroep?

	weinig relevant	relevant	zeer relevant
Landelijke uniforme richtlijnen voor patiëntenverslaglegging	—	—	—
Regels voor het verplicht stellen van bij- en nascholing	—	—	—
Beroepsprofiel (alle fysiotherapeuten kennen het beroepsprofiel en houden zich eraan)	—	—	—
Landelijke uniforme richtlijnen voor de behandeling	—	—	—
Visitatie (de beroepsuitoefening wordt ter plekke beoordeeld door een visitatiecommissie aan de hand van vooraf opgestelde criteria)	—	—	—
Kwaliteitsregister	—	—	—
Meningspeilingen van patiënten (een systeem om periodiek de meningen van patiënten te kunnen peilen)	—	—	—

Indien u nog opmerkingen heeft over het IOF, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

BIJLAGE 7: Interviewschema intercollegiale toetsing

TOETSINGSGROEP

- 1. Wanneer is de groep begonnen? (maand en jaar)**
- 2. Wanneer was het toetsingsonderwerp afgerond? (maand en jaar)**
- 3. Uit hoeveel leden bestaat de groep?**
- 4. Hoeveel begeleiders zijn er?**
- 5. Is de samenstelling van de groep in de loop der tijd veranderd?**
 - ☐ ja, omdat . . .
 - ☐ nee

- 6. Bestaat de groep nu nog?**
 - ☐ ja
 - ☐ nee, de groep is opgehouden in . . . (maand en jaar), omdat . . .

VERLOOP

- 7. Hoeveel bijeenkomsten zijn er gehouden?**
- 8. Wat is de gemiddelde tijd die per maand aan toetsing werd besteed, onderverdeeld in**
 - a) vrije tijd en
 - b) werkgeverstijd? (reistijd niet meerekenen)
- 9. Hoe werden de bijeenkomsten voorbereid?**
 - ☐ goed
 - ☐ redelijk
 - ☐ voldoende
 - ☐ matig, omdat . . .
 - ☐ slecht, omdat . . .
- 10. Hoe werd de groep begeleid?**
 - ☐ goed
 - ☐ redelijk
 - ☐ voldoende
 - ☐ matig, omdat . . .
 - ☐ slecht, omdat . . .

11. Werkte de groep met enthousiasme aan het onderwerp?

- ☐ ja, met veel enthousiasme
- ☐ ja, met enig enthousiasme
- ☐ niet met enthousiasme, maar ook niet met tegenzin
- ☐ nee, met enige tegenzin, omdat . . .
- ☐ nee, met veel tegenzin, omdat . . .

KEUZE VAN HET ONDERWERP

12. Het toetsingsonderwerp is gericht op het verbeteren van:

- ☐ de zorg
- ☐ de organisatie
- ☐ de registratie
- ☐ anders, namelijk . . .

13. Waarom is dit toetsingsonderwerp gekozen?

- ☐ relevant voor kwaliteitsbevordering, namelijk . . .
- ☐ goed afgebakend
- ☐ meetbaar
- ☐ anders, namelijk . . .

SETTING

14. Wat is de setting waarin het toetsingsonderwerp uitgevoerd werd?

- ☐ praktijk voor paramedici
- ☐ instelling voor thuiszorg
- ☐ ziekenhuis
- ☐ revalidatiecentrum
- ☐ verpleeghuis/verzorgingshuis
- ☐ transmuraal
- ☐ andere instelling, namelijk . . .

ANALYSEREN

15. Hoe verliep de nulmeting?

- ☐ goed
- ☐ redelijk
- ☐ voldoende
- ☐ matig, omdat . . .
- ☐ slecht, omdat . . .

16. Waren de gegevens die de nulmeting opleverde zinvol?

- ☐ ja, omdat . . .
- ☐ nee, omdat . . .

CRITERIA

17. *In het verslag worden een aantal criteria genoemd. Geef aan in hoeverre er momenteel volgens deze criteria wordt gewerkt.*
18. *Zijn de criteria in de loop van de tijd bijgesteld?*
- ☐ ja, omdat . . .
- ☐ nee
19. *Hoe verliep het verzamelen van gegevens over de criteria?*
20. *Wat was er moeilijk en wat was er makkelijk bij het opstellen van de criteria?*
21. *Hoe verliep het komen tot overeenstemming over de criteria?*
22. *In hoeverre zijn de criteria relevant voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg?*

EFFECTEN

23. *Betekenen de veranderingen een uitbreiding of een inkrimping van de werkwijze?*
- ☐ flinke uitbreiding
- ☐ kleine uitbreiding
- ☐ geen uitbreiding en geen inkrimping
- ☐ kleine inkrimping
- ☐ flinke inkrimping
24. *Geef van de volgende effecten aan of ze opgetreden zijn*
- a) met betrekking tot het toetsingsonderwerp en
- b) met betrekking tot het dagelijks handelen

	a) alleen toets- ingsonderwerp	b) dagelijks handelen
Geleerd van elkaar		
Meer zicht op elkaars werkwijze		
Meer inzicht in eigen handelen		
Er zijn concrete verbeteringen aangebracht		
Tijdwinst geboekt		
Meer uniformiteit in handelen		
Gestructureerder/methodischer werken		
Kritischer/bewuster opstelling		
Samenwerking/communicatie is verbeterd		
Effectiever vergaderen		
Anders, namelijk . . .		

25. Bij wie heeft de toetsing tot een concrete verbetering van het handelen geleid?

- ☐ bij een afdeling met meerdere beroepsgroepen
- ☐ bij de hele beroepsgroep
- ☐ bij de toetsingsgroep
- ☐ bij enkele leden van de toetsingsgroep, omdat . . .
- ☐ bij niemand, omdat . . .
- ☐ anders, namelijk . . .

EXTERNE PARTIJEN/OMSTANDIGHEDEN

26. Zijn er externe partijen betrokken geweest bij de toetsing?

- ☐ ja, namelijk . . .
- ☐ nee (ga naar vraag 29)

27. Wat was het effect van deze externe partijen op het verloop van de toetsing?

28. Zijn er, met betrekking tot het toetsingsonderwerp, nog andere groepen dan de toetsingsgroep bij wie het wenselijk is dat het handelen verbetert?

- ☐ ja, namelijk . . .
- ☐ nee

29. Zijn er omstandigheden van buiten, zoals bezuinigingen of reorganisaties die de toetsing beïnvloed hebben?

- ☐ ja, namelijk . . .
- ☐ nee

TOEKOMST

30. Verwachten jullie dat de resultaten van de toetsingsstudie in de toekomst nog steeds gebruikt zullen worden?

31. Heeft hertoetsing plaatsgevonden?

- ☐ ja, op . . . (maand en jaar).
- ☐ nee, hertoetsing is gepland op . . . (maand en jaar)
- ☐ nee, er vindt geen hertoetsing plaats, omdat . . . (ga door naar vraag 30)

32. Was de hertoetsing zinvol?

- ☐ ja, omdat . . .
- ☐ nee, omdat . . .

33. Gaat de groep in de toekomst door?

- ☐ ja
- ☐ nee, omdat . . .

34. Welke omstandigheden bevorderen/belemmeren continuering van de groep?

Geïnterviewde toetsingsgroepen:

Ergotherapeut:	Mevr. M. Römer Mevr. M. Munniksma
Diëtist:	Mevr. W. Vleerbos Mevr. N. van Duijn-Bakker
Logopedist:	Mevr. J. America Mevr. L. Snippe
Mondhygiënist:	
‘gevoelige tandhalzen’	Mevr. L. Stukenboom Mevr. N. Brijn-Roupe van der Voort
‘mondhygiëne instructie’	Mevr. A. Vos Mevr. D. Masman
Oefentherapeut Cesar	Mevr. M. van Driel Mevr. S. Berendes-Saul
Oefentherapeut-Mensendieck	Mevr. K.A. Harsveld-Lagerberg Mevr. L.Y. Kools-Stolk
Radiologisch laborant	Mevr. J. Haitsma

Enkele recente Nivel-rapporten:

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: Eindevaluatie van het BKPZ-programma
Auteurs: H. Hofhuis, M. Plas, M. Dorgelo, J. Dekker, E. van den Ende Utrecht: Nivel,
februari 2001, 98 pag., fl. 28,50

Het rapport beschrijft de eindevaluatie van het programma 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ). In dit programma hebben de tien paramedische beroepsgroepen gedurende drie jaar projectmatig gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. De beroepsgroepen zijn daarbij ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het Nederlands Paramedisch Instituut, de NCPF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) en de HAN (Hogeschool Arnhem en Nijmegen). Van de 56 geplande projecten zijn er 54 gerealiseerd, bovendien zijn er nog een twintigtal aanvullende projecten uitgevoerd. Van de 216 streefdoelen die bij de aanvang van het programma gesteld waren wordt 85 % volledig gerealiseerd; 4 % van de streefdoelen wordt gedeeltelijk gerealiseerd. Over de eindresultaten zijn de betrokkenen grotendeels tevreden; de kwaliteits-instrumenten die ontwikkeld zijn voldoen in de meeste gevallen aan de verwachtingen. De programmatische aanpak was met name nuttig op het niveau van de ondersteuningsinstituten. De beroepsgroepen zelf hebben een meerwaarde van de programma-tische aanpak ondervonden waarin is samengewerkt met andere beroepsgroepen.

Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: evaluatie visitatie.
Auteurs: H.Hofhuis, J.Dekker, E.van den Ende Utrecht: Nivel, 2000, 90 pag., fl 26,50

Dit rapport beschrijft de evaluatie van acht projecten in het Programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). In deze projecten zijn methoden voor visitatie ontwikkeld voor acht paramedische beroepsgroepen: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Cesar en -Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

Vier vragen staan centraal: zijn de projecten volgens plan verlopen, zijn de streefdoelen behaald, wat zijn de gepercipieerde effecten van visitatie en hoe waarderen paramedici visitatie? Door middel van documentanalyse en interviews met projectgroepleden zijn de eerste twee vragen beantwoord, de laatste twee vragen door vragenlijst-onderzoek onder gevisiteerden. Geconcludeerd kon worden dat de projecten volgens plan zijn verlopen, 95% van de streefdoelen is volledig gerealiseerd. Op vrijwel alle aspecten van de praktijkvoering worden verbeteringen aangebracht. Aspecten die veel genoemd worden zijn de patiëntenadministratie, kwaliteitsbeleid en de samenwerking met verwijzers. Paramedici zijn positief over visitatie.

