

# Kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen anno 2003

E.H. Hofhuis\*

## 1 Inleiding

In 2003 is onderzocht in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ingevoerd door elf paramedische beroepsgroepen (Hofhuis e.a. 2003). Aan de hand van een toetsingskader is voor elke beroepsgroep bepaald wat de sterke elementen zijn van het kwaliteitssysteem en welke elementen in de toekomst meer aandacht zouden moeten krijgen. Het toetsingskader is ten behoeve van dit onderzoek ontwikkeld.

In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek. Eerst wordt beschreven hoe het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen zich sinds 1994 heeft ontwikkeld. Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek naar de stand van zaken in 2003 beschreven. Daarna volgen de resultaten van de elf paramedische beroepsgroepen die bij het onderzoek waren betrokken. Afsluitend zal een vergelijking tussen de beroepsgroepen worden gemaakt en wordt een blik geworpen op de toekomst.

## 2 Kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepsgroepen sinds 1994

Sinds 1994 werken de paramedische beroepsgroepen<sup>1</sup> gezamenlijk aan de vormgeving van hun kwaliteitsbeleid. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (destijds Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) heeft deze activiteiten ondersteund door middel van drie kwaliteitsprogramma's. Het eerste programma werd uitgevoerd van 1 januari 1994 tot 1 januari 1997 en was getiteld *Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)*. In dit programma zijn de stappen geformuleerd, die moeten worden gezet om gestalte te geven aan het kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid van de

\* Mevrouw dr.ir. E.H. Hofhuis is werkzaam als onderzoeker bij Nivel te Utrecht.

<sup>1</sup> Diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

paramedische beroepen heeft hierdoor duidelijk vorm gekregen. Tijdens het programma zijn vooral projecten uitgevoerd op het gebied van intercollegiale toetsing en de ontwikkeling van richtlijnen; ook is er een raamwerk voor kwaliteitscriteria voor scholing opgesteld (Sluijs & Dekker 1997).

Vanwege het succes van het eerste kwaliteitsprogramma is een tweede kwaliteitsprogramma gesubsidieerd in de periode van medio 1997 tot eind 2000. Dit programma, getiteld *Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg* (BKPZ) is in opdracht van de minister van VWS gefinancierd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De hoofddoelen van dit programma waren gericht op het verder ontwikkelen, verbeteren en behouden van kwaliteitsinstrumenten. Om dit te realiseren zijn projecten uitgevoerd op diverse themagebieden: het ontwikkelen van classificaties en codelijsten, paramedische verslaglegging, het ontwikkelen van een accreditatiesysteem voor bij- en nascholing, de actualisering van beroepsprofielen, het verder ontwikkelen van intercollegiale toetsing en visitatie, het ontwikkelen van kwaliteitscriteria volgens patiëntperspectief en het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden en protocollen (Hofhuis e.a. 2001).

Het derde kwaliteitsprogramma, getiteld *Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg* (IKPZ), is in oktober 2000 gestart en in oktober 2003 afgerond. Dit programma werd eveneens gesubsidieerd door het CVZ. Het hoofddoel van dit programma was de implementatie van kwaliteitsinstrumenten die zijn ontwikkeld in de OKPZ- en BKPZ-programma's. Door de ontwikkeling van regionale infrastructures waarbinnen de implementatie van het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven, is gewerkt aan de realisatie van deze doelstelling (Hofhuis e.a. 2003).

Naast de drie kwaliteitsprogramma's hebben de paramedische beroepsgroepen – in verschillende mate – ook kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd met eigen middelen en met middelen afkomstig van de *Meerjarenafspraken*: dit laatste betreft de fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en de logopedisten.

### **3 Onderzoek naar de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen**

In 2002 heeft het College voor zorgverzekeringen aan het NIVEL de opdracht gegeven te onderzoeken in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ontwikkeld aan het einde van het IKPZ-programma. Een tweede doel van dit onderzoek was om de sterke en zwakke kanten van de kwaliteitssystemen aan te geven. Dit onderzoek zou richting kunnen geven aan toekomstig be-

leid van zowel de paramedische beroepsgroepen als van de overheid. Om na te gaan welke onderdelen van de kwaliteitssystemen voldoende ontwikkeld zijn en welke onderdelen nog versterkt zouden moeten worden, is een toetsingskader nodig. Een dergelijk kader was ten tijde van dit onderzoek nog niet beschikbaar; de eerste stap in dit onderzoek was daarom de ontwikkeling van een toetsingskader.

### *3.1 Ontwikkeling toetsingskader*

Bij de opbouw van een kwaliteitssysteem richtten beroepsgroepen zich tot enkele jaren geleden meestal op deskundigheid van de beroepsbeoefenaren, normering van de zorg en op bewaking en borging van de kwaliteit (Klazinga & Casparie 1993). In 2000 is een overzichtstudie uitgevoerd waarin de kwaliteitssystemen van alle medische en paramedische disciplines zijn beschreven en ingedeeld volgens de vier categorieën van dit raamwerk (Ben-nema-Broos e.a. 2000). Het raamwerk lijkt op het eerste gezicht te kunnen dienen als uitgangspunt voor een toetsingskader: het biedt criteria om de activiteiten binnen een kwaliteitssysteem in te delen en te beschrijven. Het biedt echter geen concrete aanknopingspunten om de mate van ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen te beschrijven en te toetsen. Bovendien biedt het raamwerk niet de mogelijkheid om de beschikbaarheid van relatief nieuwe ontwikkelingen te toetsen, zoals externe verantwoording en ketenzorg.

Door middel van bestudering van relevante documenten en Nederlandstalige en internationale literatuur is geïnventariseerd of een nieuw toetsingskader kan worden ontwikkeld uitgaande van het raamwerk van Klazinga en Casparie. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met deskundigen op het gebied van kwaliteitsbeleid. Aan de hand van dit vooronderzoek is een concepttoetsingskader opgesteld dat is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de paramedische beroepsverenigingen. Door middel van een korte vragenlijst zijn de meningen over het concepttoetsingskader geïnventariseerd. De resultaten van deze inventarisatie zijn samengevat tot voorstellen voor wijziging.

Het concepttoetsingskader en de voorstellen voor wijziging zijn vervolgens besproken tijdens een invitationale conference waar alle relevante partijen voor waren uitgenodigd: de beroepsverenigingen, deskundigen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Ministerie van VWS, het Nederlands Paramedisch Instituut en Zorgverzekeraars Nederland. Het doel van de invitationale conference was het bereiken van een zo groot mogelijke consensus over en

draagvlak voor het toetsingskader. De resultaten van de invitational conference zijn betrokken bij het opstellen van het definitieve toetsingskader (zie tabel 1).

Het definitieve toetsingskader kent een indeling in rijen en kolommen. De rijen weerspiegelen de onderdelen waaruit een kwaliteitssysteem voor een beroepsgroep kan bestaan. De kolommen geven de verschillende aangrijpingspunten aan voor de beoordeling van het kwaliteitssysteem. De onderste grijze balk geeft aan welke normen hiervoor worden gehanteerd.

**Tabel 1 Toetsingskader**

<i>Elementen kwaliteits-systeem</i>	<i>Beschikbare instrumenten*</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Ondersteuning en actualisering</i>
Deskundigheid	Beroepsprofiel** Bij- en nascholing**		
Normen en criteria	Classificaties en/of code-lijsten** Beroepsprofiel of beroeps-code of gedragsregels** Inhoudelijke richtlijnen/standaarden/protocollen** Procedurele richtlijnen (bijvoorbeeld richtlijn verslaglegging) Kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief		
Meten, toetsen en verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging** Peer review (IT/intervisie/visitatie enzovoort)** Patiëntenraadpleging/feedback** Indicatoren voor kwaliteit van zorg Spiegelinformatie Zelfevaluatie model		
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie** (Landelijke) klachtencommissie**		

<i>Elementen kwaliteits- systeem</i>	<i>Beschikbare instrumen- ten*</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Ondersteuning en actualisering</i>
Externe verantwoor- ding	Accreditatiecommissie**		
	Externe beoordeling/certi- ficering		
	Keurmerk beroepsgroep		
	Tuchtrecht		
	<i>Verenigingsniveau:</i> Kwaliteitsjaarverslag ver- eniging**		
	Uitkomstindicatoren		
	Databank zorggegevens		
	<i>Praktijkniveau:</i> Kwaliteitsjaarverslag praktijk		
	Rapportage over uit- komstindicatoren		
	Communicatie	Organisatie beroepsgroep (infrastructuur)**	
Ketenzorg	Communicatiemiddelen		
	Consensus of multidiscipli- naire richtlijnen		
Toetsing	Multidisciplinaire visitatie of toetsing		
	Zorgprogramma		
	voldoende = alle ** aan- wezig	0-20%	voldoende = per essentieel instru- ment ondersteu- nen en actualise- ren
	sterk = alle ** plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle ** aanwe- zig	50-70%	
		70-100%	

\* In deze kolom zijn alle essentiële instrumenten ingevuld, en voorbeelden van aanvullende instrumenten.

\*\* Essentieel instrument

### *Kolom 1*

De eerste kolom benoemt zeven elementen die een belangrijk onderdeel zijn van een kwaliteitssysteem. Deze elementen hebben ofwel betrekking op de doelen die met kwaliteitsactiviteiten worden nagestreefd (bijvoorbeeld de

deskundigheid van beroepsbeoefenaren), of met de structuur binnen een beroepsgroep die kwaliteitsactiviteiten mogelijk maakt (bijvoorbeeld communicatiemiddelen). Aan de hand van deze elementen kunnen kwaliteitsactiviteiten en instrumenten worden ingedeeld. De eerste vier elementen zijn afgeleid van het raamwerk van Klazinga en Casparie (1993): 'deskundigheid', 'normen en criteria', 'meten toetsen/evalueren en verbeteren' en 'borging'. Nieuwe elementen die hieraan zijn toegevoegd, zijn 'externe verantwoording' (ofwel transparantie), 'communicatie' en 'ketenzorg'. Ketenzorg verwijst naar kwaliteitsactiviteiten die door beroepsgroepen gezamenlijk (multidisciplinair) worden ondernomen, transmuriaal maar ook binnen de eerste lijn of binnen een instelling.

### *Kolom 2*

In de tweede kolom worden de kwaliteitsinstrumenten ingevuld, die een beroepsgroep beschikbaar heeft voor elk van de zeven elementen. Tijdens de invitationale conference is vastgesteld welke instrumenten een beroepsgroep beschikbaar moet hebben voor een goed functionerend kwaliteitssysteem en welke instrumenten aanvullend kunnen zijn. In het toetsingskader zijn de essentiële instrumenten met een ster (\*) (hier \*\*) gemerkt. Voorbeelden van instrumenten die aanvullend kunnen zijn, zijn eveneens opgenomen in het toetsingskader, dit overzicht is echter niet uitputtend.

Als deze kolom wordt ingevuld met de instrumenten die een beroepsgroep beschikbaar heeft, geeft dit inzicht in sterke en zwakke plekken in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem.

### *Toetsing kolom 2*

Instrumenten die aangemerkt zijn met een ster (\*) moeten beschikbaar zijn. Voldoet een beroepsgroep daaraan, dan scoort dit element voldoende. Voldoet men niet aan deze voorwaarde, dan scoort dat element voor de beoordeling zwak. Zijn er behalve alle essentiële instrumenten ook nog aanvullende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, dan scoort een beroepsgroep sterk. Bijvoorbeeld: heeft een beroepsgroep voor het element 'meten, toetsen en verbeteren' gestandaardiseerde verslaglegging, indicatoren voor de kwaliteit van zorg, intercollegiale toetsing en patiëntenraadpleging, dan scoort dit element voldoende. Werkt men daarnaast bijvoorbeeld ook nog met spiegelinformatie, dan scoort dit element sterk.

### *Kolom 3*

De derde kolom betreft de implementatiegraad: de mate waarin de instrumenten die een beroepsgroep tot de beschikking heeft, in de praktijk worden

gebruikt (uitgedrukt in percentage beroepsbeoefenaren). Deze kolom geeft hiermee inzicht in sterke en zwakke plekken in de implementatie van het kwaliteitssysteem. In deze kolom kan eveneens het cijfer worden ingevuld, dat beroepsbeoefenaren toekennen voor het nut van een instrument. Dit cijfer kan een verklaring bieden voor een hoge of lage implementatiegraad.

#### *Toetsing kolom 3*

Voor elk instrument dat door een beroepsgroep is geïmplementeerd, wordt de implementatiegraad bepaald. Om een indicatie te geven van de implementatiegraad zijn de volgende categorieën vastgesteld: 0-20%, 20-50%, 50-70% en meer dan 70%. Er wordt geen oordeel verbonden aan de implementatiegraad. Tijdens de invitational conference hebben de beroepsgroepen aangegeven zelf te willen vaststellen of zij de mate van implementatie voor een instrument voldoende vinden.

#### *Kolom 4*

De vierde kolom betreft de wijze waarop en de mate waarin een beroepsvereniging zorgt voor ondersteuning, actualisering en vernieuwing van instrumenten. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het ontwikkelen van handleidingen, het zorgen voor een helpdesk, de actualisering van richtlijnen en het realiseren van een infrastructuur voor de organisatie van de beroepsgroep. Enerzijds is deze kolom op zich belangrijk als onderdeel van een kwaliteitssysteem. Anderzijds kan deze kolom worden gebruikt om een hoge of lage implementatiegraad van kwaliteitsinstrumenten te verklaren. Deze kolom geeft daarmee mede inzicht in mogelijke aandachtspunten voor het kwaliteitsbeleid voor de toekomst.

#### *Toetsing kolom 4*

Tijdens de invitational conference is besloten dat voor elk van de essentiële instrumenten een beroepsvereniging activiteiten moet uitvoeren ter ondersteuning en actualisering. Gebeurt dit, dan scoort de vereniging voldoende, doet de vereniging dit niet, dan scoort ze zwak.

#### *Nadere toelichting toetsingskader*

In het toetsingskader zijn instrumenten opgenomen, die enige toelichting behoeven. Bij- en nascholing is een essentieel instrument voor het element 'deskundigheid'. De meeste beroepsgroepen verzorgen deze scholing echter niet zelf. Toch is dit instrument opgenomen, omdat juist de bemoeienis van de beroepsvereniging met het aanbod van de scholing en het bieden van ondersteuning van groot belang wordt gevonden.

Tot het element 'normen en criteria' behoren zowel inhoudelijke richtlijnen als procedurele richtlijnen. Het onderscheid hiertussen is niet altijd helder: een richtlijn kan bijvoorbeeld de procedure van de zorgverlening van een bepaalde aandoening betreffen. Besloten is om alle richtlijnen die op een of andere wijze de zorgverlening betreffen, te beschouwen als inhoudelijke richtlijnen. Richtlijnen die betrekking hebben op bijvoorbeeld de verslaglegging of de communicatie met verwijzers, worden beschouwd als procedurele richtlijnen. Een beroepsgroep kan meerdere richtlijnen hebben ontwikkeld. In het toetsingskader worden dan de gemiddelde cijfers voor het gebruik van en de waardering voor deze richtlijnen gegeven.

Niet alle instrumenten worden in de dagelijkse praktijk gebruikt, zoals een klachtencommissie of een accreditatiecommissie. Voor deze instrumenten kan geen percentage 'gebruik' worden ingevuld. Een cijfer voor het nut van de toepasbaarheid van een instrument is soms evenmin relevant.

Er is geprobeerd om het onderscheid tussen de verschillende elementen zo helder mogelijk te maken. Toch kunnen bepaalde instrumenten, zoals het beroepsprofiel, in twee elementen voorkomen. Dit betekent ook dat twee elementen 'zwak ontwikkeld' kunnen zijn als dit instrument niet beschikbaar is.

### *3.2 Opzet van het onderzoek en dataverzameling*

#### *3.2.1 Inventarisatie kwaliteitsinstrumenten*

Per beroepsgroep is begin 2003 geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten beschikbaar zijn voor de beroepsbeoefenaren. Dit overzicht is ter verifiëring toegestuurd aan de betreffende beroepsverenigingen. Gevraagd is om dit overzicht waar nodig aan te vullen en om aan te geven of de kwaliteitsinstrumenten bij de gehele beroepsgroep, bij een deel of helemaal niet zijn geïmplementeerd. Op basis van deze gegevens is de tweede kolom van het toetsingskader ingevuld.

#### *3.2.2 Vragenlijst*

Op basis van de inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten is per beroepsgroep een vragenlijst ontwikkeld. Per geïmplementeerd kwaliteitsinstrument is gevraagd of men op de hoogte is van het bestaan van dit instrument en zo ja, of men dit instrument in bezit heeft. Tevens is gevraagd of men het betreffende instrument gebruikt in de uitoefening van het beroep en hoe men de toepasbaarheid van het instrument waardeert, uitgedrukt in een rapportcijfer (van 1 tot 10). Bij een aantal onderwerpen zijn enkele stellingen voorgesteld waarmee de attitude ten aanzien van deze instrumenten is gemeten.



Bij de onderwerpen 'richtlijnen/standaarden/protocollen', 'visitatie' en 'intercollegiaal overleg' is gevraagd naar de verhouding tussen voor- en nadelen bij het gebruik.

### 3.2.3 *Steekproeven*

Voor de benadering van beroepsbeoefenaren zijn naam- en adresgegevens uit verschillende bronnen gebruikt. Van ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn medio 2003 steekproeven getrokken uit registratiebestanden van het NIVEL; deze bestanden bevatten zowel leden als niet-leden van de beroepsverenigingen. Intramuraal werkende fysiotherapeuten zijn aangeschreven door middel van een particulier bestand met adresgegevens. De radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn aangeschreven vanuit een adressenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Medische Beeldvorming en Radiologie (NVMBR) van alle afdelingen radiologie en radiotherapie in Nederland. De vragenlijsten aan de overige paramedische beroepsgroepen (met uitzondering van de huidtherapeuten) zijn gestuurd naar werkzame leden uit de adresbestanden van de betreffende beroepsverenigingen. Omdat de huidtherapeuten pas sinds 2002 wettelijk geregistreerd staan als paramedische beroepsgroep en geen subsidies hebben ontvangen om een kwaliteitsbeleid op te stellen, zijn er geen vragenlijsten naar huidtherapeuten gestuurd. De vragenlijsten zijn verstuurd begin oktober 2003, de reminders begin november 2003.

### 3.2.4 *Interviews*

Aan het einde van het IKPZ-programma zijn interviews afgenomen met vertegenwoordigers van de paramedische beroepsverenigingen. Per kwaliteitsinstrument is geïnventariseerd welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden, op welke wijze de ondersteuning van het gebruik van instrumenten plaatsvindt en of er plannen zijn voor actualisering. Ook zijn vragen gesteld over de infrastructuur, hiaten en speerpunten van het kwaliteitsbeleid en samenwerking met andere beroepsgroepen.

### 3.2.5 *Analyse van de gegevens*

Het gebruik van instrumenten is alleen voor de leden van de beroepsverenigingen berekend; deze gegevens zijn opgenomen in het toetsingskader. Indien het gebruik en de waardering over de leden en niet-leden gezamenlijk zouden worden berekend, zou er geen eerlijke vergelijking kunnen worden gemaakt tussen beroepsgroepen waarbij alleen leden een vragenlijst hebben

ingevuld en beroepsgroepen waarbij zowel leden als niet-leden een vragenlijst hebben ingevuld.

Om het gebruik van richtlijnen, standaarden en protocollen (in het vervolg kortweg richtlijnen genoemd) te bepalen zijn de gegevens geanalyseerd van de respondenten die bekend zijn met de richtlijn en op wie de richtlijn van toepassing is. In het toetsingskader is het gemiddelde gebruik en het gemiddelde cijfer voor alle richtlijnen ingevuld. Het gemiddelde gebruik betreft het percentage leden dat de standaarden bij meer dan 50% van de patiënten gebruikt.

### 3.3 Beschrijving van de resultaten

In de loop van 2004 zijn de resultaten van dit onderzoek verschenen in een omvangrijk NIVEL-rapport (Hofhuis e.a. 2003). Voor deze bijdrage zijn de belangrijkste resultaten samengevat, namelijk de gegevens over het gebruik van instrumenten en de waardering ervan.

Per beroepsgroep wordt eerst een beschrijving gegeven van de respondentgroep. Daarna volgt een bespreking van de instrumenten die beschikbaar zijn, de implementatiegraad en de waardering voor de instrumenten door de beroepsbeoefenaren<sup>1</sup>. Deze gegevens zijn ingedeeld volgens de elementen van het toetsingskader (deskundigheid, normen en criteria enzovoort). In enkele gevallen worden ook antwoorden op stellingen gepresenteerd indien deze de gegevens ondersteunen. Indien mogelijk worden er verbanden gelegd tussen het cijfer voor een instrument en de implementatiegraad.

Tijdens de interviews met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen is gevraagd naar de ondersteuning die door de beroepsvereniging voor het gebruik van instrumenten wordt geboden (vierde kolom van het toetsingskader). De volledige uitleg en bespreking van deze gegevens past niet binnen het kader van het *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Er is daarom voor gekozen deze kolom niet weer te geven. Deze gegevens worden alleen ter toelichting in de tekst vermeld indien er een samenhang is gevonden tussen ondersteuning en gebruik.

<sup>1</sup> Deze gegevens betreffen alleen de leden van de beroepsverenigingen.

Ten slotte worden de sterke onderdelen van de kwaliteitssystemen en de onderdelen die nog versterking nodig hebben, besproken. In de interviews is gevraagd naar de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de komende jaren. Elke bespreking van het kwaliteitssysteem van een beroepsgroep wordt afgesloten met vermelding van deze speerpunten en de prioriteiten die de beroepsverenigingen volgens de onderzoekers moeten stellen.

Voor de overige resultaten wordt verwezen naar de oorspronkelijke rapportage. Hierin wordt elk kwaliteitsinstrument uitgebreid omschreven waarbij aandacht wordt besteed aan de samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten. De resultaten over de bekendheid met kwaliteitsinstrumenten en het bezit van instrumenten staan in tabellen, waar mogelijk uitgesplitst voor leden en niet-leden van de beroepsverenigingen. Antwoorden op de stellingen over de waardering voor bij- en nascholing, intercollegiaal overleg, visitatie en richtlijnen worden gerelateerd aan de implementatiegraad en de afwijking tussen voor- en nadelen aan het gebruik van deze instrumenten. Bij elk instrument wordt eveneens beschreven welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden, welke activiteiten ter ondersteuning van het gebruik worden uitgevoerd door de beroepsvereniging en welke plannen er zijn voor actualisering van de instrumenten. Deze gegevens worden waar mogelijk in verband gebracht met een hoge of lage implementatiegraad.

## 4 Diëtisten

### 4.1 Respons

Van 317 diëtisten (leden van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), respons = 58%) zijn gegevens beschikbaar over het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 2 staat een overzicht van de werkplekken waar deze diëtisten werkzaam zijn.

**Tabel 2 Werkplek van de respondenten (n=317)**

	<i>Percentage*</i>
Ziekenhuis	40
Thuiszorg/kruiswerk	27
Vrijgevestigde solopraktijk/maatschap	20
Verpleeghuis/verzorgingshuis	15

Revalidatiecentrum	4
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	4
Overig	11

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

De belangrijkste werkplek voor diëtisten is het ziekenhuis; 20% is werkzaam in een vrijgevestigde praktijk of maatschap.

#### 4.2 Deskundigheid

Het eerste element van het toetsingskader, 'deskundigheid', is voldoende ontwikkeld (tabel 3). Beide essentiële instrumenten zijn beschikbaar, namelijk een beroepsprofiel en bij- en nascholing. Zowel het beroepsprofiel als de bij- en nascholing worden door meer dan de helft van de diëtisten in dit onderzoek gebruikt. De waardering voor de bij- en nascholing wordt afgeleid uit de antwoorden op de stelling of men de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit vindt: 67% onderschrijft deze stelling.<sup>1</sup> Het beroepsprofiel wordt gewaardeerd met een 7,0.

#### 4.3 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is sterk ontwikkeld. Alle essentiële instrumenten zijn beschikbaar: classificaties, een beroepsprofiel, beroepscode en drie inhoudelijke richtlijnen.<sup>2</sup> De beroepsgroep van de diëtisten is de eerste paramedische beroepsgroep die een volledige set van classificaties en code-lijsten heeft geïmplementeerd; dit instrument is in 2003 beschikbaar gekomen. Met uitzondering van de classificaties worden de essentiële instrumenten door meer dan de helft van de beroepsgroep gebruikt. De inhoudelijke richtlijnen worden door 52% van de diëtisten bij meer dan de helft van de patiënten toegepast.

Naast de essentiële instrumenten zijn er meerdere aanvullende instrumenten, zoals de procedurele richtlijnen (*Rapportage van diëtist aan verwijzer*

<sup>1</sup> Omdat bij- en nascholing doorgaans door verschillende aanbieders wordt verzorgd, is er geen cijfer gevraagd.

<sup>2</sup> Richtlijnen NVD: de multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening bij verpleeghuisgeïndiceerden, de multiprofessionele richtlijn behandeling van slikproblemen bij verpleeghuisbewoners en de richtlijn diagnostisch onderzoek door diëtisten bij vermeende voedselovergevoeligheid.

en een richtlijn voor het registreren van gegevens van de diëtistische behandeling: probleem georiënteerd registreren (POR)). Ook beschikbaar zijn 'criteria vanuit patiëntperspectief', een modelregeling 'Diëtist-Patiënt' die de rechten en plichten weergeeft van beroepsbeoefenaren en hun patiënten in hun relatie tot elkaar, een raamwerk met regels voor de ontwikkeling van protocollen, een databank van lokaal beschikbare protocollen en *nutritional assessment online*. Dit laatste instrument is een interactieve website waarop inzichtelijk wordt gemaakt hoe en met welke meetinstrumenten de voedingstoestand van een patiënt met een bepaalde aandoening moet worden gemeten.

De waardering voor de meeste instrumenten is ongeveer 7. Er zijn twee uitschieters: de classificaties en codelijsten worden gewaardeerd met een 6,0, nutritional assessment online met een 7,6.

**Tabel 3 Toetsingskader diëtisten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVD	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	62	7,0
	Bij- en nascholing*	94	–
Normen en criteria	Classificaties en codelijsten*	16	6,0
	Beroepsprofiel*	62	7,0
	Beroepscode*	51	6,9
	Inhoudelijke richtlijnen*	52	7,0
	Procedurele richtlijnen	63	7,2
	Criteria patiëntperspectief	11	6,9
	Modelregeling diëtist-patiënt	44	7,0
	Raamwerk protocollen	24	7,1
	Databank protocollen	12	6,6
	Nutritional assessment online	7	7,6
	Meten, toetsen, verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging (POR)*	74
Peer review*:			
– IT		70	7,6
– visitatie		22	7,1
Kwaliteitsmeetinstrument Diabetes (Patiëntenraadpleging*) (Indicatoren)		5 41 11	6,4 – –

KWALITEITSSYSTEMEN PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN ANNO 2003

Elementen	Beschikbare instrumenten NVD	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Borging	Kwaliteitsregister / herregistratie*	96	-
	Klachtencommissie*	-	-
	Accreditatiecommissie*	-	-
Externe verantwoording	Kwaliteitsborgingsnorm Verenigingsniveau	44	7,1
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging*	+	-
	Productomschrijvingen	53	7,2
	Artsenwijzer diëtetiek	85	7,8
	Praktijkniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afdeling	46	-
	Handleiding kwaliteitsjaarverslag	9	6,9
	Handleiding kwaliteitsbeleidsplan	9	7,0
	Kwaliteitsmeetinstrument Diabetes	5	6,4
	Communicatie	Regiostructuur*	+
Communicatiemiddelen		+	-
Ketenzorg	Twee multidisciplinaire richtlijnen	54	7,2
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 4.4 Meten, toetsen en verbeteren

De NVD heeft drie instrumenten die essentieel zijn voor het doorlopen van de kwaliteitscirkel:

- 1 gestandaardiseerde verslaglegging;
- 2 intercollegiale toetsing;
- 3 visitatie.

Omdat er nog geen instrument is voor de raadpleging van patiënten, wordt dit element als 'zwak ontwikkeld' aangemerkt.

De methodiek van visitatie is ontwikkeld voor verpleeghuizen en psychiatrische instellingen. In deze sectoren is 22% van de ondervraagde diëtisten al wel eens gevisiteerd; de methodiek wordt gewaardeerd met een 7,1. Het POR wordt gebruikt door 74% van de diëtisten. Intercollegiaal overleg en intercollegiale toetsing worden door meer dan 70% van de diëtisten uitgevoerd. De belangrijkste activiteit bij intercollegiaal overleg is het bespreken van recente inzichten in de dagelijkse praktijk: 81% van de diëtisten heeft deze activiteit de afgelopen twee jaar ondernomen.

Voor patiëntenraadpleging heeft de NVD nog geen instrument ontwikkeld maar een deel van de diëtisten voert dergelijke metingen al wel uit met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten. Indicatoren zijn evenmin beschikbaar maar ook hiermee wordt op lokaal niveau al wel gewerkt door 11% van de diëtisten.

#### 4.5 *Borging*

Ook het element 'borging' is sterk ontwikkeld. De NVD beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie, een accreditatiecommissie (stichting Accreditatie Deskundigheidsbevorderende Activiteiten Paramedici (ADAP)) en een aanvullend instrument: de kwaliteitsborgingsnorm. Hierin staat beschreven hoe de organisatorische structuur is, wie welke verantwoordelijkheden draagt en welke procedures, processen en voorzieningen nodig zijn voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg. Vrijwel alle diëtisten in dit onderzoek zijn ingeschreven in het basisregister van het kwaliteitsregister. Voor de klachtencommissie is geen getal voor gebruik aangegeven, van belang is wel het percentage diëtisten uit de doelgroep dat ervan op de hoogte is: 69%.

#### 4.6 *Externe verantwoording*

Voor het element 'externe verantwoording' zijn zowel instrumenten op verenigingsniveau beschikbaar als instrumenten op praktijk- of afdelingsniveau; het element is sterk ontwikkeld. Door de NVD wordt een kwaliteitsjaarverslag geschreven. De artsenwijzer is een boekje bedoeld voor verwijzers; in beknopte vorm wordt beschreven wat bij verschillende ziektebeelden het voorkeursmoment is voor verwijzing van de patiënt naar de diëtist. Aangegeven wordt ook welke gegevens de diëtist van de verwijzer nodig heeft voor een goede dieetadvisering. De productomschrijvingen betreffen de thuis-

zorg, de verpleeghuis-, de psychiatrie en de verstandelijk-gehandicaptenzorg.

Op praktijkniveau zijn er handleidingen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag en kwaliteitsbeleidsplan en er is het kwaliteitsmeetinstrument voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2. Dit instrument is ontwikkeld om het eigen (individuele) handelen te kunnen evalueren. De artsenwijzer en de productomschrijvingen worden door meer dan de helft van de respondenten gebruikt. De artsenwijzer diëtetiek heeft zowel een hoog percentage gebruikers als het hoogste cijfer voor de waardering van alle instrumenten: een 7,8.

#### *4.7 Communicatie*

Alle diëtisten zijn ingedeeld in een van de dertien regio's van de NVD. De NVD ondersteunt de regio's: nieuwe ontwikkelingen worden besproken, afgestemd met en geïmplementeerd via de regio's. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meest gebruik van schriftelijke media zoals de nieuwsbrief en het tijdschrift van de vereniging.

#### *4.8 Ketenzorg*

Voor diëtisten zijn er inmiddels twee multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar, deze richtlijnen zijn ook vermeld bij de inhoudelijke richtlijnen van het element 'normen en criteria'. De richtlijnen worden door meer dan de helft van de diëtisten gebruikt.

#### *4.9 Conclusie*

Ten aanzien van de ontwikkelde instrumenten is het kwaliteitssysteem van de diëtisten over het geheel genomen sterk ontwikkeld met veel aanvullende instrumenten. Het enige ontbrekende instrument is een instrument voor patiëntenraadpleging; overigens voert al wel een deel van de beroepsgroep raadplegingen uit met lokaal ontwikkelde instrumenten. Opvallend is dat vijf instrumenten al door meer dan 70% van de diëtisten, waarvoor ze bedoeld zijn, worden gebruikt; bovendien zijn dit voor het merendeel essentiële instrumenten. Zes andere instrumenten worden door 50-70% van de diëtisten gebruikt. Eenderde van de instrumenten wordt nog door minder dan 20% van de diëtisten gebruikt: dit betreft enkele instrumenten die pas recent zijn geïmplementeerd, zoals de classificaties en codelijsten en het in-



# Kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen anno 2003

E.H. Hofhuis\*

## 1 Inleiding

In 2003 is onderzocht in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ingevoerd door elf paramedische beroepsgroepen (Hofhuis e.a. 2003). Aan de hand van een toetsingskader is voor elke beroepsgroep bepaald wat de sterke elementen zijn van het kwaliteitssysteem en welke elementen in de toekomst meer aandacht zouden moeten krijgen. Het toetsingskader is ten behoeve van dit onderzoek ontwikkeld.

In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek. Eerst wordt beschreven hoe het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen zich sinds 1994 heeft ontwikkeld. Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek naar de stand van zaken in 2003 beschreven. Daarna volgen de resultaten van de elf paramedische beroepsgroepen die bij het onderzoek waren betrokken. Afsluitend zal een vergelijking tussen de beroepsgroepen worden gemaakt en wordt een blik geworpen op de toekomst.

## 2 Kwaliteitsactiviteiten van de paramedische beroepsgroepen sinds 1994

Sinds 1994 werken de paramedische beroepsgroepen<sup>1</sup> gezamenlijk aan de vormgeving van hun kwaliteitsbeleid. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (destijds Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) heeft deze activiteiten ondersteund door middel van drie kwaliteitsprogramma's. Het eerste programma werd uitgevoerd van 1 januari 1994 tot 1 januari 1997 en was getiteld *Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)*. In dit programma zijn de stappen geformuleerd, die moeten worden gezet om gestalte te geven aan het kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid van de

\* Mevrouw dr.ir. E.H. Hofhuis is werkzaam als onderzoeker bij Nivel te Utrecht.

<sup>1</sup> Diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

paramedische beroepen heeft hierdoor duidelijk vorm gekregen. Tijdens het programma zijn vooral projecten uitgevoerd op het gebied van intercollegiale toetsing en de ontwikkeling van richtlijnen; ook is er een raamwerk voor kwaliteitscriteria voor scholing opgesteld (Sluijs & Dekker 1997).

Vanwege het succes van het eerste kwaliteitsprogramma is een tweede kwaliteitsprogramma gesubsidieerd in de periode van medio 1997 tot eind 2000. Dit programma, getiteld *Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg* (BKPZ) is in opdracht van de minister van VWS gefinancierd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De hoofddoelen van dit programma waren gericht op het verder ontwikkelen, verbeteren en behouden van kwaliteitsinstrumenten. Om dit te realiseren zijn projecten uitgevoerd op diverse themagebieden: het ontwikkelen van classificaties en codelijsten, paramedische verslaglegging, het ontwikkelen van een accreditatiesysteem voor bij- en nascholing, de actualisering van beroepsprofielen, het verder ontwikkelen van intercollegiale toetsing en visitatie, het ontwikkelen van kwaliteitscriteria volgens patiëntperspectief en het ontwikkelen van richtlijnen, standaarden en protocollen (Hofhuis e.a. 2001).

Het derde kwaliteitsprogramma, getiteld *Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg* (IKPZ), is in oktober 2000 gestart en in oktober 2003 afgerond. Dit programma werd eveneens gesubsidieerd door het CVZ. Het hoofddoel van dit programma was de implementatie van kwaliteitsinstrumenten die zijn ontwikkeld in de OKPZ- en BKPZ-programma's. Door de ontwikkeling van regionale infrastructuren waarbinnen de implementatie van het kwaliteitsbeleid kan worden vormgegeven, is gewerkt aan de realisatie van deze doelstelling (Hofhuis e.a. 2003).

Naast de drie kwaliteitsprogramma's hebben de paramedische beroepsgroepen – in verschillende mate – ook kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd met eigen middelen en met middelen afkomstig van de *Meerjarenafspraken*: dit laatste betreft de fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en de logopedisten.

### **3 Onderzoek naar de stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen**

In 2002 heeft het College voor zorgverzekeringen aan het NIVEL de opdracht gegeven te onderzoeken in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ontwikkeld aan het einde van het IKPZ-programma. Een tweede doel van dit onderzoek was om de sterke en zwakke kanten van de kwaliteitssystemen aan te geven. Dit onderzoek zou richting kunnen geven aan toekomstig be-

leid van zowel de paramedische beroepsgroepen als van de overheid. Om na te gaan welke onderdelen van de kwaliteitssystemen voldoende ontwikkeld zijn en welke onderdelen nog versterkt zouden moeten worden, is een toetsingskader nodig. Een dergelijk kader was ten tijde van dit onderzoek nog niet beschikbaar; de eerste stap in dit onderzoek was daarom de ontwikkeling van een toetsingskader.

### *3.1 Ontwikkeling toetsingskader*

Bij de opbouw van een kwaliteitssysteem richtten beroepsgroepen zich tot enkele jaren geleden meestal op deskundigheid van de beroepsbeoefenaren, normering van de zorg en op bewaking en borging van de kwaliteit (Klazinga & Casparie 1993). In 2000 is een overzichtstudie uitgevoerd waarin de kwaliteitssystemen van alle medische en paramedische disciplines zijn beschreven en ingedeeld volgens de vier categorieën van dit raamwerk (Benema-Broos e.a. 2000). Het raamwerk lijkt op het eerste gezicht te kunnen dienen als uitgangspunt voor een toetsingskader: het biedt criteria om de activiteiten binnen een kwaliteitssysteem in te delen en te beschrijven. Het biedt echter geen concrete aanknopingspunten om de mate van ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen te beschrijven en te toetsen. Bovendien biedt het raamwerk niet de mogelijkheid om de beschikbaarheid van relatief nieuwe ontwikkelingen te toetsen, zoals externe verantwoording en ketenzorg.

Door middel van bestudering van relevante documenten en Nederlandstalige en internationale literatuur is geïnventariseerd of een nieuw toetsingskader kan worden ontwikkeld uitgaande van het raamwerk van Klazinga en Casparie. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met deskundigen op het gebied van kwaliteitsbeleid. Aan de hand van dit vooronderzoek is een concepttoetsingskader opgesteld dat is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de paramedische beroepsverenigingen. Door middel van een korte vragenlijst zijn de meningen over het concepttoetsingskader geïnventariseerd. De resultaten van deze inventarisatie zijn samengevat tot voorstellen voor wijziging.

Het concepttoetsingskader en de voorstellen voor wijziging zijn vervolgens besproken tijdens een invitationale conference waar alle relevante partijen voor waren uitgenodigd: de beroepsverenigingen, deskundigen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Ministerie van VWS, het Nederlands Paramedisch Instituut en Zorgverzekeraars Nederland. Het doel van de invitationale conference was het bereiken van een zo groot mogelijke consensus over en

draagvlak voor het toetsingskader. De resultaten van de invitationale conferentie zijn betrokken bij het opstellen van het definitieve toetsingskader (zie tabel 1).

Het definitieve toetsingskader kent een indeling in rijen en kolommen. De rijen weerspiegelen de onderdelen waaruit een kwaliteitssysteem voor een beroepsgroep kan bestaan. De kolommen geven de verschillende aangrijpingspunten aan voor de beoordeling van het kwaliteitssysteem. De onderste grijze balk geeft aan welke normen hiervoor worden gehanteerd.

**Tabel 1 Toetsingskader**

<i>Elementen kwaliteits-systeem</i>	<i>Beschikbare instrumenten*</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Ondersteuning en actualisering</i>
Deskundigheid	Beroepsprofiel**		
	Bij- en nascholing**		
Normen en criteria	Classificaties en/of code-lijsten**		
	Beroepsprofiel of beroeps-code of gedragsregels**		
	Inhoudelijke richtlijnen/standaarden/protocollen**		
	Procedurele richtlijnen (bijvoorbeeld richtlijn verslaglegging)		
	Kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief		
Meten, toetsen en verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging**		
	Peer review (IT/intervisie/visitatie enzovoort)**		
	Patiëntenraadpleging/feedback**		
	Indicatoren voor kwaliteit van zorg		
	Spiegelinformatie		
	Zelfevaluatie model		
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie**		
	(Landelijke) klachtencommissie**		

KWALITEITSSYSTEMEN PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN ANNO 2003

<i>Elementen kwaliteits- systeem</i>	<i>Beschikbare instrumen- ten*</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Ondersteuning en actualisering</i>
Externe verantwoor- ding	Accreditatiecommissie**		
	Externe beoordeling/certi- ficering		
	Keurmerk beroepsgroep		
	Tuchtrecht		
	<i>Verenigingsniveau:</i>		
	Kwaliteitsjaarverslag ver- eniging**		
	Uitkomstindicatoren		
	Databank zorggegevens		
	<i>Praktijkniveau:</i>		
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk		
Communicatie	Rapportage over uit- komstindicatoren		
	Organisatie beroepsgroep (infrastructuur)**		
	Communicatiemiddelen		
Ketenzorg	Consensus of multidisci- plinaire richtlijnen		
	Multidisciplinaire visitatie of toetsing		
	Zorgprogramma		
Toetsing	voldoende = alle ** aan- wezig	0-20%	voldoende = per essentieel instru- ment ondersteu- nen en actualise- ren
	sterk = alle ** plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle ** aanwe- zig	50-70%	
		70-100%	

\* In deze kolom zijn alle essentiële instrumenten ingevuld, en voorbeelden van aanvullende instrumenten.

\*\* Essentieel instrument

*Kolom 1*

De eerste kolom benoemt zeven elementen die een belangrijk onderdeel zijn van een kwaliteitssysteem. Deze elementen hebben ofwel betrekking op de doelen die met kwaliteitsactiviteiten worden nagestreefd (bijvoorbeeld de

deskundigheid van beroepsbeoefenaren), of met de structuur binnen een beroepsgroep die kwaliteitsactiviteiten mogelijk maakt (bijvoorbeeld communicatiemiddelen). Aan de hand van deze elementen kunnen kwaliteitsactiviteiten en instrumenten worden ingedeeld. De eerste vier elementen zijn afgeleid van het raamwerk van Klazinga en Casparie (1993): 'deskundigheid', 'normen en criteria', 'meten toetsen/evalueren en verbeteren' en 'borging'. Nieuwe elementen die hieraan zijn toegevoegd, zijn 'externe verantwoording' (ofwel transparantie), 'communicatie' en 'ketenzorg'. Ketenzorg verwijst naar kwaliteitsactiviteiten die door beroepsgroepen gezamenlijk (multidisciplinair) worden ondernomen, transmuriaal maar ook binnen de eerste lijn of binnen een instelling.

### *Kolom 2*

In de tweede kolom worden de kwaliteitsinstrumenten ingevuld, die een beroepsgroep beschikbaar heeft voor elk van de zeven elementen. Tijdens de invitational conference is vastgesteld welke instrumenten een beroepsgroep beschikbaar moet hebben voor een goed functionerend kwaliteitssysteem en welke instrumenten aanvullend kunnen zijn. In het toetsingskader zijn de essentiële instrumenten met een ster (\*) (hier \*\*) gemerkt. Voorbeelden van instrumenten die aanvullend kunnen zijn, zijn eveneens opgenomen in het toetsingskader, dit overzicht is echter niet uitputtend.

Als deze kolom wordt ingevuld met de instrumenten die een beroepsgroep beschikbaar heeft, geeft dit inzicht in sterke en zwakke plekken in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem.

### *Toetsing kolom 2*

Instrumenten die aangemerkt zijn met een ster (\*) moeten beschikbaar zijn. Voldoet een beroepsgroep daaraan, dan scoort dit element voldoende. Voldoet men niet aan deze voorwaarde, dan scoort dat element voor de beoordeling zwak. Zijn er behalve alle essentiële instrumenten ook nog aanvullende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, dan scoort een beroepsgroep sterk. Bijvoorbeeld: heeft een beroepsgroep voor het element 'meten, toetsen en verbeteren' gestandaardiseerde verslaglegging, indicatoren voor de kwaliteit van zorg, intercollegiale toetsing en patiëntenraadpleging, dan scoort dit element voldoende. Werkt men daarnaast bijvoorbeeld ook nog met spiegelinformatie, dan scoort dit element sterk.

### *Kolom 3*

De derde kolom betreft de implementatiegraad: de mate waarin de instrumenten die een beroepsgroep tot de beschikking heeft, in de praktijk worden

gebruikt (uitgedrukt in percentage beroepsbeoefenaren). Deze kolom geeft hiermee inzicht in sterke en zwakke plekken in de implementatie van het kwaliteitssysteem. In deze kolom kan eveneens het cijfer worden ingevuld, dat beroepsbeoefenaren toekennen voor het nut van een instrument. Dit cijfer kan een verklaring bieden voor een hoge of lage implementatiegraad.

#### *Toetsing kolom 3*

Voor elk instrument dat door een beroepsgroep is geïmplementeerd, wordt de implementatiegraad bepaald. Om een indicatie te geven van de implementatiegraad zijn de volgende categorieën vastgesteld: 0-20%, 20-50%, 50-70% en meer dan 70%. Er wordt geen oordeel verbonden aan de implementatiegraad. Tijdens de invitational conference hebben de beroepsgroepen aangegeven zelf te willen vaststellen of zij de mate van implementatie voor een instrument voldoende vinden.

#### *Kolom 4*

De vierde kolom betreft de wijze waarop en de mate waarin een beroepsvereniging zorgt voor ondersteuning, actualisering en vernieuwing van instrumenten. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het ontwikkelen van handleidingen, het zorgen voor een helpdesk, de actualisering van richtlijnen en het realiseren van een infrastructuur voor de organisatie van de beroepsgroep. Enerzijds is deze kolom op zich belangrijk als onderdeel van een kwaliteitssysteem. Anderzijds kan deze kolom worden gebruikt om een hoge of lage implementatiegraad van kwaliteitsinstrumenten te verklaren. Deze kolom geeft daarmee mede inzicht in mogelijke aandachtspunten voor het kwaliteitsbeleid voor de toekomst.

#### *Toetsing kolom 4*

Tijdens de invitational conference is besloten dat voor elk van de essentiële instrumenten een beroepsvereniging activiteiten moet uitvoeren ter ondersteuning en actualisering. Gebeurt dit, dan scoort de vereniging voldoende, doet de vereniging dit niet, dan scoort ze zwak.

#### *Nadere toelichting toetsingskader*

In het toetsingskader zijn instrumenten opgenomen, die enige toelichting behoeven. Bij- en nascholing is een essentieel instrument voor het element 'deskundigheid'. De meeste beroepsgroepen verzorgen deze scholing echter niet zelf. Toch is dit instrument opgenomen, omdat juist de bemoeienis van de beroepsvereniging met het aanbod van de scholing en het bieden van ondersteuning van groot belang wordt gevonden.

Tot het element 'normen en criteria' behoren zowel inhoudelijke richtlijnen als procedurele richtlijnen. Het onderscheid hiertussen is niet altijd helder: een richtlijn kan bijvoorbeeld de procedure van de zorgverlening van een bepaalde aandoening betreffen. Besloten is om alle richtlijnen die op een of andere wijze de zorgverlening betreffen, te beschouwen als inhoudelijke richtlijnen. Richtlijnen die betrekking hebben op bijvoorbeeld de verslaglegging of de communicatie met verwijzers, worden beschouwd als procedurele richtlijnen. Een beroepsgroep kan meerdere richtlijnen hebben ontwikkeld. In het toetsingskader worden dan de gemiddelde cijfers voor het gebruik van en de waardering voor deze richtlijnen gegeven.

Niet alle instrumenten worden in de dagelijkse praktijk gebruikt, zoals een klachtencommissie of een accreditatiecommissie. Voor deze instrumenten kan geen percentage 'gebruik' worden ingevuld. Een cijfer voor het nut van de toepasbaarheid van een instrument is soms evenmin relevant.

Er is geprobeerd om het onderscheid tussen de verschillende elementen zo helder mogelijk te maken. Toch kunnen bepaalde instrumenten, zoals het beroepsprofiel, in twee elementen voorkomen. Dit betekent ook dat twee elementen 'zwak ontwikkeld' kunnen zijn als dit instrument niet beschikbaar is.

### *3.2 Opzet van het onderzoek en dataverzameling*

#### *3.2.1 Inventarisatie kwaliteitsinstrumenten*

Per beroepsgroep is begin 2003 geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten beschikbaar zijn voor de beroepsbeoefenaren. Dit overzicht is ter verifiëring toegestuurd aan de betreffende beroepsverenigingen. Gevraagd is om dit overzicht waar nodig aan te vullen en om aan te geven of de kwaliteitsinstrumenten bij de gehele beroepsgroep, bij een deel of helemaal niet zijn geïmplementeerd. Op basis van deze gegevens is de tweede kolom van het toetsingskader ingevuld.

#### *3.2.2 Vragenlijst*

Op basis van de inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten is per beroepsgroep een vragenlijst ontwikkeld. Per geïmplementeerd kwaliteitsinstrument is gevraagd of men op de hoogte is van het bestaan van dit instrument en zo ja, of men dit instrument in bezit heeft. Tevens is gevraagd of men het betreffende instrument gebruikt in de uitoefening van het beroep en hoe men de toepasbaarheid van het instrument waardeert, uitgedrukt in een rapportcijfer (van 1 tot 10). Bij een aantal onderwerpen zijn enkele stellingen voorgesteld waarmee de attitude ten aanzien van deze instrumenten is gemeten.



Bij de onderwerpen 'richtlijnen/standaarden/protocollen', 'visitatie' en 'intercollegiaal overleg' is gevraagd naar de verhouding tussen voor- en nadelen bij het gebruik.

### 3.2.3 *Steekproeven*

Voor de benadering van beroepsbeoefenaren zijn naam- en adresgegevens uit verschillende bronnen gebruikt. Van ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck en extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn medio 2003 steekproeven getrokken uit registratiebestanden van het NIVEL; deze bestanden bevatten zowel leden als niet-leden van de beroepsverenigingen. Intramuraal werkende fysiotherapeuten zijn aangeschreven door middel van een particulier bestand met adresgegevens. De radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn aangeschreven vanuit een adressenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Medische Beeldvorming en Radiologie (NVMBR) van alle afdelingen radiologie en radiotherapie in Nederland. De vragenlijsten aan de overige paramedische beroepsgroepen (met uitzondering van de huidtherapeuten) zijn gestuurd naar werkzame leden uit de adresbestanden van de betreffende beroepsverenigingen. Omdat de huidtherapeuten pas sinds 2002 wettelijk geregistreerd staan als paramedische beroepsgroep en geen subsidies hebben ontvangen om een kwaliteitsbeleid op te stellen, zijn er geen vragenlijsten naar huidtherapeuten gestuurd. De vragenlijsten zijn verstuurd begin oktober 2003, de reminders begin november 2003.

### 3.2.4 *Interviews*

Aan het einde van het IKPZ-programma zijn interviews afgenomen met vertegenwoordigers van de paramedische beroepsverenigingen. Per kwaliteitsinstrument is geïnventariseerd welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden, op welke wijze de ondersteuning van het gebruik van instrumenten plaatsvindt en of er plannen zijn voor actualisering. Ook zijn vragen gesteld over de infrastructuur, hiaten en speerpunten van het kwaliteitsbeleid en samenwerking met andere beroepsgroepen.

### 3.2.5 *Analyse van de gegevens*

Het gebruik van instrumenten is alleen voor de leden van de beroepsverenigingen berekend; deze gegevens zijn opgenomen in het toetsingskader. Indien het gebruik en de waardering over de leden en niet-leden gezamenlijk zouden worden berekend, zou er geen eerlijke vergelijking kunnen worden gemaakt tussen beroepsgroepen waarbij alleen leden een vragenlijst hebben

ingevuld en beroepsgroepen waarbij zowel leden als niet-leden een vragenlijst hebben ingevuld.

Om het gebruik van richtlijnen, standaarden en protocollen (in het vervolg kortweg richtlijnen genoemd) te bepalen zijn de gegevens geanalyseerd van de respondenten die bekend zijn met de richtlijn en op wie de richtlijn van toepassing is. In het toetsingskader is het gemiddelde gebruik en het gemiddelde cijfer voor alle richtlijnen ingevuld. Het gemiddelde gebruik betreft het percentage leden dat de standaarden bij meer dan 50% van de patiënten gebruikt.

### 3.3 Beschrijving van de resultaten

In de loop van 2004 zijn de resultaten van dit onderzoek verschenen in een omvangrijk NIVEL-rapport (Hofhuis e.a. 2003). Voor deze bijdrage zijn de belangrijkste resultaten samengevat, namelijk de gegevens over het gebruik van instrumenten en de waardering ervan.

Per beroepsgroep wordt eerst een beschrijving gegeven van de respondentengroep. Daarna volgt een bespreking van de instrumenten die beschikbaar zijn, de implementatiegraad en de waardering voor de instrumenten door de beroepsbeoefenaren<sup>1</sup>. Deze gegevens zijn ingedeeld volgens de elementen van het toetsingskader (deskundigheid, normen en criteria enzovoort). In enkele gevallen worden ook antwoorden op stellingen gepresenteerd indien deze de gegevens ondersteunen. Indien mogelijk worden er verbanden gelegd tussen het cijfer voor een instrument en de implementatiegraad.

Tijdens de interviews met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen is gevraagd naar de ondersteuning die door de beroepsvereniging voor het gebruik van instrumenten wordt geboden (vierde kolom van het toetsingskader). De volledige uitleg en bespreking van deze gegevens past niet binnen het kader van het *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Er is daarom voor gekozen deze kolom niet weer te geven. Deze gegevens worden alleen ter toelichting in de tekst vermeld indien er een samenhang is gevonden tussen ondersteuning en gebruik.

<sup>1</sup> Deze gegevens betreffen alleen de leden van de beroepsverenigingen.

Ten slotte worden de sterke onderdelen van de kwaliteitssystemen en de onderdelen die nog versterking nodig hebben, besproken. In de interviews is gevraagd naar de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de komende jaren. Elke bespreking van het kwaliteitssysteem van een beroepsgroep wordt afgesloten met vermelding van deze speerpunten en de prioriteiten die de beroepsverenigingen volgens de onderzoekers moeten stellen.

Voor de overige resultaten wordt verwezen naar de oorspronkelijke rapportage. Hierin wordt elk kwaliteitsinstrument uitgebreid omschreven waarbij aandacht wordt besteed aan de samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten. De resultaten over de bekendheid met kwaliteitsinstrumenten en het bezit van instrumenten staan in tabellen, waar mogelijk uitgesplitst voor leden en niet-leden van de beroepsverenigingen. Antwoorden op de stellingen over de waardering voor bij- en nascholing, intercollegiaal overleg, visitatie en richtlijnen worden gerelateerd aan de implementatiegraad en de afweging tussen voor- en nadelen aan het gebruik van deze instrumenten. Bij elk instrument wordt eveneens beschreven welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden, welke activiteiten ter ondersteuning van het gebruik worden uitgevoerd door de beroepsvereniging en welke plannen er zijn voor actualisering van de instrumenten. Deze gegevens worden waar mogelijk in verband gebracht met een hoge of lage implementatiegraad.

## 4 Diëtisten

### 4.1 Respons

Van 317 diëtisten (leden van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), respons = 58%) zijn gegevens beschikbaar over het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 2 staat een overzicht van de werkplekken waar deze diëtisten werkzaam zijn.

**Tabel 2 Werkplek van de respondenten (n=317)**

	<i>Percentage*</i>
Ziekenhuis	40
Thuiszorg/kruiswerk	27
Vrijgevestigde solopraktijk/maatschap	20
Verpleeghuis/verzorgingshuis	15

Revalidatiecentrum	4
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	4
Overig	11

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

De belangrijkste werkplek voor diëtisten is het ziekenhuis; 20% is werkzaam in een vrijgevestigde praktijk of maatschap.

#### 4.2 Deskundigheid

Het eerste element van het toetsingskader, 'deskundigheid', is voldoende ontwikkeld (tabel 3). Beide essentiële instrumenten zijn beschikbaar, namelijk een beroepsprofiel en bij- en nascholing. Zowel het beroepsprofiel als de bij- en nascholing worden door meer dan de helft van de diëtisten in dit onderzoek gebruikt. De waardering voor de bij- en nascholing wordt afgeleid uit de antwoorden op de stelling of men de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit vindt: 67% onderschrijft deze stelling.<sup>1</sup> Het beroepsprofiel wordt gewaardeerd met een 7,0.

#### 4.3 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is sterk ontwikkeld. Alle essentiële instrumenten zijn beschikbaar: classificaties, een beroepsprofiel, beroepscode en drie inhoudelijke richtlijnen.<sup>2</sup> De beroepsgroep van de diëtisten is de eerste paramedische beroepsgroep die een volledige set van classificaties en code-lijsten heeft geïmplementeerd; dit instrument is in 2003 beschikbaar gekomen. Met uitzondering van de classificaties worden de essentiële instrumenten door meer dan de helft van de beroepsgroep gebruikt. De inhoudelijke richtlijnen worden door 52% van de diëtisten bij meer dan de helft van de patiënten toegepast.

Naast de essentiële instrumenten zijn er meerdere aanvullende instrumenten, zoals de procedurele richtlijnen (*Rapportage van diëtist aan verwijzer*

<sup>1</sup> Omdat bij- en nascholing doorgaans door verschillende aanbieders wordt verzorgd, is er geen cijfer gevraagd.

<sup>2</sup> Richtlijnen NVD: de multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening bij verpleeghuisgeïndiceerden, de multiprofessionele richtlijn behandeling van slikproblemen bij verpleeghuisbewoners en de richtlijn diagnostisch onderzoek door diëtisten bij vermeende voedselovergevoeligheid.

en een richtlijn voor het registreren van gegevens van de diëtistische behandeling: probleem georiënteerd registreren (POR)). Ook beschikbaar zijn 'criteria vanuit patiëntperspectief', een modelregeling 'Diëtist-Patiënt' die de rechten en plichten weergeeft van beroepsbeoefenaren en hun patiënten in hun relatie tot elkaar, een raamwerk met regels voor de ontwikkeling van protocollen, een databank van lokaal beschikbare protocollen en *nutritional assessment online*. Dit laatste instrument is een interactieve website waarop inzichtelijk wordt gemaakt hoe en met welke meetinstrumenten de voedingstoestand van een patiënt met een bepaalde aandoening moet worden gemeten.

De waardering voor de meeste instrumenten is ongeveer 7. Er zijn twee uitschieters: de classificaties en codelijsten worden gewaardeerd met een 6,0, *nutritional assessment online* met een 7,6.

**Tabel 3 Toetsingskader diëtisten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVD	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	62	7,0
	Bij- en nascholing*	94	-
Normen en criteria	Classificaties en codelijsten*	16	6,0
	Beroepsprofiel*	62	7,0
	Beroepscode*	51	6,9
	Inhoudelijke richtlijnen*	52	7,0
	Procedurele richtlijnen	63	7,2
	Criteria patiëntperspectief	11	6,9
	Modelregeling diëtist-patiënt	44	7,0
	Raamwerk protocollen	24	7,1
	Databank protocollen	12	6,6
	Nutritional assessment online	7	7,6
	Meten, toetsen, verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging (POR)*	74
Peer review*:			
- IT		70	7,6
- visitatie		22	7,1
Kwaliteitsmeetinstrument Diabetes (Patiëntenraadpleging*)		5	6,4
(Indicatoren)		41	-
		11	-

KWALITEITSSYSTEMEN PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN ANNO 2003

Elementen	Beschikbare instrumenten NVD	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Borging	Kwaliteitsregister / herregistratie*	96	-
	Klachtencommissie*	-	-
	Accreditatiecommissie*	-	-
	Kwaliteitsborgingsnorm	44	7,1
Externe verantwoording	Verenigingsniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging*	+	-
	Productomschrijvingen	53	7,2
	Artsenwijzer diëtetiek	85	7,8
	Praktijkniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afdeling	46	-
	Handleiding kwaliteitsjaarverslag	9	6,9
	Handleiding kwaliteitsbeleidsplan	9	7,0
	Kwaliteitsmeetinstrument Diabetes	5	6,4
Communicatie	Regiostructuur*	+	-
	Communicatiemiddelen	+	-
Ketenzorg	Twee multidisciplinaire richtlijnen	54	7,2
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 4.4 Meten, toetsen en verbeteren

De NVD heeft drie instrumenten die essentieel zijn voor het doorlopen van de kwaliteitscirkel:

- 1 gestandaardiseerde verslaglegging;
- 2 intercollegiale toetsing;
- 3 visitatie.

Omdat er nog geen instrument is voor de raadpleging van patiënten, wordt dit element als 'zwak ontwikkeld' aangemerkt.

De methodiek van visitatie is ontwikkeld voor verpleeghuizen en psychiatrische instellingen. In deze sectoren is 22% van de ondervraagde diëtisten al wel eens gevisiteerd; de methodiek wordt gewaardeerd met een 7,1. Het POR wordt gebruikt door 74% van de diëtisten. Intercollegiaal overleg en intercollegiale toetsing worden door meer dan 70% van de diëtisten uitgevoerd. De belangrijkste activiteit bij intercollegiaal overleg is het bespreken van recente inzichten in de dagelijkse praktijk: 81% van de diëtisten heeft deze activiteit de afgelopen twee jaar ondernomen.

Voor patiëntenraadpleging heeft de NVD nog geen instrument ontwikkeld maar een deel van de diëtisten voert dergelijke metingen al wel uit met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten. Indicatoren zijn evenmin beschikbaar maar ook hiermee wordt op lokaal niveau al wel gewerkt door 11% van de diëtisten.

#### 4.5 *Borging*

Ook het element 'borging' is sterk ontwikkeld. De NVD beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie, een accreditatiecommissie (stichting Accreditatie Deskundigheidsbevorderende Activiteiten Paramedici (ADAP)) en een aanvullend instrument: de kwaliteitsborgingsnorm. Hierin staat beschreven hoe de organisatorische structuur is, wie welke verantwoordelijkheden draagt en welke procedures, processen en voorzieningen nodig zijn voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg. Vrijwel alle diëtisten in dit onderzoek zijn ingeschreven in het basisregister van het kwaliteitsregister. Voor de klachtencommissie is geen getal voor gebruik aangegeven, van belang is wel het percentage diëtisten uit de doelgroep dat ervan op de hoogte is: 69%.

#### 4.6 *Externe verantwoording*

Voor het element 'externe verantwoording' zijn zowel instrumenten op verenigingsniveau beschikbaar als instrumenten op praktijk- of afdelingsniveau; het element is sterk ontwikkeld. Door de NVD wordt een kwaliteitsjaarverslag geschreven. De artsenwijzer is een boekje bedoeld voor verwijzers; in beknopte vorm wordt beschreven wat bij verschillende ziektebeelden het voorkeursmoment is voor verwijzing van de patiënt naar de diëtist. Aangegeven wordt ook welke gegevens de diëtist van de verwijzer nodig heeft voor een goede dieetadvisering. De productomschrijvingen betreffen de thuis-

zorg, de verpleeghuis-, de psychiatrie en de verstandelijk-gehandicaptenzorg.

Op praktijkniveau zijn er handleidingen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag en kwaliteitsbeleidsplan en er is het kwaliteitsmeetinstrument voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2. Dit instrument is ontwikkeld om het eigen (individuele) handelen te kunnen evalueren. De artsenwijzer en de productomschrijvingen worden door meer dan de helft van de respondenten gebruikt. De artsenwijzer diëtetiek heeft zowel een hoog percentage gebruikers als het hoogste cijfer voor de waardering van alle instrumenten: een 7,8.

#### *4.7 Communicatie*

Alle diëtisten zijn ingedeeld in een van de dertien regio's van de NVD. De NVD ondersteunt de regio's: nieuwe ontwikkelingen worden besproken, afgestemd met en geïmplementeerd via de regio's. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meest gebruik van schriftelijke media zoals de nieuwsbrief en het tijdschrift van de vereniging.

#### *4.8 Ketenzorg*

Voor diëtisten zijn er inmiddels twee multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar, deze richtlijnen zijn ook vermeld bij de inhoudelijke richtlijnen van het element 'normen en criteria'. De richtlijnen worden door meer dan de helft van de diëtisten gebruikt.

#### *4.9 Conclusie*

Ten aanzien van de ontwikkelde instrumenten is het kwaliteitssysteem van de diëtisten over het geheel genomen sterk ontwikkeld met veel aanvullende instrumenten. Het enige ontbrekende instrument is een instrument voor patiëntenraadpleging; overigens voert al wel een deel van de beroepsgroep raadplegingen uit met lokaal ontwikkelde instrumenten. Opvallend is dat vijf instrumenten al door meer dan 70% van de diëtisten, waarvoor ze bedoeld zijn, worden gebruikt; bovendien zijn dit voor het merendeel essentiële instrumenten. Zes andere instrumenten worden door 50-70% van de diëtisten gebruikt. Eenderde van de instrumenten wordt nog door minder dan 20% van de diëtisten gebruikt: dit betreft enkele instrumenten die pas recent zijn geïmplementeerd, zoals de classificaties en codelijsten en het in-



strument nutritional assessment online, maar ook de al langer bestaande databank wordt maar door een klein deel van de beroepsgroep gebruikt. De lage percentages gebruikers van de handleidingen voor het schrijven van een kwaliteitsjaarsverslag en een kwaliteitsbeleidsplan kunnen waarschijnlijk worden verklaard, doordat veel diëtisten die werkzaam zijn in instellingen, niet direct betrokken zijn bij het schrijven van dergelijke documenten. De waardering voor de instrumenten ligt over het algemeen rond de 7, het is daarom moeilijk een verklaring voor het gebruik van een instrument te relateren aan het waarderingcijfer. Een uitschieter naar boven is de 7,8 voor de artsenwijzer diëtetiek; dit instrument is met name bedoeld voor gebruik door verwijzers. Een uitschieter naar beneden is de 6,0 voor de classificaties, om dit instrument te (leren) gebruiken is een zekere inspanning vereist van de diëtisten.

De NVD heeft voornemens om zich de komende jaren te richten op onder andere het opzetten van een systeem voor het monitoren van de implementatie en actualisering van instrumenten, aandacht voor ketenzorg en de nieuwe opleidingen in het kader van het bachelor-/masterstelsel. Gezien de bevindingen van deze evaluatie beschikt de NVD over voldoende basis om nieuwe ontwikkelingen op te starten. Mogelijke aandachtspunten zijn daarnaast het vergroten van de implementatiegraad van enkele instrumenten, zoals de classificaties, het kwaliteitsmeetinstrument en nutritional assessment online. Het vergroten van het draagvlak met name bij de classificaties kan hierbij behulpzaam zijn. De NVD zou bovendien kunnen aansluiten bij nieuwe ontwikkelingen door de ontwikkeling van indicatoren ter hand te nemen.

## **5 Ergotherapeuten**

### *5.1 Respons*

Bij 254 ergotherapeuten zijn gegevens verzameld (respons = 50%). In tabel 4 staat een overzicht van de werkplekken waar de respondenten werkzaam zijn.

**Tabel 4 Werkvelden van de respondenten (n=254)**

	<i>Percentage*</i>
Verpleeghuis/verzorgingshuis	32
Revalidatiecentrum	25
Ziekenhuis	21
Extramurale ergotherapie vanuit instelling	6
Vrijgevestigde praktijk of gezondheidscentrum	5
Onderwijs	4
Psychiatrie	4
Overig	16

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

De grootste groep ergotherapeuten werkt in een verpleeg- of verzorgingshuis, revalidatiecentrum of ziekenhuis. De groep Overig is zeer divers van samenstelling, hieronder vallen onder andere ergotherapeuten die in de zorg voor verstandelijk of visueel gehandicapten, in de thuiszorg of bij de gemeente werken. De respons bestond uit 203 leden van de Nederlandse Vereniging van Ergotherapie (NVE) en 51 niet-leden; in het toetsingskader zijn de gegevens van de leden van de NVE opgenomen (tabel 5).

### 5.2 Deskundigheid

Het element 'deskundigheid' is voldoende ontwikkeld: een beroepsprofiel en bij- en nascholing zijn beschikbaar (tabel 5). Het beroepsprofiel wordt door de helft van de NVE-leden gebruikt en gemiddeld gewaardeerd met een 6,8. Door een overgrote meerderheid van de leden wordt bij- en nascholing gevolgd; van deze groep vindt 73% dat de cursussen over het algemeen van een goede kwaliteit zijn.

### 5.3 Normen en criteria

De NVE beschikt over alle noodzakelijke instrumenten voor het element 'normen en criteria': classificaties, een beroepsprofiel en beroepscode en vijftien inhoudelijke standaarden.<sup>1</sup> Daarnaast beschikt de NVE over een databank van standaarden en criteria vanuit patiëntenperspectief. Dit element is daarom sterk ontwikkeld. Een van de classificaties is de diagnosecode, deze wordt door ongeveer een derde van de NVE-leden vastgelegd bij de

verslaglegging. De vijftien standaarden worden gemiddeld door minder dan 20% van de respondenten bij meer dan de helft van de patiënten toegepast. Deze standaarden worden gemiddeld gewaardeerd met een 6,1. De kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief worden door slechts 7% van de respondenten toegepast in de dagelijkse praktijk. De toepasbaarheid van deze criteria wordt gemiddeld wel gewaardeerd met een 7,0.

**Tabel 5 Toetsingskader ergotherapeuten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVE	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	50	6,8
	Bij- en nascholing*	91	–
Normen en criteria	Classificaties (diagnosecode)*	32	–
	Beroepsprofiel*	50	6,8
	Beroepscode**	44	6,9
	Standaarden*	19	6,1
	Databank standaarden	8	6,5
	Criteria patiëntperspectief	7	7,0
	Criteria patiëntperspectief	7	7,0
Meten, toetsen, verbeteren	Minimumeisen verslaglegging*	19	6,4
	Peer review*: regionale en/of landelijke overleggroepen	52	7,3
	Patiëntenraadpleging* (indicatoren)	36	–
Borging	(indicatoren)	10	–
	Kwaliteitsregister/herregistratie*	95	–

- <sup>1</sup> Standaard behandeling van cliënten met ALS  
 Adviesrapportage indicatie en selectie scootmobiel  
 Standaard advisering zitvoorzieningen bij kinderen met Infantiele Encephalopathie  
 Adviesrapportage voor de aanvraag van aangepaste verlichting in het kader van de WVG  
 Standaard advisering van hulpmiddelen en voorzieningen  
 Consentstandaard advisering fiets en fietsaanpassingen  
 Adviesrapportage rollator  
 Standaard voor het afleggen van een huisbezoek  
 Adviesrapportage indicatie en selectie handbewogen rolstoel  
 Registratielijst voor een ADL-zelfverzorgingsobservatie  
 Adviesrapportage sta-op-stoel  
 Standaard WVG-advisering  
 Standaard voor training met elektrische rolstoel en scootmobiel  
 Adviesrapportage indicatie en selectie elektrische rolstoel  
 Adviesrapportage stoel met trippelfunctie

Elementen	Beschikbare instrumenten NVE	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Externe verantwoording	Landelijke klachtencommissie*	-	-
	Accreditatiecommissie*	-	-
	Verenigingsniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag*	+	-
	Praktijkniveau		
Communicatie	Kwaliteitsjaarverslag	40	-
	Voorbeeld kwaliteitsjaarverslag	6	6,7
	Infrastructuur	+	-
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	-
		-	
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 5.4 Meten, toetsen en verbeteren

Instrumenten waarmee kan worden gewerkt aan het doorlopen van de kwaliteitskringloop, behoren tot dit element van het toetsingskader. Hiervoor zijn een methode voor gestandaardiseerde verslaglegging, deelname van beroepsbeoefenaren aan peer review en het raadplegen van patiënten essentieel. Al deze instrumenten zijn beschikbaar voor ergotherapeuten.

Om de verslaglegging te standaardiseren heeft de NVE het boekje *Minimumeisen verslaglegging* ontwikkeld, waar 19% van de respondenten gebruik van maakt. Als vorm van peer review zijn er landelijke en regionale overleggroepen van ergotherapeuten, ruim de helft neemt hieraan deel. De belangrijkste activiteit die in deze overleggroepen wordt ondernomen, is het bespreken van recente inzichten in de dagelijkse praktijk: 86% van de ergotherapeuten heeft dit gedurende de afgelopen twee jaar uitgevoerd. Het nut van de overleggroepen wordt gemiddeld gewaardeerd met een 7,3.

Voor de patiëntenraadpleging heeft de NVE de beschikking over de QUOTE EEE (Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie). Het is de bedoeling om de QUOTE ook geschikt te maken voor ergotherapeuten in instellingen. Ten tijde van dit onderzoek was de ontwikkeling van dit instrument net afgerond en

nog niet geïmplementeerd. Van de deelnemende ergotherapeuten voert 40% met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten al wel eens een meningspeiling onder patiënten uit.

### 5.5 *Borging*

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen zijn het kwaliteitsregister, de Landelijke Klachtencommissie paramedici eerstelijns en de ADAP beschikbaar voor ergotherapeuten. Een meerderheid van de NVE-leden heeft zich laten registreren in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici.

### 5.6 *Externe verantwoording*

Een belangrijk instrument voor externe verantwoording is een kwaliteitsjaarverslag: de NVE schrijft een dergelijk verslag. Ook heeft de NVE een voorbeeldkwaliteitsjaarverslag voor gebruik op praktijk- of afdelingsniveau beschikbaar. Van de respondenten maakt 7% hier gebruik van. Door het beschikbaar zijn van deze instrumenten is dit element uit het toetsingskader sterk ontwikkeld.

### 5.7 *Communicatie*

Dit element is sterk ontwikkeld. De NVE heeft de bestaande infrastructuur van regionale en landelijke overleggroepen van ergotherapeuten verder vormgegeven en zal deze professionaliseren. Op de website van de NVE staan alle huidige overleggroepen vermeld. De belangrijkste communicatiemiddelen waar de leden gebruik van maken, zijn de nieuwsbrief en het tijdschrift van de vereniging.

### 5.8 *Ketenzorg*

De NVE is niet actief bezig met de samenwerking met andere partijen in het kader van ketenzorg. Omdat er geen specifieke kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld om deze samenwerking te bevorderen of bewaken, is dit element zwak ontwikkeld. Op lokaal niveau wordt er echter wel veel samengewerkt tussen ergotherapeuten en andere beroepsgroepen.

### 5.9 Conclusie

Het kwaliteitssysteem van de ergotherapeuten is over het algemeen goed ontwikkeld. Bij alle elementen zijn de essentiële kwaliteitsinstrumenten beschikbaar. Er blijkt wel een groot verschil in gebruik te zijn tussen de verschillende kwaliteitsinstrumenten. Twee instrumenten worden door meer dan 70% van de NVE-leden gebruikt (bij- en nascholing en kwaliteitsregister), dit zijn bovendien essentiële instrumenten. Daarnaast worden twee instrumenten door 50-70% van de NVE-leden gebruikt. Vier instrumenten worden door 20-50% van de leden gebruikt en vier instrumenten door minder dan 20% van de ergotherapeuten.

De regionale en landelijke overleggroepen worden het best gewaardeerd met een 7,3. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze overleggroepen alleen zijn beoordeeld door degenen die deelnemen aan een overleggroep. De waardering van de overige instrumenten ligt tussen de 6 en de 7. De toepasbaarheid van de standaarden wordt het minst gewaardeerd met een gemiddelde van 6,1. Deze worden ook door een minderheid van de ergotherapeuten toegepast. Opvallend is dat de toepasbaarheid van de criteria vanuit patiëntenperspectief gemiddeld met een 7,0 wordt gewaardeerd, maar dat slechts 7% van de ergotherapeuten deze criteria toepast.

De speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVE sluiten goed aan bij de zwakke plekken in het kwaliteitssysteem. Een eerste speerpunt is het verder vormgeven van de infrastructuur. Hiermee zou de deelname aan regionale en/of landelijke overleggroepen kunnen worden vergroot. Bovendien zou in deze overleggroepen aandacht kunnen worden besteed aan de implementatie en de ondersteuning bij het gebruik van de kwaliteitsinstrumenten, om zo de ergotherapeuten te stimuleren meer gebruik te maken van de kwaliteitsinstrumenten. Ook de implementatie van de QUOTE kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, hiermee kunnen ergotherapeuten worden gestimuleerd om regelmatig een patiëntenraadpleging uit te voeren. Een ander speerpunt betreft de implementatie van evidence based standaarden. Om aan te kunnen sluiten bij nieuwe ontwikkelingen zou de NVE in de toekomst aan de hand van evidence based standaarden indicatoren kunnen opstellen.

## 6 Fysiotherapeuten

### 6.1 Respons

Bij 621 extramuraal werkende fysiotherapeuten en 401 intramuraal werkenden zijn gegevens verzameld (beide groepen bestaan uit leden en niet-leden van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), respons extramuraal = 53%, intramuraal = 52%). In tabel 6 staat een overzicht van de werkplekken waar deze fysiotherapeuten werkzaam zijn.

**Tabel 6 Werkplekken van extramuraal werkende fysiotherapeuten (n=621) en van intramuraal werkende fysiotherapeuten (n=401) (in percentages)**

	<i>Extramuraal*</i>	<i>Intramuraal*</i>
Zelfstandige in vrijevestigde maatschap	43	4
Loondienst in vrijevestigde praktijk	31	5
Vrijevestigde solopraktijk	21	3
Zelfstandige/loondienst in gezondheidscentrum	7	1
Verpleeghuis/verzorgingshuis	4	37
Ziekenhuis	1	33
Gehandicaptenzorg	0	14
Revalidatiecentrum	1	10
Onderwijs	3	5
Overig	6	5

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn

Van de extramuraal werkende fysiotherapeuten werkt 43% als zelfstandige in een vrijevestigde maatschap; ongeveer eenderde werkt in loondienst in een vrijevestigde praktijk. De setting waarin intramuraal werkende fysiotherapeuten het meeste werken is een verpleeg- of verzorgingshuis; eenderde is werkzaam in een ziekenhuis. In het toetsingskader zijn de gegevens over de mate waarin instrumenten gebruikt worden en de waardering voor instrumenten opgenomen; dit betreft 575 extramuraal werkende en 264 intramuraal werkende leden van het KNGF (tabel 7).

## 6.2 Deskundigheid

Voor het element 'deskundigheid' zijn de essentiële instrumenten beschikbaar. Er is bovendien een aanvullend instrument, namelijk het deskundigheidsbevorderingspakket 'fysiotherapeutisch consult'. Dit element is daarom sterk ontwikkeld. De meeste fysiotherapeuten volgen bij- en nascholing; de twee andere instrumenten worden veel minder gebruikt. 57% van de extramuraal en 53% van de intramuraal werkenden vindt de cursussen van goede kwaliteit.

## 6.3 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is eveneens sterk ontwikkeld. Hierbij moet worden aangetekend dat er weliswaar classificaties zijn ontwikkeld, maar dat deze niet landelijk geïmplementeerd zijn (er zijn geen vragen over gesteld in de vragenlijst). Wel geïmplementeerd zijn een beroepsprofiel, beroepscode, tien inhoudelijke richtlijnen, twee procedurele richtlijnen en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.<sup>1</sup> Meer dan de helft van de fysiotherapeuten gebruikt de richtlijnen, de andere essentiële instrumenten worden door ongeveer 30% van de fysiotherapeuten gebruikt. Het percentage gebruikers bij de richtlijnen heeft betrekking op fysiotherapeuten die patiënten behandelen waarop de richtlijnen van toepassing zijn; 60% van de extramuraal werkenden en 52% van de intramuraal werkenden gebruikt de richtlijnen bij meer dan de helft van deze patiënten. De waardering voor de instrumenten in dit element loopt uiteen van een 6,2 voor de kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief (extramuraal werkenden) tot een 7,0 voor het beroepsprofiel en de beroepscode (intramuraal werkenden).

<sup>1</sup> Inhoudelijke Richtlijnen:

Acuut enkelletsel; Osteoporose; Stress urine-incontinentie; Chronisch enkelletsel; COPD; Hartrevalidatie; Lage rugpijn; Postoperatief lumbosacraal syndroom; Whiplash; Artrose heup-knie

Procedurele richtlijnen: 'informatieverstrekking huisarts' en 'fysiotherapeutische verslaglegging'.



**Tabel 7 Toetsingskader fysiotherapeuten**

Elementen	Beschikbare instrumenten KNGF	Extramuraal gebruik en waardering		Intramuraal gebruik en waardering	
		%	cijfer	%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	31	6,6	30	7,0
	Bij- en nascholing*	95	–	74	–
	Deskundigheidsbevorderingspakket fysiotherapeutisch consult	14	6,7	6	6,9
Normen en criteria	Classificaties*	–	–	–	–
	Beroepsprofiel*	31	6,6	30	7,0
	Beroepscode*	32	6,7	22	7,0
	Inhoudelijke richtlijnen*	60	6,7	52	6,8
	Procedurele richtlijnen	60	6,6	58	6,9
	Kwaliteitscriteria patiëntperspectief	8	6,2	9	6,6
Meten, toetsen, verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging*	30	6,3	6	6,2
	Peer review* : IOF	94	6,0	88	6,3
	Patiëntenraadpleging* (Indicatoren)	23	–	34	–
		12	–	19	–
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	95	–	83	–
	(Landelijke) klachtencommissie*	–	–	–	–
	Accreditatiecommissie*	–	–	–	–
	Tuchtrecht	–	–	–	–
Externe verantwoording	<i>Verenigingsniveau</i>				
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging	+	–	+	–
	<i>Praktijkniveau</i>				
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk	41	–	41	–
Communicatie	Model kwaliteitsjaarverslag LiPZ	23	6,6	6	6,6
	Regiostructuur*	+	–	+	–

Elementen	Beschikbare instrumenten KNGF	Extramuraal ge- bruik en waar- dering		Intramuraal gebruik en waar- dering	
		%	cijfer	%	cijfer
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	-	+	-
	Handreikingen	8	6,1	-	-
Toetsing	voldoende = alle * aanwezig	0-20%		0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%		20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%		50-70%	
		70-100%		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 6.4 Meten, toetsen en verbeteren

Dit element is voldoende ontwikkeld. Het KNGF heeft drie instrumenten die essentieel zijn voor het doorlopen van de kwaliteitscirkel, namelijk gestandaardiseerde verslaglegging, een instrument voor patiëntenraadpleging en het intercollegiaal overleg fysiotherapie (IOF).

Er zijn ongeveer 1.200 IOF's; om ingeschreven te kunnen zijn in het kwaliteitsregister is deelname aan het IOF verplicht. Aan het IOF neemt ongeveer 90% van de fysiotherapeuten deel, dit instrument heeft wel de laagste waardering van alle instrumenten bij de extramuraal werkenden. De activiteiten die het meest worden ondernomen, zijn het schrijven van een jaarplan voor het IOF en casuïstiekbespreking.

Het instrument voor patiëntenraadpleging is aan het einde van het IKPZ-programma gereedgekomen, er zijn daarom nog geen gegevens over het gebruik van dit instrument. Een deel van de fysiotherapeuten voert dergelijke metingen al wel uit met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten; intramuraal gebeurt dit vaker dan extramuraal.

De patiëntenkaart en de elektronische fysiotherapeutische worden nog weinig gebruikt, intramuraal nog minder dan extramuraal. De reden voor dit verschil is vermoedelijk dat intramuraal werkenden gebruik moeten maken van de formulieren die in de instellingen worden gebruikt. Indicatoren zijn nog niet beschikbaar maar hiermee wordt al wel op lokaal niveau gewerkt. De patiëntenkaart en de elektronische verslaglegging worden nog relatief weinig gebruikt.

### 6.5 *Borging*

Het element 'borging' is sterk ontwikkeld. Het KNGF beschikt over een eigen kwaliteitsregister, een klachtencommissie en een eigen accreditatiecommissie. Bovendien is er een (wettelijk verplichte) tuchtregeling. Vrijwel alle extramuraal werkende fysiotherapeuten in dit onderzoek zijn ingeschreven in het basisregister van het kwaliteitsregister; intramuraal werkenden iets minder vaak dan extramuraal werkenden. Van de klachtencommissie is 95% van de KNGF-leden die werkzaam zijn in een vrijevestigde praktijk of gezondheidscentrum op de hoogte.

### 6.6 *Externe verantwoording*

Voor het element 'externe verantwoording' zijn zowel instrumenten op verenigingsniveau als instrumenten op praktijk- of afdelingsniveau beschikbaar; het element is sterk ontwikkeld. Door het KNGF wordt een kwaliteitsjaarverslag geschreven, op praktijkniveau is er een model voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag. Van zowel de extramuraal werkende KNGF-leden als de intramurale leden schrijft 41% een kwaliteitsjaarverslag.

Het KNGF neemt deel aan LiPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg). In dit project van het NIVEL worden zorggerelateerde gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen; individuele beroepsbeoefenaren kunnen de gegevens gebruiken als spiegelinformatie.

### 6.7 *Communicatie*

Het KNGF kent een regiostructuur waarbinnen de IOF's functioneren. Er zijn ongeveer 1.200 IOF's waaraan circa 14.000 fysiotherapeuten deelnemen (van de ruim 18.500 werkzame fysiotherapeuten). De ondersteuning van de IOF's wordt uitgevoerd door de kwaliteitsmedewerkers, dit was vroeger de rol van de IOF-coördinatoren. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar. Om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid van het KNGF maken zowel leden als niet-leden het meest gebruik van de tijdschriften van het KNGF: de *Fysiopraxis* en het *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*. Het IOF is het op één na belang-

rijkste kanaal. Vanwege het beschikbaar zijn van een regiostructuur en meerdere communicatiemiddelen is dit element sterk ontwikkeld.

### 6.8 *Ketenzorg*

Door het KNGF zijn, samen met de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) en de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) handreikingen ontwikkeld voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut (of oefentherapeut), de zogenoemde HOF-producten. Het betreft handreikingen voor de indicatiestelling, verwijfsbrief, consultatie, tussentijds contact en verslaggeving.

### 6.9 *Conclusie*

Zes elementen van het kwaliteitssysteem van de fysiotherapeuten zijn sterk ontwikkeld ten aanzien van de beschikbare instrumenten. Het element 'meten, toetsen, verbeteren' is voldoende ontwikkeld. Omdat de classificaties niet landelijk zijn geïmplementeerd, is het percentage fysiotherapeuten dat de classificaties gebruikt, niet vastgesteld. Voor het instrument voor patiëntenraadpleging is dit evenmin vastgesteld, omdat het instrument pas aan het einde van het IKPZ-programma beschikbaar is gekomen.

Drie instrumenten worden zowel door meer dan 70% van de extramuraal als de intramuraal werkende fysiotherapeuten gebruikt, dit betreft het volgen van bij- en nascholing, deelname aan het IOF en inschrijving in het kwaliteitsregister. Instrumenten die door opvallend weinig fysiotherapeuten worden gebruikt, zijn de criteria vanuit patiëntperspectief, het deskundigheidsbevorderingspakket 'fysiotherapeutisch consult' en de handreikingen. Deze instrumenten zijn wel verspreid onder de leden, bovendien is er op andere manieren bekendheid aan gegeven. Voor de ondersteuning van het gebruik zijn handleidingen ontwikkeld en kunnen de instrumenten worden besproken in de IOF's. Het geringe gebruik is daarom met behulp van de beschikbare gegevens niet te verklaren.

De gemiddelde waardering voor de instrumenten door extramuraal werkende leden is 6,5, door intramuraal werkenden ligt dat op 6,7. Er is geen duidelijke relatie zichtbaar tussen de waardering voor instrumenten en de mate waarin de instrumenten worden gebruikt.

Het kwaliteitssysteem van het KNGF is over het geheel genomen sterk ontwikkeld, alle essentiële instrumenten zijn beschikbaar, doorgaans vindt ook ondersteuning en actualisering plaats. Een punt van aandacht is het relatief

geringe gebruik van een deel van de instrumenten, met name de criteria vanuit patiëntenperspectief maar ook de gestandaardiseerde verslaglegging. Daar staat tegenover dat al een relatief groot deel van de fysiotherapeuten patiëntenraadplegingen uitvoert, terwijl het daarvoor bestemde instrument nog niet geïmplementeerd is.

Een belangrijk speerpunt voor het KNGF is het opzetten van een systeem voor het onderhouden van richtlijnen. De implementatie van certificering is eveneens een belangrijk aandachtspunt; het is aan de vereniging om hier al dan niet prioriteit aan te gaan geven voor de komende jaren.

## **7 Huidtherapeuten**

### *7.1 Respons*

Het beroep van huidtherapeut is sinds 2002 wettelijk erkend; sinds dat jaar heeft de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) aansluiting gevonden bij de overige paramedische beroepsgroepen. De vereniging heeft daardoor geen jarenlange periode van gesubsidieerd kwaliteitsbeleid achter de rug. Om deze reden zijn er geen vragenlijsten gestuurd aan huidtherapeuten; de derde kolom van het toetsingskader is daarom leeg. Wel heeft er een interview plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de NVH.

### *7.2 Deskundigheid*

Het element 'deskundigheid' is voldoende ontwikkeld; beide essentiële instrumenten zijn beschikbaar (tabel 8). De NVH is nauw betrokken bij het aanbod van bij- en nascholingsactiviteiten, doordat een groot deel van deze activiteiten door de vereniging zelf wordt georganiseerd.

### *7.3 Normen en criteria*

Het element 'normen en criteria' is zwak ontwikkeld vanwege het ontbreken van classificaties of codelijsten. De overige essentiële instrumenten voor dit element zijn wel beschikbaar. De NVH beschikt over drie inhoudelijke richtlijnen: de richtlijn huidtherapeutisch methodisch handelen, het hygiëneprotocol en de CBO-richtlijn oedeemtherapie.

**Tabel 8 Toetsingskader huidtherapeuten**

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVH</i>	<i>Gebruik en waardering*</i>
Deskundigheid	Beroepsprofiel**	
	Bij- en nascholing**	
Normen en criteria	Beroepsprofiel**	
	Gedragscode en beroepsethiek**	
	Inhoudelijke richtlijnen**	
Metten, toetsen, verbeteren	Regionaal overleg**	
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie**	
	Landelijke klachtencommissie**	
	Accreditatiecommissie**	
Externe verantwoording	Kwaliteitsjaarverslag vereniging**	
Communicatie	Infrastructuur**	
	Communicatiemiddelen	
Ketenzorg	Multidisciplinaire richtlijn	
Toets	voldoende = alle** aanwezig	
	sterk = alle** plus extra	
	zwak = niet alle** aanwezig	

\* Het gebruik van en de waardering voor instrumenten door huidtherapeuten zijn in dit onderzoek niet vastgesteld.

\*\* Essentieel instrument

#### 7.4 Meten, toetsen en verbeteren

Als vorm van peer review kunnen huidtherapeuten deelnemen aan districtsvergaderingen. Alle huidtherapeuten zijn onderverdeeld in zes districten die twee tot drie keer per jaar vergaderen. Om voor accreditatiepunten in aanmerking te komen, dienen de huidtherapeuten minimaal twee districtsvergaderingen per jaar bij te wonen. Door het toekennen van deze punten worden de districtsvergaderingen nu beter bezocht dan voorheen. Het bestuur onderhoudt regelmatig contact met de hoofden van de districten; op deze manier vindt ondersteuning plaats en worden de hoofden op de hoogte gehouden van actuele ontwikkelingen. Indien er subsidie zou komen voor het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid, zou de aandacht onder andere uitgaan naar eenheid van taal en verslaglegging. In een later stadium zou kun-

nen worden gewerkt aan toetsingselementen, zoals intercollegiale toetsing en visitatie; dergelijke activiteiten vinden nu nog niet plaats.

Voor de communicatie over het kwaliteitsbeleid gebruikt de NVH naast de districten het nieuwsbulletin en de website.

### *7.5 Borging*

Het element 'borging' is voldoende ontwikkeld. De NVH beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie en een accreditatiecommissie. Deze drie instrumenten worden gezamenlijk met andere paramedische beroepsgroepen beheerd.

### *7.6 Externe verantwoording*

Door de NVH wordt een jaarverslag geschreven waarvan kwaliteit een onderdeel vormt. Hierdoor is dit element voldoende ontwikkeld.

### *7.7 Communicatie*

Door de aanwezigheid van een infrastructuur (essentieel) en communicatiemiddelen is dit element sterk ontwikkeld.

### *7.8 Ketenzorg*

Ook het element 'ketenzorg' is sterk ontwikkeld door de beschikbaarheid van de multidisciplinaire CBO-richtlijn oedeemtherapie.

### *7.9 Conclusie*

Met uitzondering van de elementen 'normen en criteria' en 'meten, toetsen, verbeteren' zijn voor alle elementen de essentiële instrumenten beschikbaar. Voor de elementen 'normen en criteria', 'communicatie' en 'ketenzorg' zijn zelfs aanvullende instrumenten beschikbaar. Doordat het beroep van huidtherapeut pas sinds 2002 een wettelijk erkend beroep is, heeft de NVH nog geen subsidie ontvangen voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Dit is een belangrijke reden waarom het kwaliteitssysteem nog niet volledig is ontwikkeld en er nog niet voldoende essentiële instrumenten beschikbaar zijn. De NVH heeft wel plannen die, afhankelijk van de mogelijkheid om subsidies te verwerven, zullen worden gerealiseerd. Deze plannen betreffen de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen op basis van beschikbare

richtlijnen van andere beroepsgroepen. Tevens zijn er plannen voor de ontwikkeling van instrumenten voor eenheid van taal en verslaglegging. Als deze instrumenten gereed zijn, zou verder kunnen worden gewerkt aan toetsingsinstrumenten, zoals intercollegiale toetsing en visitatie.

## 8 Logopedisten

### 8.1 Respons

Van 309 logopedisten (leden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF), respons = 55%) zijn gegevens beschikbaar over het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 9 staat een overzicht van de werkplekken waar deze logopedisten werkzaam zijn.

**Tabel 9 Werkvelden van de respondenten (n=309)**

	<i>Percentage*</i>
Vrijgevestigde praktijk of gezondheidscentrum	52
Speciaal onderwijs	23
Basisonderwijs	13
Verpleeghuis/verzorgingshuis	7
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	6
Revalidatiecentrum	4
Vervolgonderwijs	2
Overig	10

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

Het merendeel van de logopedisten werkt in een vrijgevestigde praktijk of gezondheidscentrum. Daarnaast werkt een grote groep in het speciaal en/of basisonderwijs. Bij de overige werkplekken worden onder andere audiologische centra en medisch kinderdagverblijven genoemd.

### 8.2 Deskundigheid

Voor het element 'deskundigheid' in het toetsingskader zijn beide essentiële instrumenten beschikbaar (tabel 10). Het beroepsprofiel wordt door ruim een kwart van de respondenten gebruikt en gemiddeld gewaardeerd met een 6,2. Bij- en nascholing wordt door 85% van de respondenten gevolgd; van



deze groep vindt 73% dat de cursussen over het algemeen van een goede kwaliteit zijn. De bij- en nascholingsactiviteiten worden zowel door de opleidingen als door de NVLF georganiseerd.

### 8.3 Normen en criteria

Dit element is sterk ontwikkeld. De NVLF beschikt over alle essentiële instrumenten voor het element 'normen en criteria': gecodeerde registratie, een beroepsprofiel en beroepscode en inhoudelijke richtlijnen.<sup>1</sup> Daarnaast heeft de NVLF ook de beschikking over een procedurele richtlijn en criteria vanuit patiëntenperspectief; dit laatste instrument was eind 2003 nog niet geïmplementeerd. Via het registratiesysteem van de NVLF, het Logopedisch Informatie Systeem (LIS) wordt gecodeerd geregistreerd; een meerderheid van de respondenten legt hierin de diagnosecode vast volgens de ICDH.

De standaarden voor het logopedisch proces en de twee multidisciplinaire richtlijnen worden gemiddeld door 77% van de logopedisten die er bekend mee zijn én waarop de standaarden/richtlijnen van toepassing zijn, gebruikt. Gemiddeld wordt de toepasbaarheid gewaardeerd met een 6,8. De procedurele richtlijn voor de verslaggeving van de logopedist aan de huisarts wordt door ongeveer eenderde van de respondenten gebruikt.

### 8.4 Meten, toetsen en verbeteren

Voor dit element beschikt de NVLF over een methode voor gestandaardiseerde verslaggeving en over kwaliteitskringen. Er is nog geen instrument voor de raadpleging van patiënten; dit element is daarom zwak ontwikkeld. De gestandaardiseerde verslaggeving vindt plaats door middel van het LIS, een registratiesysteem waarin vrijgevestigde logopedisten en logopedisten in het onderwijs hun gegevens op gestandaardiseerde wijze kunnen registreren. Van de respondenten in deze werkvelden maakt 41% gebruik van het LIS, de toepasbaarheid hiervan wordt gemiddeld gewaardeerd met een 5,0.

<sup>1</sup> De NVLF beschikt over standaarden voor het logopedisch proces, waarin het proces van de logopedische behandeling in verschillende werkvelden wordt beschreven. De standaarden zijn gericht op de volgende werkvelden: vrije vestiging, algemeen ziekenhuis, verpleeghuis (somatic en psychogeriatric), audiologisch centrum en onderwijs. Daarnaast zijn er twee multidisciplinaire richtlijnen: 'verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden' en 'chronische neurologische dysfagie bij verpleeghuisbewoners', waarin het onderdeel 'slikproblemen bij verpleeghuisbewoners' bestemd is voor logopedisten.

Ruim driekwart van de logopedisten neemt deel aan een kwaliteitskring; de activiteit die binnen de kwaliteitskringen het meest wordt uitgevoerd, is casuïstiekbespreking. Hoewel de NVLF nog niet beschikt over een instrument voor meningspeiling onder patiënten, wordt dit door een kwart van de respondenten met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten al wel gedaan. Binnen LIS kunnen logopedisten gebruikmaken van indicatoren; 11% van de respondenten gebruikt indicatoren.

**Tabel 10 Toetsingskader logopedisten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVLF	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	28	6,2
	Bij- en nascholing*	85	–
Normen en criteria	Gecodeerde registratie (diagnosecode)*	68	–
	Beroepsprofiel*	28	6,2
	Beroepscode*	29	6,4
	Inhoudelijke richtlijnen*	77	6,8
	Procedurele richtlijn	29	6,0
	Criteria patiëntenperspectief	–	–
	Meten, toetsen, verbeteren	LIS*	41
Peer review*: kwaliteitskringen		78	7,1
(Patiëntenraadpleging)*		25	–
Indicatoren		11	–
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	95	–
	Landelijke klachtencommissie*	–	–
	Accreditatiecommissie*	–	–
Externe verantwoording	LLR	7	–
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afd.	28	–
Communicatie	Infrastructuur*	+	–
	Communicatiemiddelen	+	–
Ketenzorg	Multidisciplinaire richtlijnen	77	7,5

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVLF</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	
		<i>%</i>	<i>cijfer</i>
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

### 8.5 *Borging*

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen zijn het Kwaliteitsregister Paramedici, de Landelijke Klachtencommissie paramedici eerstelijns en de ADAP voor de accreditatie van bij- en nascholingsactiviteiten beschikbaar. Een ruime meerderheid van de respondenten heeft zich laten registreren in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici. 74% is op de hoogte van het bestaan van de landelijke klachtencommissie.

### 8.6 *Externe verantwoording*

De NVLF schrijft geen kwaliteitsjaarverslag, dit element is daarom zwak ontwikkeld. Wel beschikt de NVLF over een databank van zorggegevens van vrijgevestigde logopedisten, de Landelijke Logopedie Registratie (LLR). Van de vrijgevestigde logopedisten levert 7% gegevens aan de LLR aan. Ruim een kwart van de respondenten geeft aan dat er in hun praktijk of op hun afdeling een kwaliteitsjaarverslag wordt geschreven.

### 8.7 *Communicatie*

De infrastructuur van de logopedisten bestaat uit kwaliteitskringen en regio's. Er zijn 220 kwaliteitskringen; hieraan nemen zeker 3.000 van de ongeveer 4.000 werkende leden deel. Deelname is geen verplichting, wel kunnen er punten worden gehaald voor registratie in het kwaliteitsregister. Terwijl de regio's een functie van organisatie en beleid hebben, staan de kwaliteitskringen meer in het teken van verbetering van zorg. Deze overlegvormen kunnen als een van de communicatiemiddelen worden gezien. Het belangrijkste communicatiemiddel is het tijdschrift van de vereniging; de nieuwsbrief, studiedagen en de website van de NVLF worden eveneens gebruikt.

## 8.8 *Ketenzorg*

De NVLF beschikt over twee multidisciplinaire richtlijnen, waarvan 77% van de logopedisten die er bekend mee zijn en op wie de richtlijnen van toepassing is, gebruikmaakt bij meer dan de helft van de patiënten.

## 8.9 *Conclusie*

Het kwaliteitssysteem voor de logopedisten is redelijk ontwikkeld. Voor twee elementen zijn niet alle essentiële elementen beschikbaar. Om deze elementen te versterken zou de NVLF de beschikking moeten hebben over een instrument voor de raadpleging van patiënten en zou de NVLF een kwaliteitsjaarverslag moeten schrijven. Voor de meeste elementen geldt overigens dat er naast de essentiële instrumenten ook nog andere instrumenten zijn ontwikkeld. Hierdoor zijn drie van de zes elementen wel sterk ontwikkeld.

Er blijkt een groot verschil in gebruik te zijn tussen de verschillende kwaliteitsinstrumenten. Drie instrumenten (inhoudelijke richtlijnen, bij- en nascholingsactiviteiten en kwaliteitsregister) worden door meer dan 70% van de respondenten gebruikt. Zes instrumenten worden door 20-50% van de logopedisten gebruikt, twee instrumenten door minder dan 20% van de logopedisten.

Uit het interview is gebleken dat de NVLF met name de instrumenten die veel worden gebruikt, ondersteunt. Kennelijk worden instrumenten vaker gebruikt als de beroepsvereniging ondersteuning biedt.

Een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVLF voor de komende jaren is het continueren van de kwaliteitskringen. Uit deze evaluatie komt naar voren dat de kwaliteitskringen goed worden bezocht en dat ze over het algemeen positief worden gewaardeerd. Het continueren hiervan kan bijdragen aan een grotere betrokkenheid van de leden bij het kwaliteitsbeleid van de NVLF. De kwaliteitskringen kunnen worden ingezet bij de implementatie en ondersteuning van nieuwe en geactualiseerde kwaliteitsinstrumenten.

## 9 **Mondhygiënist**

### 9.1 *Respons*

Bij 139 mondhygiënist (leden van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM), respons = 48%) zijn gegevens verzameld over het ge-

bruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 11 staat een specificatie van de werkplekken waar de respondenten werkzaam zijn.

**Tabel 11 Werkplek van de respondenten (n=139)**

	<i>Percentage*</i>
Algemene praktijk	51
Vrijgevestigde in solopraktijk of maatschap	38
Bij kaakchirurg of orthodontist	9
Loondienst in vrijgevestigde praktijk	6
Ziekenhuis of psychiatrische instelling	6
Overig	16

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

Ruim de helft van de mondhygiënisten is werkzaam in de praktijk van een tandarts, ook wel de algemene praktijk genoemd.

## 9.2 Deskundigheid

Voor het element 'deskundigheid' zijn de essentiële instrumenten beschikbaar: een beroepsprofiel en bij- en nascholing (tabel 12). Het beroepsprofiel wordt door bijna de helft van de mondhygiënisten gebruikt; de meeste mondhygiënisten volgen bij- en nascholing. De waardering voor de bij- en nascholing wordt afgeleid uit de antwoorden op de stelling of men de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit vindt: 63% onderschrijft deze stelling.

**Tabel 12 Toetsingskader mondhygiënisten**

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVM</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	
		<i>%</i>	<i>cijfer</i>
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	48	6,6
	Bij- en nascholing*	86	-
Normen en criteria	Beroepsprofiel*	48	6,6
	Beroepscode*	50	6,7
	Criteria patiëntperspectief	10	6,2

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVM</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	
		<i>%</i>	<i>cijfer</i>
Meten, toetsen, verbeteren	Databank protocollen	17	–
	Omschrijvingen behandelingen	50	7,0
	Peer review* : – IT	39	7,7
	– visitatie	22	6,9
	Patiëntenraadpleging* (Indicatoren)	7 9	
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	88	–
	Klachtencommissie*	–	–
	Accreditatiecommissie*	–	–
Externe verant- woording	<i>Verenigingsniveau</i>		
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging* <i>Praktijkniveau</i>	+	–
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afde- ling	4	–
Communicatie	Regiostructuur*	+	–
	Communicatiemiddelen	+	
Ketenzorg	Visitatie algemene praktijk	–	6,9
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70% 70-100%	

\* Essentieel instrument

### 9.3 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is nog zwak ontwikkeld. Van de essentiële elementen zijn alleen een beroepsprofiel en beroepscode beschikbaar. Er zijn al wel voorlopige classificaties, maar deze moeten nog worden geformaliseerd, voordat de NVM de implementatie kan gaan realiseren. Inhoudelijke richtlijnen zijn evenmin beschikbaar, wel wordt door de beroepsgroep gebruikgemaakt van richtlijnen van de NMT (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde) en de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Parodontologie).

Aanvullende instrumenten die wel beschikbaar zijn, zijn een databank van protocollen, criteria vanuit patiëntenperspectief en omschrijvingen van de behandelingen door de mondhygiënist. In de databank worden lokaal ontwikkelde protocollen opgenomen, maar ook de richtlijnen van de NMT en de NVvP. De beroepscode en de omschrijvingen van de behandelingen worden door de helft van de mondhygiënisten gebruikt, het beroepsprofiel door bijna de helft van de mondhygiënisten. De overige instrumenten worden door minder dan 20% van de mondhygiënisten gebruikt.

De waardering voor de instrumenten in dit element loopt uiteen van een 6,2 voor de criteria vanuit patiëntenperspectief tot een 7 voor de omschrijvingen van de behandelingen.

#### *9.4 Meten, toetsen en verbeteren*

De NVM heeft twee instrumenten die essentieel zijn voor het doorlopen van de kwaliteitscirkel: intercollegiaal overleg en visitatie voor de vrijgevestigde praktijk. Tevens is er een module ontwikkeld waarmee mondhygiënist zelf een patiëntenraadpleging kunnen opzetten. Omdat er nog geen instrument is voor gestandaardiseerde verslaglegging, wordt dit element als 'zwak ontwikkeld' aangemerkt. Overigens is de NVM al wel bezig met de ontwikkeling van een standaard verslagleggingsformulier; een programma van eisen is inmiddels beschikbaar.

Van de mondhygiënisten neemt 39% deel aan een IT-groep; dit instrument heeft de hoogste waardering van alle instrumenten die door de NVM zijn ontwikkeld. De belangrijkste activiteit die in deze groepen plaatsvindt, is casuïstiekbespreking. Van de mondhygiënisten in een vrijgevestigde praktijk is 22% wel eens gevisiteerd, visitatie wordt gewaardeerd met een 6,9.

#### *9.5 Borging*

Het element 'borging' is voldoende ontwikkeld. De NVM beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie en een accreditatiecommissie (ADAP). Een meerderheid van de mondhygiënisten in dit onderzoek is ingeschreven in het basisregister van het kwaliteitsregister (88%). Voor de klachtencommissie is geen getal voor gebruik aangegeven, van belang is wel het percentage mondhygiënisten uit de doelgroep dat ervan op de hoogte is: 83%. De accreditatiecommissie zal haar werkzaamheden in de loop van 2004 opvatten.

### 9.6 Externe verantwoording

Omdat de NVM jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag publiceert, is het element 'externe verantwoording' voldoende ontwikkeld. Op praktijkniveau wordt er in enkele gevallen een kwaliteitsjaarverslag geschreven, dit gebeurt bij 4% van de respondenten.

### 9.7 Communicatie

Alle mondhygiënisten zijn per 1 januari 2004 ingedeeld in een van de negen regio's van de NVM; eind 2003 zijn de eerste regiofunctionarissen aange-steld. Organisatorisch vallen de regioteams direct onder het bestuur van de NVM; daaronder vallen de IT-groepen en de leden. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meeste gebruik van het tijdschrift van de NVM en presentaties op congressen en symposia om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid van de NVM; 30% maakt gebruik van de website.

### 9.8 Ketenzorg

De NVM heeft één instrument in het kader van multidisciplinaire samen-werking: visitatie van de algemene (tandarts)praktijk. Tandartsen en mondhygiënisten voeren in dit kader gezamenlijk visitaties uit.

### 9.9 Conclusie

Twee elementen van het kwaliteitssysteem van de mondhygiënisten zijn sterk ontwikkeld: dit zijn de 'nieuwe' elementen waaraan nog geen hoge eisen worden gesteld. De elementen 'deskundigheid', 'borging' en 'externe verantwoording' zijn voldoende ontwikkeld, de elementen 'normen en criteria' en 'meten, toetsen, verbeteren' zijn zwak ontwikkeld. De mondhygiënisten hebben nog niet de beschikking over geformaliseerde classificaties en codelijsten; dit instrument is echter al wel in ontwikkeling, evenals een standaardformulier voor de verslaglegging. Inhoudelijke richtlijnen zijn nog niet beschikbaar. Dit wordt door de NVM gecompenseerd door richtlijnen van andere beroepsgroepen te gebruiken.

Twee instrumenten worden door meer dan 70% van de mondhygiënisten ge-bruikt: het kwaliteitsregister en bij- en nascholing. Eveneens twee instru-menten worden gebruikt door de helft van de mondhygiënisten: de beroepscode en de omschrijvingen van de behandelingen.



Instrumenten die door opvallend weinig mondhygiënisten worden gebruikt, zijn de criteria vanuit patiëntperspectief en de databank protocollen. Hoewel deze instrumenten op diverse manieren onder de aandacht zijn gebracht, is mogelijk meer ondersteuning nodig bij het gebruik ervan.

De waardering voor de instrumenten loopt uiteen van een 6,2 voor de criteria vanuit patiëntenperspectief tot een 7,7 voor het intercollegiaal overleg. Er is geen duidelijke relatie zichtbaar tussen de waardering voor instrumenten en de mate waarin instrumenten worden gebruikt.

In het kwaliteitssysteem zijn nog een aantal duidelijk zwakke plekken. Voor twee belangrijke elementen is een aantal instrumenten nog niet beschikbaar. Bovendien wordt de helft van de instrumenten door minder dan de helft van de beroepsgroep gebruikt. De NVM heeft echter ook aandacht voor nieuwe ontwikkelingen, voor de elementen 'communicatie' en 'ketenzorg' zijn instrumenten beschikbaar waardoor deze elementen sterk zijn ontwikkeld. De speerpunten in het kwaliteitsbeleid van de NVM zijn het voortzetten van IT en visitatie en het afronden en implementeren van verslaglegging en regionalisatie. Deze instrumenten zullen door middel van een geformaliseerde evaluatiecyclus actueel worden gehouden.

Door implementatie van een standaardverslagleggingsformulier en op termijn ook classificaties zal het kwaliteitssysteem van de NVM beter worden ontwikkeld. Aandacht voor de aantallen mondhygiënisten die kwaliteitsinstrumenten gebruiken, is daarbij eveneens van belang. Gezien het feit dat de NVM zelf geen inhoudelijke richtlijnen heeft ontwikkeld, kan daarbij met name worden gedacht aan de databank protocollen. Mogelijk kan het stimuleren van deelname aan intercollegiaal overleg bijdragen aan een grotere mate van gebruik van ook andere kwaliteitsinstrumenten.

## **10 Oefentherapeuten Cesar**

### *10.1 Respons*

Bij 182 oefentherapeuten Cesar (respons = 64%) zijn gegevens verzameld over het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 13 staat een overzicht van de werkplekken van de respondenten.

**Tabel 13 Werkplek van de respondenten (n=182)**

	<i>Percentage*</i>
Vrijgevestigde solopraktijk	51
Zelfstandige in vrijgevestigde maatschap	23
Loondienst in vrijgevestigde praktijk	15
Onderwijs	9
Zelfstandige solist/maatschap in gezondheidscentrum	8
Industrie/bedrijf	4
Overig	8

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

De meeste oefentherapeuten Cesar zijn werkzaam als vrijgevestigde, al dan niet met andere oefentherapeuten in loondienst. Bijna een kwart van de oefentherapeuten is zelfstandige in een maatschap. Tot de categorie overig behoren onder andere bedrijfs-oefentherapeuten en oefentherapeuten die werkzaam zijn in een verpleeg- of verzorgingshuis. In het toetsingskader zijn alleen de gegevens van de leden van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) opgenomen; dit betreft 178 respondenten.

### 10.2 Deskundigheid

Voor het element 'deskundigheid' hebben de oefentherapeuten Cesar de essentiële instrumenten beschikbaar (zie tabel 14). Het beroepsprofiel wordt door meer dan de helft van de oefentherapeuten Cesar in dit onderzoek gebruikt; de meeste oefentherapeuten volgen bij- en nascholing. De waardering voor de bij- en nascholing blijkt uit de 70% die de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit vindt.

### 10.3 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is sterk ontwikkeld. Een beroepsprofiel, beroepscode en negen inhoudelijke richtlijnen zijn beschikbaar.<sup>1</sup> De VBC heeft eveneens een codering voor de bevindingen van de oefentherapeut Ce-

<sup>1</sup> Richtlijnen voor oefentherapeuten Cesar:

Cesar en Idiopatische Scoliose; Cesar bij patiënten met urine-incontinentie; Cesar en Bechterew; Cesar bij patiënten met whiplash gerelateerde symptomen; Cesar en osteoporose; Multidisciplinaire richtlijn lage rugklachten; Cesar en peripartum bekkenklachten

sar ontwikkeld; dit instrument is al wel verspreid onder de leden, maar er heeft nog geen verdere implementatie plaatsgevonden.

Met uitzondering van de codering worden de essentiële instrumenten door meer dan de helft van de oefentherapeuten gebruikt. Het percentage gebruikers bij de inhoudelijke richtlijnen heeft alleen betrekking op oefentherapeuten Cesar die patiënten behandelen waarop de richtlijn van toepassing is; 57% van deze oefentherapeuten gebruikt de richtlijnen bij meer dan de helft van de patiënten. Aanvullende instrumenten die beschikbaar zijn, zijn criteria vanuit patiëntperspectief, de modelregeling oefentherapeut Cesar-patiënt en het oefenschrift voor patiënten. Het oefenschrift is een instrument dat inzicht geeft in de afspraken met de patiënt ten aanzien van het behandelplan en de behandoelen conform de WGBO. Er worden afspraken in genoteerd, oefeningen in vastgelegd en de resultaten van de oefeningen worden geëvalueerd. Het boekje wordt daarnaast ook gebruikt in de IOC's. De waardering voor de instrumenten in dit element loopt uiteen van een 6,4 voor de modelregeling tot een 7 gemiddeld voor de richtlijnen.

**Tabel 14 Toetsingskader oefentherapeuten Cesar**

Elementen	Beschikbare instrumenten VBC	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	57	6,6
	Bij- en nascholing*	90	–
Normen en criteria	Codering bevindingen*	94	–
	Beroepsprofiel*	57	6,6
	Beroepscode*	55	6,7
	Inhoudelijke richtlijnen*	57	7,0
	Criteria patiëntperspectief	8	6,6
	Modelregeling	33	6,4
	Oefenschrift voor patiënten	62	6,8
	Meten, toetsen, verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging*	–
Peer review* : – IT		94	7,1
– visitatie		10	6,9
(Patiëntenraadpleging*)		32	–
(Indicatoren)		12	–
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	97	–
	Klachtencommissie*	–	–

Elementen	Beschikbare instrumenten VBC	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Externe verantwoording	Accreditatiecommissie*	—	—
	Keurmerk	83	—
	Verenigingsniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging*	+	—
	Praktijkniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afdeling	32	—
Communicatie	Model kwaliteitsjaarverslag	23	6,4
	LIPZ		
	Regiostructuur*	+	—
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	—
	Eén multidisciplinaire richtlijn	66	6,7
	Handreikingen	16	6,6
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 10.4 Meten, toetsen en verbeteren

Voor dit element beschikt de VBC over een standaard verslagleggingsformulier, visitatie en het Intercollegiaal Overleg oefentherapie Cesar (IOC). Omdat er nog geen instrument beschikbaar is voor de raadpleging van patiënten, wordt dit element als 'zwak ontwikkeld' aangemerkt.

Alle oefentherapeuten Cesar zijn ingedeeld in een van ruim tachtig IOC's. Voor herregistratie in het kwaliteitsregister moet men zowel punten voor bij- en nascholing halen als punten voor het toepassen van kwaliteitsinstrumenten. De punten voor het toepassen van instrumenten kunnen voor het belangrijkste deel behaald worden door viermaal per jaar deel te nemen aan een IOC; deelname aan het IOC is daardoor niet vrijblijvend. De ontwikkeling van een verslagleggingsformulier is begin 2004 afgerond; hierover zijn nog geen vragen gesteld aan de respondenten. Voor een instrument voor patiëntenraadpleging heeft de VBC eind 2003 al wel de onderdelen beschikbaar maar de ontwikkeling van het instrument moet nog afgerond worden.

Het IOC is een van de instrumenten die door zeer veel oefentherapeuten wordt 'gebruikt'; dit instrument heeft bovendien de hoogste waardering van alle instrumenten. Een deel van de oefentherapeuten voert al patiëntenraadplegingen uit met lokaal ontwikkelde instrumenten. Indicatoren zijn nog niet beschikbaar maar ook hiermee wordt al op lokaal niveau gewerkt.

### *10.5 Borging*

Het element 'borging' is sterk ontwikkeld. De VBC beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie, een accreditatiecommissie en een aanvullend instrument: het keurmerk. Het Cesar-keurmerk is gedeponeerd bij het Benelux-merkenbureau; dit betekent dat het Cesar-beeldmerk is beschermd. Bij het aanvragen van het keurmerk moet men een overeenkomst afsluiten met de VBC waarin is vastgelegd dat de praktijkuitoefening aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen. Het controlerende systeem om na te gaan of men inderdaad aan de vereisten voldoet, is op papier wel uitgewerkt maar is nog niet operationeel.

Vrijwel alle oefentherapeuten Cesar in dit onderzoek zijn ingeschreven in het basisregister van het kwaliteitsregister. Van het bestaan van de klachtencommissie is 71% op de hoogte.

### *10.6 Externe verantwoording*

Dit element is sterk ontwikkeld. Door de VBC wordt een kwaliteitsjaarverslag geschreven. Op praktijkniveau is er een model voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag; dit wordt door ruim een kwart van de respondenten gebruikt. De VBC neemt tevens deel aan LiPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg).<sup>1</sup>

### *10.7 Communicatie*

De IOC's functioneren binnen de 23 regio's van de VBC die aangestuurd worden door regioteams. Eén- à tweemaal per jaar wordt er door de beleidsmedewerkers van de VBC een conferentie georganiseerd met de regioteams waar trainingen worden gegeven en instrumenten nog eens worden behan-

<sup>1</sup> In dit project van het NIVEL worden zorggerelateerde gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen; individuele beroepsbeoefenaren kunnen de gegevens gebruiken als spiegelinformatie.

deld. De kwaliteitscoördinator van de VBC ondersteunt de IOC-begeleiders en adviseert het regioteam over het te voeren kwaliteitsbeleid in de regio. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meeste gebruik van het tijdschrift van de Vereniging de Nieuwsbrief en van de IOC's om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid van de VBC.

### 10.8 Ketenzorg

Voor oefentherapeuten Cesar is één multidisciplinaire richtlijn beschikbaar, de multidisciplinaire richtlijn 'lage rugklachten'. Om de communicatie met de huisarts te verbeteren zijn er de zogenoemde HOF-producten: *Handreikingen Huisarts Oefentherapie Fysiotherapie*. Het betreft handreikingen voor de indicatiestelling, verwijfsbrief, consultatie, tussentijds contact en verslaggeving. Deze handreikingen worden door een klein deel van de oefentherapeuten in de praktijk gebruikt.

### 10.9 Conclusie

Vijf elementen van het kwaliteitssysteem van de oefentherapeuten Cesar zijn sterk ontwikkeld ten aanzien van de beschikbare instrumenten. De codering voor de bevindingen van de oefentherapeut Cesar was eind 2003 wel beschikbaar maar niet geïmplementeerd. Het element 'meten, toetsen, verbeteren' mist een instrument voor de raadpleging van patiënten; een formulier voor gestandaardiseerde verslaggeving was ten tijde van de evaluatie nog niet geïmplementeerd.

Vijf instrumenten worden door meer dan 70% van de oefentherapeuten waarvoor ze bedoeld zijn, gebruikt. Het IOC springt hier opvallend bovenuit met een deelname van 93% van de oefentherapeuten Cesar. De codering voor de bevindingen van de oefentherapeut Cesar wordt eveneens door 93% van de oefentherapeuten gebruikt.<sup>1</sup> Instrumenten die door opvallend weinig oefentherapeuten worden gebruikt, zijn de criteria vanuit patiëntperspectief en de handreikingen. Hoewel deze instrumenten zijn verspreid en onder de aandacht zijn gebracht van de leden van de VBC, is mogelijk meer ondersteuning nodig bij het gebruik ervan. De waardering voor de instrumenten ligt net boven de 6,5 met 7,1 als hoogste cijfer voor het IOC. Er is geen dui-

<sup>1</sup> Mogelijk heeft een deel van de oefentherapeuten hiermee de VNZ-codering bedoeld die gebruikt wordt voor het declaratieverkeer met de zorgverzekeraars.

delijke relatie zichtbaar tussen de waardering voor instrumenten en de mate waarin instrumenten worden gebruikt.

De VBC heeft drie speerpunten voor het kwaliteitsbeleid van de komende jaren: de kwaliteit, inhoud en actualiteit van bij- en nascholing monitoren, de transparantie van de beroepsuitoefening vergroten onder andere door de implementatie van het verslagleggingsformulier en het blijvend ondersteunen van de infrastructuur om de processen die in gang zijn gezet, te continueren. Prioriteit heeft echter het consolideren en borgen van wat in de drie kwaliteitsprogramma's is bereikt.

De VBC zal haar kwaliteitsactiviteiten na het wegvallen van de subsidies volledig zelf moeten financieren. De activiteiten waar de VBC prioriteit aan geeft, lijken haalbaar en weloverwogen. Als extra aandachtspunt worden het stimuleren van het gebruik van de criteria vanuit patiëntperspectief en de implementatie van een cliëntfeedbacksysteem aanbevolen.

## 11 Oefentherapeuten-Mensendieck

### 11.1 Respons

Bij 185 oefentherapeuten-Mensendieck (respons = 67%) zijn gegevens verzameld over het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor. In tabel 15 staat een specificatie van de werkplekken waar de respondenten werkzaam zijn.

**Tabel 15 Werkplek van de respondenten (n=185)**

	<i>Percentage*</i>
Vrijgevestigde solopraktijk	74
Zelfstandige in vrijgevestigde maatschap	11
Zelfstandige solist/maatschap in gezondheidscentrum	9
Verpleeghuis/verzorgingshuis	5
Loondienst in vrijgevestigde praktijk	4
Onderwijs	4
Industrie/bedrijf	4
Overig	10

\* Het totale percentage werkplekken is groter dan 100% omdat respondenten soms op meerdere plekken werkzaam zijn.

De meeste oefentherapeuten-Mensendieck zijn werkzaam als vrijgevestigde in een solopraktijk. Tot de categorie overig behoren onder andere oefentherapeuten die in een fysiotherapiepraktijk werken. In het toetsingskader zijn alleen de gegevens van de leden van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) opgenomen; dit betreft 184 respondenten (zie tabel 16).

### *11.2 Deskundigheid*

Voor het element 'deskundigheid' zijn de essentiële instrumenten, een beroepsprofiel en bij- en nascholing, beschikbaar; het element is daarom voldoende ontwikkeld. Het beroepsprofiel wordt door meer dan de helft van de oefentherapeuten-Mensendieck in dit onderzoek gebruikt; de meeste oefentherapeuten volgen bij- en nascholing. De waardering voor de bij- en nascholing blijkt uit de 71% die de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit vindt.

NVOM voelt zich er verantwoordelijk voor dat er een volwaardig en goed afgestemd aanbod is van bij- en nascholing. Er wordt nu samengewerkt met de VBC en de beide opleidingen (HVU en HVA) om het gezamenlijke scholingsbeleid en de behoeftes op dit gebied te verwoorden en af te stemmen. Dit is onder andere nodig omdat er geen cursussen specifiek voor oefentherapeuten-Mensendieck meer zijn; alle cursussen worden aangeboden voor zowel oefentherapeuten-Mensendieck als Cesar.

### *11.3 Normen en criteria*

Het element 'normen en criteria' is sterk ontwikkeld. Hierbij moet worden aangetekend dat de codering voor de bevindingen van de oefentherapeut-Mensendieck wel is ontwikkeld, maar einde 2003 nog niet is geïmplementeerd. Wel beschikbaar en geïmplementeerd zijn een beroepsprofiel, beroepscode en drie inhoudelijke richtlijnen.<sup>1</sup> Met uitzondering van de beroepscode worden de essentiële instrumenten door meer dan de helft van de oefentherapeuten gebruikt. Het percentage gebruikers bij de inhoudelijke richtlijnen heeft alleen betrekking op oefentherapeuten-Mensendieck die patiënten behandelen waarop de richtlijn van toepassing is; 58% van deze oefentherapeuten gebruikt de richtlijnen bij meer dan de helft van de patiën-

<sup>1</sup> Richtlijnen: Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met RSI-klachten, Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met specifieke nek- en schouderklachten en Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met artrose.



ten. Aanvullende instrumenten die beschikbaar zijn, zijn de criteria vanuit patiëntperspectief, de aanbevelingen voor de informatieverstrekking aan de huisarts en de leeswijzer voor wetenschappelijk onderzoek. De NVOM stimuleert wetenschappelijk onderzoek en het evidence based werken door de leden van de beroepsgroep. Er is daarom een leeswijzer voor wetenschappelijke artikelen ontwikkeld, deze is ervoor bedoeld om in IOM-verband artikelen te lezen en na te gaan wat de inhoud voor de beroepsuitoefening zou kunnen betekenen. De waardering voor de instrumenten in dit element loopt uiteen van een 6,6 voor de leeswijzer tot een 6,8 voor het beroepsprofiel en de beroepscode.

**Tabel 16 Toetsingskader oefentherapeuten-Mensendieck**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVOM	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	52	6,8
	Bij- en nascholing*	92	-
Normen en criteria	Codering bevindingen*	-	-
	Beroepsprofiel*	52	6,8
	Beroepscode*	46	6,8
	Inhoudelijke richtlijnen*	58	6,7
	Criteria patiëntperspectief	9	6,7
	Informatieverstrekking huisarts	29	6,7
	Leeswijzer wetenschappelijk onderzoek	21	6,6
	Meten, toetsen, verbeteren	Gestandaardiseerde verslaglegging*	
Peer review*: IT		83	7,4
(Patiëntenraadpleging*) (Indicatoren)		24 10	- -
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	99	-
	Klachtencommissie*	-	-
	Accreditatiecommissie*	-	-
Externe verantwoording	Verenigingsniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging* Praktijkniveau	+	-

Elementen	Beschikbare instrumenten NVOM	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
	Kwaliteitsjaarverslag praktijk/afdeling	25	–
	Sjabloon kwaliteitsjaarverslag	21	6,8
	LIPZ		
Communicatie	Regiostructuur*	+	–
	Communicatiemiddelen	+	–
Ketenzorg	Handreikingen	11	6,6
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

#### 11.4 Meten, toetsen en verbeteren

De NVOM heeft één instrument geïmplementeerd dat essentieel is voor het doorlopen van de kwaliteitscirkel, namelijk het Intercollegiaal Overleg oefentherapie-Mensendieck (IOM). Aansluiting bij een IOM is niet verplicht; de NVOM heeft hiervoor gekozen in de overtuiging dat dit een grotere motivatie en een hogere productiviteit tot gevolg heeft.

De ontwikkeling van een digitaal verslagleggingsformulier is begin 2004 afgerond; hierover zijn nog geen vragen gesteld aan de respondenten. Omdat er nog geen instrument beschikbaar is voor de raadpleging van patiënten, wordt dit element als zwak ontwikkeld aangemerkt. Voor de ontwikkeling van een instrument voor patiëntenraadpleging zijn wel plannen, afhankelijk van de beschikbare middelen zullen deze worden gerealiseerd. Aan het IOM neemt meer dan 80% van de oefentherapeuten deel. Dit instrument heeft bovendien de hoogste waardering van alle instrumenten. Een deel van de oefentherapeuten voert al patiëntenraadplegingen uit met behulp van lokaal ontwikkelde instrumenten. Indicatoren zijn nog niet beschikbaar maar ook hiermee wordt al op lokaal niveau gewerkt.

#### 11.5 Borging

Het element 'borging' is voldoende ontwikkeld. De NVOM beschikt over een kwaliteitsregister, een klachtencommissie en een accreditatiecommissie. Vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck in dit onderzoek zijn inge-

schreven in het basisregister van het kwaliteitsregister. Voor de klachtencommissie is geen getal voor gebruik aangegeven, van belang is wel het percentage oefentherapeuten uit de doelgroep dat ervan op de hoogte is, namelijk 84%. De accreditatiecommissie zal haar werkzaamheden in de loop van 2004 opvatten.

### *11.6 Externe verantwoording*

Voor het element 'externe verantwoording' zijn zowel instrumenten op verenigingsniveau als instrumenten op praktijk- of afdelingsniveau aanwezig; het element is sterk ontwikkeld. Door de NVOM wordt een kwaliteitsjaarverslag geschreven, op praktijkniveau is er een sjabloon voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag. De NVOM neemt tevens deel aan LiPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg).<sup>1</sup>

### *11.7 Communicatie*

Oefentherapeuten-Mensendieck kunnen op vrijwillige basis deelnemen aan een IOM, deze ruim zestig IOM's functioneren binnen de 23 regio's van de NVOM. Voor communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meeste gebruik van het tijdschrift van de Vereniging en van de nieuwsbrief om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid van de NVOM. Vanwege het beschikbaar zijn van een regiostructuur en meerdere communicatiemiddelen is dit element sterk ontwikkeld.

### *11.8 Ketenzorg*

Voor het element 'ketenzorg' zijn geen essentiële elementen geformuleerd; de NVOM heeft al wel instrumenten beschikbaar, namelijk de handreikingen (HOF-producten: Handreikingen Huisarts Oefentherapie Fysiotherapie). Deze handreikingen zijn ontwikkeld om de communicatie met de huisarts te verbeteren. Het betreft handreikingen voor de indicatiestelling, verwijsbrief, consultatie, tussentijds contact en verslaggeving. Deze hand-

<sup>1</sup> In dit project van het NIVEL worden zorggerelateerde gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen; individuele beroepsbeoefenaren kunnen de gegevens gebruiken als spiegelinformatie.

reikingen worden door een klein deel van de oefentherapeuten in de praktijk gebruikt.

### *11.9 Conclusie*

Vier elementen van het kwaliteitssysteem van de oefentherapeuten-Mensendieck zijn sterk ontwikkeld ten aanzien van de beschikbare instrumenten, twee elementen zijn voldoende ontwikkeld. Het element 'meten toetsen, verbeteren' mist een instrument voor de raadpleging van patiënten. Lokaal worden er echter al wel patiëntenraadplegingen uitgevoerd door een kwart van de oefentherapeuten-Mensendieck. Een digitaal verslagleggingsformulier is eind 2003 al wel ontwikkeld, maar nog niet geïmplementeerd; dit zal in 2004 plaatsvinden. Het element 'normen en criteria' is weliswaar sterk ontwikkeld, maar ook de codering voor de bevindingen van de oefentherapeuten-Mensendieck is nog niet landelijk geïmplementeerd.

Drie instrumenten worden door meer dan 70% van de oefentherapeuten waarvoor ze zijn bedoeld, gebruikt. Dit betreft deelname aan het IOM, het volgen van bij- en nascholing en inschrijving in het kwaliteitsregister. Instrumenten die door opvallend weinig oefentherapeuten worden gebruikt, zijn de criteria vanuit patiëntperspectief en de handreikingen. Deze instrumenten zijn niet verspreid onder de leden, maar wel op andere manieren onder de aandacht gebracht. Mogelijk moet er meer bekendheid worden gegeven aan deze instrumenten; het gebruik ervan wordt namelijk wel ondersteund. De gemiddelde waardering voor de instrumenten is 6,8 met 7,4 als hoogste cijfer voor het IOM. Er is geen duidelijke relatie zichtbaar tussen de waardering voor instrumenten en de mate waarin de instrumenten worden gebruikt.

De speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVOM betreffen in de eerste plaats externe verantwoording; de NVOM is van mening dat hier hiaten in zijn. Het genereren van landelijke gegevens over de behandeling, het ontwikkelen van indicatoren en het maken van productomschrijvingen hebben eveneens de aandacht. Plannen voor nieuwe ontwikkelingen worden echter beperkt door het wegvallen van de subsidies. De NVOM zal haar kwaliteitsactiviteiten na het wegvallen van de subsidies volledig zelf moeten financieren. Zij richt zich daarbij in belangrijke mate op externe verantwoording door middel van certificering. Daarnaast hebben het genereren van landelijke gegevens over de behandeling en het ontwikkelen van indicatoren de aandacht.

Deze aandachtspunten sluiten goed aan bij nieuwe inzichten en landelijke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbeleid. Met name voor de laatste twee ontwikkelingen zijn echter gestandaardiseerde en eenduidige verslaglegging van belang. Daarvoor is behalve een verslagleggingsformulier ook de beschikbaarheid van classificaties en codelijsten essentieel. Juist deze instrumenten zijn nog niet geïmplementeerd; aanbevolen wordt om hier extra inspanningen voor te leveren. Ten slotte is extra aandacht voor het patiëntenperspectief van belang als de beperkte middelen dit toelaten.

## 12 Orthoptisten

### 12.1 Respons

Bij 109 orthoptisten (leden Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO), respons = 58%) zijn gegevens verzameld over het gebruik en de waardering van de kwaliteitsinstrumenten. Orthoptisten werken voornamelijk in ziekenhuizen (tabel 17).

**Tabel 17 Werkplek van de respondenten (n=109)**

	<i>Percentage</i>
Ziekenhuis	91
Particuliere oogartspraktijk	3
Overig	6

### 12.2 Deskundigheid

Voor het element 'deskundigheid' zijn beide essentiële instrumenten beschikbaar: een beroepsprofiel en bij- en nascholing (tabel 18). Het beroepsprofiel wordt door meer dan de helft van de respondenten gebruikt en gemiddeld gewaardeerd met een 6,9. Een overgrote meerderheid van de respondenten volgt bij- en nascholing; de waardering hiervoor blijkt uit de antwoorden op de stelling 'de cursussen zijn over het algemeen van goede kwaliteit'; 68% is het eens met deze stelling.

### 12.3 Normen en criteria

De NVvO beschikt over alle essentiële instrumenten voor het element 'normen en criteria'; de orthoptische diagnosecode, een beroepsprofiel, be-

roepscode en inhoudelijke richtlijnen.<sup>1</sup> Het element is daarom voldoende ontwikkeld. Omdat de richtlijnen ten tijde van deze evaluatie nog niet waren geïmplementeerd, zijn er geen gegevens over het gebruik en de waardering hiervan. De orthoptische diagnosecode is in het IKPZ-programma ontwikkeld en zal worden geïntegreerd in het digitale verslagleggingsformulier. Aan de orthoptisten is gevraagd of zij de orthoptische diagnosecode volgens ICF/ICIDH vastleggen; 29% heeft aangegeven deze code vast te leggen.

#### *12.4 Meten, toetsen en verbeteren*

Voor dit element zijn twee essentiële instrumenten beschikbaar: een verslagleggingsformulier en regionaal overleg. Het overleg vindt twee tot drie keer per jaar plaats; aan de orthoptisten wordt gevraagd minimaal twee keer per jaar een regiovergadering bij te wonen. Orthoptisten krijgen hiervoor punten voor registratie in het kwaliteitsregister; leden die een jaar lang niet aanwezig zijn bij de regiovergaderingen, worden hiervan geroyeerd. De belangrijkste activiteit die tijdens de vergaderingen wordt uitgevoerd, is casuïstiekbespreking.

Het verslagleggingsformulier wordt door ongeveer een kwart van de respondenten gebruikt; dit instrument wordt gewaardeerd met gemiddeld een 6,9. Een overgrote meerderheid van de orthoptisten neemt deel aan regionaal overleg; de waardering hiervoor is het hoogste van alle beschikbare kwaliteitsinstrumenten, namelijk een 7,5. De NVvO beschikt niet over een instrument voor de raadpleging van patiënten; dit element is daarom 'zwak' ontwikkeld.

#### *12.5 Borging*

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen is het Kwaliteitsregister Paramedici ingesteld, waarin bijna alle responderende orthoptisten staan ingeschreven. In 2004 wordt de accreditatiecommissie ingesteld. Omdat orthoptisten in een instelling werken en niet in een vrijevestigde praktijk, is een landelijke klachtencommissie niet van toepassing. De klachtregeling vindt instellingsgebonden plaats.

<sup>1</sup> Richtlijnen: het 'Standaard zorgplan amblyopiebehandeling' en het 'protocol voor preoperatief orthoptisch onderzoek strabismuschirurgie'.

**Tabel 18 Toetsingskader orthoptisten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVvO	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	60	6,9
	Bij- en nascholing*	97	–
Normen en criteria	Diagnosecode*	29	–
	Beroepsprofiel*	60	6,9
	Beroepscode*	56	6,9
	Inhoudelijke richtlijnen*		
Meten, toetsen, verbeteren	Verslagleggingsformulier*	24	6,9
	Peer review* : – regionaal overleg	93	7,5
	(Patiëntenraadpleging*)	10	–
	(Indicatoren)	6	–
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	99	–
	Accreditatiecommissie*	–	–
Externe verantwoording	Verenigingsniveau		
	Kwaliteitsjaarverslag vereniging*	–	–
	Praktijkniveau		
Communicatie	Kwaliteitsjaarverslag praktijk	20	–
	Infrastructuur*	+	–
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	–
	Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%
	sterk = alle * plus extra	20-50%	
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

### 12.6 Externe verantwoording

Om een bijdrage te leveren aan de externe verantwoording schrijft de NVvO een jaarverslag waarvan kwaliteit een onderdeel vormt; dit element is daarom voldoende ontwikkeld. Van de orthoptisten heeft 20% aangegeven dat er op de praktijk of afdeling een kwaliteitsjaarverslag wordt geschreven; hiervoor is echter geen door de NVvO ontwikkeld instrument beschikbaar.

### *12.7 Communicatie*

De infrastructuur van de orthoptisten bestaat uit regio's waarin twee tot drie keer per jaar een overleg van orthoptisten plaatsvindt. In totaal zijn er 17 regio's, de omvang van de groepen varieert van minimaal tot 35 tot 40 orthoptisten. Deze overleggroepen worden door een bestuurslid en regiocontactpersonen aangestuurd. De belangrijkste communicatiemiddelen met betrekking tot het kwaliteitsbeleid zijn het tijdschrift van de NVvO, het regionaal overleg en de algemene ledenvergadering.

### *12.8 Ketenzorg*

Omdat er in de praktijk al veel wordt samengewerkt met oogartsen waarbij met eigen protocollen wordt gewerkt, heeft de NVvO geen plannen om multidisciplinaire instrumenten te ontwikkelen. Wel neemt de NVvO deel aan het Landelijk Netwerk Oogzorg (LNO); hierin zijn alle aanbieders van oogzorg vertegenwoordigd. Er wordt getracht om regionaal alle aanbieders van oogzorg op één lijn te krijgen, zodat er taakherschikking, taakomschrijving en samenwerking in de oogzorg kan plaatsvinden. Het LNO wordt gefaciliteerd vanuit het Ministerie van VWS.

### *12.9 Conclusie*

Met uitzondering van een instrument voor de raadpleging van patiënten zijn alle essentiële instrumenten in het toetsingskader beschikbaar. De meeste elementen zijn daardoor voldoende ontwikkeld. Het gebruik van de instrumenten verschilt sterk. Van drie essentiële instrumenten worden door bijna alle orthoptisten gebruikgemaakt: bij- en nascholing, het regionaal overleg en het kwaliteitsregister. Het beroepsprofiel en de beroepscode worden door 50-70% van de orthoptisten gebruikt. Twee essentiële instrumenten worden door 20-50% gebruikt: de diagnosecode en het verslagleggingsformulier. Dit betekent dat er een relatief hoog gebruik is van de instrumenten die beschikbaar zijn.

Vanwege het stopzetten van de subsidies zijn er weinig mogelijkheden om het kwaliteitsbeleid te blijven ondersteunen. De NVvO heeft veel ideeën om het kwaliteitsbeleid te continueren en te verbeteren, maar kan deze niet ten uitvoer brengen, omdat hier geen geld en mankracht voor is. De NVvO is een vereniging die volledig draaiende wordt gehouden door vrijwilligers. Indien er financiering aanwezig zou zijn, zou er een beleidsmedewerker worden aangetrokken, zodat een betere continuering van het kwaliteitsbe-



leid tot stand kan worden gebracht. Om deze reden is er nu een adviesraad opgericht van werkzame orthoptisten en oudgedienden die de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en orthoptie bijhouden. Hiermee kan het kwaliteitsbeleid actueel blijven.

Het ontwikkelen van criteria vanuit patiëntenperspectief zou bij de voortzetting van het subsidiebeleid een speerpunt voor de NVvO zijn. Op basis hiervan zou vervolgens een instrument voor de raadpleging van patiënten kunnen worden ontwikkeld. Het kwaliteitssysteem zou hiermee worden versterkt.

### 13 Podotherapeuten

#### 13.1 Respons

Bij 118 podotherapeuten (leden Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), respons = 62%) zijn gegevens verzameld over het gebruik en de waardering van de kwaliteitsinstrumenten. In tabel 19 staan gegevens over de werkvelden waar de respondenten werkzaam zijn.

**Tabel 19 Werkplek van de respondenten (n=118)**

	<i>Percentage</i>
Praktijk voor podotherapie	64
Ziekenhuis	22
Gezondheidscentrum	10
Overig	2

#### 13.2 Deskundigheid

Voor de podotherapeuten zijn beide essentiële instrumenten in het kader van deskundigheid beschikbaar: een beroepscompetentieprofiel en bij- en nascholingsactiviteiten (tabel 20). Het beroepscompetentieprofiel wordt door bijna de helft van de respondenten gebruikt en gemiddeld gewaardeerd met een 6,9. Een grote meerderheid van de podotherapeuten volgt bij- en nascholing, van deze groep vindt 43% de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit.

### *13.3 Normen en criteria*

De NVvP beschikt over alle essentiële instrumenten voor het element 'normen en criteria': classificaties, een beroepscompetentieprofiel en een beroepscode en een richtlijn.<sup>1</sup> In aanvulling op de essentiële instrumenten beschikt de NVvP over criteria vanuit patiëntenperspectief; dit element is daarom sterk ontwikkeld. De classificaties voor de podotherapie dienen als onderbouwing voor de verslaglegging; verder worden ze niet gebruikt. Een onderdeel van de classificaties is de podotherapeutische diagnosecode volgens ICF/ICIDH die door 24% van de respondenten wordt vastgelegd. De criteria vanuit patiëntenperspectief worden door 11% van de respondenten toegepast in de dagelijkse praktijk; de toepasbaarheid van de criteria wordt gemiddeld gewaardeerd met een 6,5.

### *13.4 Meten, toetsen/evalueren en verbeteren*

De NVvP beschikt over alle instrumenten die essentieel zijn voor dit element: het is voldoende ontwikkeld. Het standaardverslagleggingsformulier wordt door 4% van de podotherapeuten gebruikt; de toepasbaarheid wordt gemiddeld gewaardeerd met een 6,1. Inmiddels is het verslagleggingsformulier geschikt gemaakt voor digitaal gebruik. Hieraan is een databank gekoppeld waarin gegevens van een aantal podotherapeuten worden opgenomen. Ook beschikt de NVvP over een methode voor visitatie. In totaal is 44% van de respondenten gevisiteerd en heeft 61% plannen om zich de komende jaren te laten visiteren. Het nut van de visitaties wordt over het algemeen positief gewaardeerd.

Een andere vorm van peer review vindt plaats in de regiovergaderingen waar bijna driekwart van de respondenten aan deelneemt. Ook het nut hiervan wordt over het algemeen positief gewaardeerd. De activiteit die de meeste podotherapeuten hebben ondernomen, is het bespreken van het kwaliteitsbeleid van de NVvP.

De NVvP heeft op basis van de criteria vanuit patiëntenperspectief een patiëntenenquête ontwikkeld, die wordt gebruikt bij de visitaties; de enquête kan ook individueel worden gebruikt. In totaal heeft ruim een kwart wel eens een meningspeiling onder patiënten gehouden waarvan een deel dit heeft gedaan met de patiëntenenquête van de NVvP.

Hoewel de NVvP zich nog niet bezighoudt met indicatoren voor de kwaliteit van zorg, maakt 5% van de podotherapeuten hier al wel gebruik van.

<sup>1</sup> Dit betreft de richtlijn 'hygiëne voor de podotherapie praktijk'; de richtlijnen 'Diabetes Mellitus' en 'Mortonse Neuralgie' zijn in concept gereed.

**Tabel 20 Toetsingskader podotherapeuten**

Elementen	Beschikbare instrumenten NVvP	Gebruik en waardering	
		%	cijfer
Deskundigheid	Beroepscompetentieprofiel*	48	6,9
	Bij- en nascholing*	97	
Normen en criteria	Classificaties (diagnosecode)*	24	
	Beroepsprofiel*	48	6,9
	Beroepscode*	53	7,0
	Richtlijn*	63	7,1
	Criteria patiëntperspectief	11	6,5
Meten, toetsen, verbeteren	Verslagleggingsformulier*	4	6,1
	Peer review*: – visitatie	44	7,6
	– regiovergaderingen	73	7,0
	Patiëntenraadpleging*	26	6,6
	(Indicatoren)	5	–
Borging	Kwaliteitsregister/ierregistratie*	92	–
	Landelijke klachtencommissie*	–	–
	Accreditatiecommissie*	–	–
	Patiëntenadviescommissie	–	–
	Protocol geschillenbeslechting	18	7,0
Externe verantwoording	<i>Verenigingsniveau</i>		
	Kwaliteitsjaarverslag*	+	–
	Artsenwijzer		
	<i>Praktijkniveau</i>		
Communicatie	Kwaliteitsjaarverslag	13	–
	Infrastructuur*	+	–
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	–
	Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%
		sterk = alle * plus extra	20-50%
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	
		70-100%	

\* Essentieel instrument

### *13.5 Borging*

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen zijn het Kwaliteitsregister Paramedici en de Landelijke Klachtencommissie paramedici eerstelijns essentiële instrumenten. Een ruime meerderheid van de respondenten (92%) heeft zich laten registreren in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici. Ook is een meerderheid van de eerstelijns podotherapeuten op de hoogte van de Landelijke Klachtencommissie (89%). Aanvullende instrumenten zijn het protocol 'geschillenbeslechting' en een patiëntenadviescommissie. Deze commissie bemiddelt tussen patiënten en podotherapeuten bij klachten. Als de partijen er in dit traject niet uitkomen, kan men naar de Landelijke Klachtencommissie paramedici eerstelijns. Ook beschikt de NVvP over een folder 'omgaan met klachten'. Vanwege de aanwezigheid van zowel de essentiële instrumenten als meerdere aanvullende instrumenten is dit element sterk ontwikkeld.

### *13.6 Externe verantwoording*

Dit instrument is eveneens sterk ontwikkeld. De NVvP schrijft een jaarverslag waarin de kwaliteitsprojecten worden vermeld. Als aanvullend instrument heeft de NVvP de artsenwijzer. Van de respondenten geeft 13% aan dat er in de praktijk of op de afdeling een kwaliteitsjaarverslag wordt geschreven.

### *13.7 Communicatie*

Een infrastructuur van podotherapeuten is van essentieel belang voor de communicatie. De NVvP heeft alle leden ingedeeld in tien regio's waarbinnen regiovergaderingen worden gehouden. De belangrijkste communicatiemiddelen waar de leden gebruik van maken om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid, zijn het tijdschrift, de regiovergaderingen en congressen.

### *13.8 Ketenzorg*

Er zijn nog geen instrumenten met betrekking tot ketenzorg beschikbaar. Wel is de NVvP betrokken bij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor diabetespatiënten. Bovendien vindt er overleg plaats met andere paramedische beroepsverenigingen (van fysiotherapeuten en oefentherapeuten).

peuten) over mogelijke richtlijnen voor gezamenlijke behandelingen. Op lokaal niveau wordt er vaak op eigen initiatief al multidisciplinair gewerkt.

### *13.9 Conclusie*

Het kwaliteitssysteem voor de podotherapeuten is goed ontwikkeld. Bij alle elementen zijn de essentiële instrumenten beschikbaar. Er blijkt een groot verschil te zijn in gebruik tussen de verschillende instrumenten. Er zijn drie instrumenten (bij- en nascholing, regiovergaderingen en het kwaliteitsregister) waar door meer dan 70% gebruik van wordt gemaakt. Twee instrumenten (de beroepscode en de richtlijn 'hygiëne voor de podotherapie praktijk' worden door 50 tot 70% van de respondenten gebruikt en drie instrumenten worden door 20 tot 50% van de respondenten gebruikt. De overige instrumenten worden door minder dan 20% gebruikt. Opvallend is dat met name het verslagleggingsformulier zo weinig wordt gebruikt. Dit is ook het instrument dat het laagste cijfer krijgt. Mogelijk wordt dit formulier in de toekomst door meer podotherapeuten gebruikt als de geautomatiseerde versie is geïmplementeerd. De visitaties worden het best gewaardeerd met een 7,6; ook de overige instrumenten worden redelijk positief gewaardeerd met cijfers tussen de 6,5 en 7,1.

Een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVvP voor de komende jaren is het implementeren van de databankverslaglegging die is gekoppeld aan het digitale verslagleggingsformulier. Deze databank kan vervolgens worden gebruikt voor benchmarking. Hiermee sluit de NVvP goed aan bij nieuwe ontwikkelingen. Om dit te kunnen verwezenlijken is het echter van belang dat het (digitale) verslagleggingsformulier door een grote groep podotherapeuten wordt gebruikt. Aangezien het verslagleggingsformulier momenteel door slechts een kleine minderheid van de podotherapeuten wordt gebruikt, zou er veel aandacht moeten worden besteed aan de implementatie en ondersteuning bij het gebruik van dit formulier.

## **14 Radiologisch laboranten**

### *14.1 Respons*

De radiodiagnostisch laboranten en de radiotherapeutisch laboranten worden samen ook wel radiologisch laboranten genoemd. Het toetsingskader van de radiologisch laboranten is iets aangepast, omdat de radiologisch laboranten op een andere manier werken dan leden van de overige parame-

dische beroepsgroepen. Radiologisch laboranten leggen geen eigen patiëntdossiers aan; daarom zijn de essentiële instrumenten classificaties (normen en criteria) en gestandaardiseerde verslaglegging (meten, toetsen, verbeteren) niet in het toetsingskader opgenomen. Ook is het essentiële instrument 'landelijke klachtencommissie' niet opgenomen in het toetsingskader, omdat de klachtenregeling op instellingsniveau plaatsvindt.

Om de laboranten te benaderen zijn alle hoofden van afdelingen Radiologie en Radiotherapie aangeschreven met het verzoek vragenlijsten te verspreiden. Er zijn geen exacte gegevens bekend over de respons. Met betrekking tot het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor zijn gegevens verzameld bij 321 radiodiagnostisch laboranten en 165 radiotherapeutisch laboranten.<sup>1</sup> Al deze laboranten zijn werkzaam op een afdeling radiologie of radiotherapie; er wordt daarom geen tabel over het werkveld gepresenteerd. Van deze respondenten zijn 161 radiodiagnostisch laboranten en 87 radiotherapeutisch laboranten lid van de Nederlandse Vereniging voor Medische Beeldvorming en Radiologie (NVMBR); de gegevens van deze respondenten staan in het toetsingskader.

#### *14.2 Deskundigheid*

Voor het element 'deskundigheid' zijn een beroepsprofiel en bij- en nascholing beschikbaar (tabel 21). Het beroepsprofiel wordt door minder dan de helft van de radiodiagnostisch laboranten en van de radiotherapeutisch laboranten gebruikt. Een ruime meerderheid volgt bij- en nascholing. Van de radiodiagnostisch laboranten vindt 68% dat de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit zijn; bij de radiotherapeutisch laboranten ligt dit op 59%.

#### *14.3 Normen en criteria*

Het element 'normen en criteria' is nog niet voldoende ontwikkeld. Een beroepsprofiel en een beroepscode zijn wel beschikbaar; er zijn echter nog geen inhoudelijke richtlijnen. Een inhoudelijke richtlijn met betrekking tot de intraveneuze toediening van contrastmiddelen door radiologisch laboranten is wel in ontwikkeling. Er is wel de beschikking over een databank stralingshygiëne waarin artikelen op het gebied van stralingshygiëne zijn opgenomen. Verder beschikt de NVMBR over een aantal folders met infor-

<sup>1</sup> Naar schatting is de respons ongeveer 55%.

peuten) over mogelijke richtlijnen voor gezamenlijke behandelingen. Op lokaal niveau wordt er vaak op eigen initiatief al multidisciplinair gewerkt.

### *13.9 Conclusie*

Het kwaliteitssysteem voor de podotherapeuten is goed ontwikkeld. Bij alle elementen zijn de essentiële instrumenten beschikbaar. Er blijkt een groot verschil te zijn in gebruik tussen de verschillende instrumenten. Er zijn drie instrumenten (bij- en nascholing, regiovergaderingen en het kwaliteitsregister) waar door meer dan 70% gebruik van wordt gemaakt. Twee instrumenten (de beroepscode en de richtlijn 'hygiëne voor de podotherapie praktijk' worden door 50 tot 70% van de respondenten gebruikt en drie instrumenten worden door 20 tot 50% van de respondenten gebruikt. De overige instrumenten worden door minder dan 20% gebruikt. Opvallend is dat met name het verslagleggingsformulier zo weinig wordt gebruikt. Dit is ook het instrument dat het laagste cijfer krijgt. Mogelijk wordt dit formulier in de toekomst door meer podotherapeuten gebruikt als de geautomatiseerde versie is geïmplementeerd. De visitaties worden het best gewaardeerd met een 7,6; ook de overige instrumenten worden redelijk positief gewaardeerd met cijfers tussen de 6,5 en 7,1.

Een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVvP voor de komende jaren is het implementeren van de databankverslaglegging die is gekoppeld aan het digitale verslagleggingsformulier. Deze databank kan vervolgens worden gebruikt voor benchmarking. Hiermee sluit de NVvP goed aan bij nieuwe ontwikkelingen. Om dit te kunnen verwezenlijken is het echter van belang dat het (digitale) verslagleggingsformulier door een grote groep podotherapeuten wordt gebruikt. Aangezien het verslagleggingsformulier momenteel door slechts een kleine minderheid van de podotherapeuten wordt gebruikt, zou er veel aandacht moeten worden besteed aan de implementatie en ondersteuning bij het gebruik van dit formulier.

## **14 Radiologisch laboranten**

### *14.1 Respons*

De radiodiagnostisch laboranten en de radiotherapeutisch laboranten worden samen ook wel radiologisch laboranten genoemd. Het toetsingskader van de radiologisch laboranten is iets aangepast, omdat de radiologisch laboranten op een andere manier werken dan leden van de overige parame-

dische beroepsgroepen. Radiologisch laboranten leggen geen eigen patiëntendossiers aan; daarom zijn de essentiële instrumenten classificaties (normen en criteria) en gestandaardiseerde verslaglegging (meten, toetsen, verbeteren) niet in het toetsingskader opgenomen. Ook is het essentiële instrument 'landelijke klachtencommissie' niet opgenomen in het toetsingskader, omdat de klachtenregeling op instellingsniveau plaatsvindt.

Om de laboranten te benaderen zijn alle hoofden van afdelingen Radiologie en Radiotherapie aangeschreven met het verzoek vragenlijsten te verspreiden. Er zijn geen exacte gegevens bekend over de respons. Met betrekking tot het gebruik van instrumenten en de waardering ervoor zijn gegevens verzameld bij 321 radiodiagnostisch laboranten en 165 radiotherapeutisch laboranten.<sup>1</sup> Al deze laboranten zijn werkzaam op een afdeling radiologie of radiotherapie; er wordt daarom geen tabel over het werkveld gepresenteerd. Van deze respondenten zijn 161 radiodiagnostisch laboranten en 87 radiotherapeutisch laboranten lid van de Nederlandse Vereniging voor Medische Beeldvorming en Radiologie (NVMBR); de gegevens van deze respondenten staan in het toetsingskader.

#### *14.2 Deskundigheid*

Voor het element 'deskundigheid' zijn een beroepsprofiel en bij- en nascholing beschikbaar (tabel 21). Het beroepsprofiel wordt door minder dan de helft van de radiodiagnostisch laboranten en van de radiotherapeutisch laboranten gebruikt. Een ruime meerderheid volgt bij- en nascholing. Van de radiodiagnostisch laboranten vindt 68% dat de cursussen over het algemeen van goede kwaliteit zijn; bij de radiotherapeutisch laboranten ligt dit op 59%.

#### *14.3 Normen en criteria*

Het element 'normen en criteria' is nog niet voldoende ontwikkeld. Een beroepsprofiel en een beroepscode zijn wel beschikbaar; er zijn echter nog geen inhoudelijke richtlijnen. Een inhoudelijke richtlijn met betrekking tot de intraveneuze toediening van contrastmiddelen door radiologisch laboranten is wel in ontwikkeling. Er is wel de beschikking over een databank stralingshygiëne waarin artikelen op het gebied van stralingshygiëne zijn opgenomen. Verder beschikt de NVMBR over een aantal folders met infor-

<sup>1</sup> Naar schatting is de respons ongeveer 55%.



matie over wetgeving en zwangerschap voor radiologisch laboranten: de folder *WGBO* (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst), de folder *Wet BIG* (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), en de folder *Zwangerschap*.

Het beroepsprofiel en de beroepscode worden door minder dan de helft van de radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten toegepast en worden gewaardeerd met cijfers tussen de 6,7 en 7,0.

#### *14.4 Meten, toetsen en verbeteren*

De NVMBR heeft een methode voor peer review namelijk visitatie en een instrument voor de raadpleging van patiënten; het element is daarom voldoende ontwikkeld.

Zowel voor afdelingen radiologie als voor afdelingen radiotherapie is een methode voor visitatie ontwikkeld. Meer dan de helft van de afdelingen radiotherapie is gevisiteerd. Vanaf juni 2003 wordt er gezamenlijk met de medisch specialisten (NVRO) en klinisch fysici (NVKF) gevisiteerd.<sup>1</sup> Van de afdelingen radiodiagnostiek heeft 30-35% zich laten visiteren; er worden afspraken gemaakt met radiologen voor een gezamenlijke visitatie. Door beide groepen wordt het nut van visitatie gewaardeerd met een 7,0.

Sinds 1998 zijn er netwerken van IPB'ers (interne procesbegeleiders) voor radiodiagnostiek en radiotherapie actief. De IPB'ers zetten verbeterprojecten in gang op afdelingsniveau, de projecten worden niet vanuit de NVMBR aangestuurd. Ongeveer een kwart van beide groepen respondenten neemt deel aan verbeterprojecten. De belangrijkste reden voor het niet-deelnemen is dat er geen verbeterprojecten op de afdeling (meer) worden geïnitieerd. Radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten die deelnemen aan verbeterprojecten waarderen het nut van deze projecten gemiddeld met een 7,4. De activiteit die door de meeste radiologisch laboranten wordt uitgevoerd, is het bespreken van protocollen (ruim 90%).

Het instrument 'routing patiënt' is een instrument waarmee de tevredenheid van patiënten over de logistiek van de afdeling radiodiagnostiek kan worden geëvalueerd. Er wordt onderzocht of er ook behoefte aan een dergelijk instrument voor afdelingen radiotherapie is. Minder dan 20% van de radiodiagnostisch laboranten maakt gebruik van dit instrument; de toepasbaarheid wordt gemiddeld gewaardeerd met een 6,5.

<sup>1</sup> NVRO: Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie; NVKF: Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica.

Hoewel de NVMBR geen indicatoren voor de kwaliteit van zorg heeft ontwikkeld, wordt er door 11% van de radiodiagnostisch laboranten en door 22% van de radiotherapeutisch laboranten al wel gebruik van gemaakt.

**Tabel 21 Toetsingskader radiologisch laboranten**

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVMBR</i>	<i>Radiodiagnostisch lab.</i>		<i>Radiotherapeutisch lab.</i>	
		<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Gebruik en waardering</i>
		<i>%</i>	<i>cijfer</i>	<i>%</i>	<i>cijfer</i>
Deskundigheid	Beroepsprofiel*	49	6,7	46	6,9
	Bij- en nascholing*	64	–	67	–
Normen en criteria	Beroepsprofiel*	49	6,7	46	6,9
	Beroepscode*	41	6,7	38	6,7
	Databank stralingshygiëne	3	6,7	6	6,4
	Folder <i>WGBO</i>	25	6,6	17	6,6
	Folder <i>Wet BIG</i>	49	6,7	36	6,6
	Folder zwangerschap	50	7,3	13	6,6
Meten, toetsen, verbeteren	Peer review*:				
	– visitatie	36	7,0	52	7,0
	– verbeterprojecten	23	7,4	28	7,4
	Routing patiënt (r.d.)* (Indicatoren)	18	6,5	–	–
Borging	Kwaliteitsregister/herregistratie*	68	–	77	–
	Accreditatiecommissie*	–	–	–	–
Externe verantwoording	<i>Verenigingsniveau</i>				
	Kwaliteitsjaarslag vereniging*	+	–	+	–
	<i>Afdelingsniveau</i>				
Communicatie	Kwaliteitsjaarslag afdeling	33	–	49	–
	Infrastructuur*	+	–	+	–
Ketenzorg	Communicatiemiddelen	+	–	+	–
	Multidisciplinaire visitatie	–	–	52	7,0

<i>Elementen</i>	<i>Beschikbare instrumenten NVMBR</i>	<i>Radiodiagnos- tisch lab.</i>	<i>Radiotherapeu- tisch lab.</i>
		<i>Gebruik en waardering</i>	<i>Gebruik en waardering</i>
		<i>% cijfer</i>	<i>% cijfer</i>
Toets	voldoende = alle * aanwezig	0-20%	0-20%
	sterk = alle * plus extra	20-50%	20-50%
	zwak = niet alle * aanwezig	50-70%	50-70%
		70-100%	70-100%

\* Essentieel instrument

#### 14.5 *Borging*

Voor het element 'borging' zijn beide essentiële instrumenten beschikbaar: een kwaliteitsregister en een accreditatiecommissie. Een meerderheid van de radiodiagnostisch laboranten en radiotherapeutisch laboranten heeft zich ingeschreven in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici.

#### 14.6 *Externe verantwoording*

Door de NVMBR wordt een jaarverslag geschreven waarvan kwaliteit een onderdeel vormt. Eenderde van de radiodiagnostisch laboranten en bijna de helft van de radiotherapeutisch laboranten geeft aan dat er op de afdeling een kwaliteitsjaarverslag wordt geschreven.

#### 14.7 *Communicatie*

De infrastructuur van radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten bestaat uit een netwerk van IPB'ers voor beide beroepsgroepen. Deze infrastructuur is niet als zodanig door de NVMBR opgezet, maar wordt wel door de NVMBR ondersteund en de expertgroep kwaliteit coördineert de netwerken. Vrijwel alle afdelingen radiologie en radiotherapie hebben een NVMBR-contactpersoon; op deze wijze bereikt de beroepsvereniging de werkzame beroepsbeoefenaren. Voor de communicatie over het kwaliteitsbeleid zijn meerdere kanalen beschikbaar; de leden maken het meest gebruik van het tijdschrift van de vereniging, congressen en symposia en informatie via de afdeling waar men werkt.

#### 14.8 Ketenzorg

Met betrekking tot ketenzorg vinden er op de afdelingen radiotherapie gezamenlijke visitaties met de radiotherapeuten plaats. Mogelijk wordt volgend jaar gestart met multidisciplinaire visitaties op de afdelingen radiodiagnostiek.

#### 14.9 Conclusie

Het kwaliteitssysteem van de radiologisch laboranten is over het algemeen goed ontwikkeld. Met uitzondering van het element 'normen en criteria' zijn bij alle elementen de essentiële kwaliteitsinstrumenten beschikbaar. Om ook het element 'normen en criteria' sterker te laten worden zouden er inhoudelijke richtlijnen beschikbaar moeten zijn. De NVMBR is nu bezig met de ontwikkeling van de eerste inhoudelijke richtlijn.

Het kwaliteitsregister wordt het meest 'gebruikt'; van de overige instrumenten ligt het gebruik onder de 70%. Van de essentiële instrumenten blijkt met name visitatie bij de radiotherapeutisch laboranten veel toegepast te worden; meer dan de helft van de radiotherapeutisch laboranten heeft aangegeven dat hun afdeling wel eens gevisiteerd is. Gezien de aard van dit instrument is dit percentage zeer hoog te noemen. Instrumenten die door opvallend weinig beroepsbeoefenaren worden gebruikt, zijn de databank stralingshygiëne bij beide beroepsgroepen en de folders *WGBO* en zwangerschap bij de radiotherapeutisch laboranten.

De kwaliteitsinstrumenten worden over het algemeen positief gewaardeerd; de cijfers liggen tussen de 6,4 en de 7,3. De instrumenten die het meest worden gebruikt, krijgen het hoogste waarderingscijfer.

Het gebruik van alle essentiële instrumenten wordt door de NVMBR ondersteund; desondanks is het gebruik van de instrumenten laag. De NVMBR heeft gemerkt dat het kwaliteitsbeleid niet zo leeft onder de beroepsbeoefenaren. Naar het idee van de NVMBR wordt dit veroorzaakt doordat de implementatie van bestaande producten nog maar net in gang is gezet. Door het wegvallen van de kwaliteitssubsidies is het voor de NVMBR nog niet duidelijk wat de speerpunten zijn voor het beleid van de komende jaren. Wel is het duidelijk dat de aandacht zal liggen bij de borging en het behoud van een aantal kwaliteitsinstrumenten. Deze voornemens sluiten goed aan bij de hiaten in het kwaliteitssysteem. Doordat de radiologisch laboranten allen nauw samenwerken met andere beroepsgroepen, is het bovendien van belang om ook op het niveau van de beroepsverenigingen aansluiting te zoeken.

## 15 Beschouwing

In de voorgaande paragrafen zijn de kwaliteitssystemen van elf paramedische beroepsgroepen besproken. In deze beschouwing worden de resultaten van de beroepsgroepen vergeleken per element van het toetsingskader. Afgerond wordt met een discussie van de bevindingen en een blik op de toekomst.

### 15.1 Deskundigheid

Alle beroepsgroepen hebben een beroepsprofiel; het gebruik verschilt van ongeveer 30% voor de logopedisten tot ruim 60% voor de diëtisten. Er is geen duidelijke relatie met het cijfer dat respondenten aan het beroepsprofiel geven.

Bij- en nascholing is voor alle beroepsgroepen beschikbaar en wordt bij de meeste beroepsgroepen door meer dan 90% gevolgd. Ten tijde van de evaluatie werd de bij- en nascholing door de fysiotherapeuten al geaccrediteerd door een eigen accreditatiecommissie; de overige beroepsgroepen kenden nog zelf punten toe ten behoeve van registratie in het kwaliteitsregister. Voor deze beroepsgroepen wordt de accreditatie vanaf 2004 verzorgd door de ADAP (stichting Accreditatie Deskundigheidsbevorderende Activiteiten Paramedici). Opvallend is dat door beroepsgroepen die intramuraal werken (fysiotherapeuten, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten) minder (geaccrediteerde) bij- en nascholing wordt gevolgd. Een uitzondering hierop vormen de orthoptisten die van alle beroepsgroepen het meest deelnemen aan bij- en nascholing.

Fysiotherapeuten hebben als enige beroepsgroep een aanvullend instrument: het deskundigheidsbevorderingspakket 'fysiotherapeutisch consult'. Het element 'deskundigheid' is voor fysiotherapeuten dan ook sterk ontwikkeld, voor alle overige beroepsgroepen voldoende ontwikkeld.

### 15.2 Normen en criteria

Het element 'normen en criteria' is voor zeven beroepsgroepen sterk ontwikkeld, voor orthoptisten is het voldoende ontwikkeld. Omdat de mondhygiënisten en radiologisch laboranten nog geen inhoudelijke richtlijnen beschikbaar hebben, is dit element voor deze beroepsgroepen nog zwak ontwikkeld. Voor de huidtherapeuten is dit element zwak ontwikkeld, omdat er geen classificaties beschikbaar zijn.

Met uitzondering van de huidtherapeuten en de radiologisch laboranten hebben alle paramedische beroepsgroepen classificaties of codelijsten ontwikkeld. Radiologisch laboranten hebben geen eigen verslaglegging; voor deze beroepsgroep is het beschikken over classificaties daarom niet relevant. Omdat de classificaties voor de meeste beroepsgroepen tijdens dit evaluatieonderzoek nog niet, of niet als apart instrument zijn geïmplementeerd, is het niet mogelijk om een vergelijking te maken in het gebruik ervan.

Alle beroepsgroepen beschikken over een beroepscode. De beroepscode wordt het minst gebruikt door de intramuraal werkzame fysiotherapeuten, door orthoptisten en oefentherapeuten Cesar het meest, respectievelijk 56% en 55%.

Voor acht beroepsgroepen (inclusief de huidtherapeuten) waren eind 2003 inhoudelijke richtlijnen geïmplementeerd. Voor de orthoptisten zijn ook inhoudelijke richtlijnen ontwikkeld; deze waren tijdens deze eindevaluatie nog niet geïmplementeerd. Het gebruik van de geïmplementeerde richtlijnen is berekend over de respondenten die bekend zijn met de richtlijnen en die wel eens patiënten behandelen op wie de richtlijn van toepassing is. Het gebruikspercentage is hiermee niet afhankelijk van de bekendheid met de richtlijnen. De richtlijnen worden het meest gebruikt door de logopedisten en het minst door de ergotherapeuten. Dit verschil hangt samen met een verschil in de waardering voor de richtlijnen: de toepasbaarheid van de ergotherapeutische richtlijnen wordt gemiddeld gewaardeerd met een 6,1, terwijl de logopedisten gemiddeld een 6,8 geven voor de toepasbaarheid van de richtlijnen.

Naast de genoemde essentiële instrumenten beschikken de meeste beroepsgroepen ook over aanvullende instrumenten. Met uitzondering van de beroepsgroepen van huidtherapeuten, orthoptisten en radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn er voor de paramedische beroepsbeoefenaren kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief beschikbaar. Het gebruik hiervan verschilt van 7% voor de ergotherapeuten tot 11% voor de diëtisten en de podotherapeuten. Deze criteria vormen vaak een basisinstrument dat wordt geïntegreerd in andere instrumenten, zoals de beroepscode. Mogelijk worden de criteria vanuit patiëntenperspectief als zodanig weinig gebruikt, maar passen de beroepsbeoefenaren ze meer toe bij het gebruik van andere instrumenten.

Vier beroepsgroepen (diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten-Mensendieck) beschikken over procedurele richtlijnen. Het gaat hierbij om richtlijnen met betrekking tot de eigen verslaglegging en de verslaggeving of informatieverstrekking aan de huisarts of andere verwijzer.

Het gebruik van deze instrumenten verschilt van 29% voor de logopedisten en de oefentherapeuten-Mensendieck tot 63% voor de diëtisten. Dit verschil hangt deels samen met de waardering voor deze instrumenten. De logopedisten geven gemiddeld een 6,0 en de diëtisten een 7,3 voor de toepasbaarheid van de procedurele richtlijnen.

De overige aanvullende instrumenten zijn specifiek voor een beroepsgroep: hiervoor wordt naar de betreffende paragrafen verwezen.

### *15.3 Meten, toetsen en verbeteren*

Bij vier beroepsgroepen is het element 'meten, toetsen, verbeteren' voldoende ontwikkeld: bij de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. Voor de overige beroepsgroepen is dit element nog zwak ontwikkeld: de diëtisten, huidtherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck en de orthoptisten missen nog een instrument voor de raadpleging van patiënten. Huidtherapeuten en mondhygiënisten beschikken nog niet over gestandaardiseerde verslaglegging.

Van de elf beroepsgroepen in dit onderzoek maakten er zes ten tijde van deze evaluatie gebruik van gestandaardiseerde verslaglegging; oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck implementeren een standaardmethode in 2004. Het instrument van de diëtisten wordt het meeste gebruikt; de (papier) methode bestaat al sinds 1988. Ook het geautomatiseerde registratiesysteem van de logopedisten bestaat al meerdere jaren; het gebruik hiervan ligt echter veel lager. Dit systeem kan echter alleen worden gebruikt door logopedisten die gebruikmaken van elektronische verslaglegging. Opvallend is het verschil in waardering voor beide instrumenten: diëtisten geven het POR een 7,2, logopedisten het LIS een 5,0.

De paramedische beroepsgroepen hebben hun intercollegiale overleggroepen op verschillende manieren georganiseerd. Voor fysiotherapeuten is deelname aan het IOF verplicht om ingeschreven te kunnen worden in het kwaliteitsregister. Oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck hebben alle leden ingedeeld in een IOC respectievelijk IOM. Deelname aan een IOC is minder vrijblijvend dan aan een IOM: dit weerspiegelt zich in de implementatiegraad. Bij de orthoptisten zijn de leden ingedeeld in regionale overleggroepen; indien men langer dan een jaar niet deelneemt wordt men geroyeerd. Logopedisten hebben kwaliteitskringen, mondhygiënisten IT-groepen; bij de huidtherapeuten zijn de leden ingedeeld in districten. Diëtisten kennen naast hun NVD-regiostructuur IT-groepen, regionale overleg-

groepen en landelijke netwerkgroepen, deze overlegvormen worden echter niet door de NVD aangestuurd. Ergotherapeuten hebben eveneens regionale en landelijke overlegvormen.

Opvallend is de hoge deelname aan bijeenkomsten bij de orthoptisten en de lage deelname bij de mondhygiënisten en radiologisch laboranten. Overigens geven de deelnemende mondhygiënisten wel het hoogste cijfer voor het nut van de IT-groepen, namelijk een 7,7. Verder geven alle beroepsgroepen hoge cijfers – 7,0 en hoger – voor het nut van de bijeenkomsten, met uitzondering van de fysiotherapeuten; extramuraal werkenden geven een 6,0, intramuraal werkenden een 6,3.

Zes beroepsgroepen hebben gedurende het IKPZ-programma visitaties uitgevoerd. Oefentherapeuten-Mensendieck, ergotherapeuten en fysiotherapeuten hebben in het verleden wel visitaties uitgevoerd, maar hebben besloten dit instrument niet meer aan te bieden. Opvallend veel radiotherapeutisch laboranten zijn met hun afdeling geïnterviewd, evenals een groot deel van de podotherapeuten in dit onderzoek. Deze laatste beroepsgroep heeft bovendien de hoogste waardering voor het nut van visitatie, namelijk een 7,6.

Vijf beroepsgroepen beschikken over een instrument voor de raadpleging van patiënten. Ergotherapeuten hebben voor de extramuraal werkenden de QUOTE EEE laten ontwikkelen; fysiotherapeuten hebben een patiëntenenquête. Beide instrumenten waren nog niet geïmplementeerd. Voor mondhygiënisten is een module ontwikkeld waarmee in de eigen praktijk een patiëntenraadpleging kan worden opgezet. Voor de podotherapeuten is een patiëntenenquête ontwikkeld die tijdens de visitaties wordt gebruikt; de enquête kan echter ook los van de visitatie worden gebruikt. Voor de radiodiagnostisch laboranten ten slotte is het instrument 'routing patiënt' ontwikkeld; hiermee kan de tevredenheid van patiënten op een afdeling radiodiagnostiek gemeten worden. Opvallend is dat alle instrumenten door relatief weinig respondenten worden gebruikt.

Alleen de diëtisten hebben voor dit element uit het toetsingskader een aanvullend instrument: het kwaliteitsmeetinstrument voor de behandeling van patiënten met Diabetes Mellitus type 2.



#### 15.4 *Borging*

Ten aanzien van het element 'borging' hebben de paramedische beroepsgroepen veel gemeenschappelijke instrumenten ontwikkeld. Het element is bij alle beroepsgroepen voldoende of sterk ontwikkeld. De fysiotherapeuten hebben een eigen kwaliteitsregister. De overige paramedische beroepsgroepen hebben een gezamenlijk kwaliteitsregister ingesteld waarbij de eerste vijf jaar van inschrijving het basisregister vormen. Na een periode van vijf jaar kunnen de beroepsbeoefenaren zich laten inschrijven in het kwaliteitsregister indien zij aan de gestelde criteria voldoen. Het merendeel van de beroepsbeoefenaren staat ingeschreven in het kwaliteitsregister; van de radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten zijn de minste leden ingeschreven. De oorzaak hiervan moet wellicht worden gezocht in de aard van de werkzaamheden van deze beroepsgroepen. Radiodiagnostisch laboranten werken niet zelfstandig maar in opdracht van een medisch specialist. Vanwege deze nauwe samenwerking zijn ze mogelijk meer geïnteresseerd in het kwaliteitsbeleid van de afdeling dan in die van de beroepsvereniging. De klachtregeling van beroepsbeoefenaren die in een instelling werken, vindt op instellingsniveau plaats. Voor de extramuraal werkende fysiotherapeuten is een eigen landelijke klachtencommissie ingesteld. De overige beroepsverenigingen waarvan een deel van de beroepsgroep extramuraal werkzaam is, hebben de klachtencommissie paramedici eerstelijns opgezet. De vereniging van fysiotherapeuten heeft een eigen accreditatiecommissie die de bij- en nascholingsactiviteiten aan de hand van kwaliteitscriteria beoordeelt en erkent of accrediteert. De overige paramedische beroepsgroepen hebben de ADAP (stichting Accreditatie Deskundigheidsbevorderende Activiteiten Paramedici) opgericht, die vanaf 2004 de accreditatie van de bij- en nascholing zal verrichten.

Vier beroepsgroepen beschikken over nog andere kwaliteitsinstrumenten om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. Zo is er voor de diëtisten een kwaliteitsborgingsnorm, vanwege de wettelijke verplichting kent de fysiotherapie ook tuchtrecht. Voor de oefentherapeuten Cesar is er een beschermd keurmerk. Voor de podotherapeuten is er een protocol geschillenbeslechting en een patiëntenadviescommissie, waarbij tussen patiënten en podotherapeuten wordt bemiddeld bij klachten.

#### 15.5 *Externe verantwoording*

Met uitzondering van de logopedisten schrijven alle beroepsverenigingen jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag; in veel gevallen is dit verslag een onder-

deel van het algemene jaarverslag. Een aanvullend instrument dat voor vijf beroepsgroepen beschikbaar is, is een model of handleiding voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag (diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck). Een aanvullend instrument dat de logopedisten beschikbaar hebben is de Landelijke Logopedie Registratie (LLR); diëtisten beschikken over productomschrijvingen, de artsenvijzer diëtetiek, een handleiding voor het schrijven van een kwaliteitsbeleidsplan en het kwaliteitsmeetinstrument Diabetes Mellitus type 2.

Voor alle beroepsgroepen is het element 'externe verantwoording' voldoende of sterk ontwikkeld, met uitzondering van de logopedisten.

### *15.6 Communicatie*

Alle beroepsgroepen beschikken over een regiostructuur. Binnen deze structuur vinden kwaliteitsactiviteiten plaats, soms gebeurt dit in de regio-bijeenkomsten zelf; soms in overlegvormen die binnen deze structuur functioneren, zoals het IOF, IOC en IOM. Alle beroepsgroepen hebben ook meerdere middelen om met de beroepsgroep te communiceren: het tijdschrift van de vereniging, nieuwsbrieven, congressen en intercollegiaal overleg zijn bij de meeste beroepsgroepen de belangrijkste communicatiemiddelen. De websites van de verenigingen worden alleen bij de diëtisten door een meerderheid gebruikt om op de hoogte te raken van het kwaliteitsbeleid van de vereniging. Bij de leden van de andere beroepsverenigingen varieert dit van 14% bij de orthoptisten tot 39% bij de podotherapeuten. Door de aanwezigheid van een regiostructuur en de beschikking over meerdere communicatiemiddelen is dit element bij alle beroepsgroepen sterk ontwikkeld.

### *15.7 Ketenzorg*

Voor dit element zijn nog geen instrumenten als essentieel aangemerkt. Desondanks ontplooiën veel beroepsgroepen al activiteiten op dit terrein. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck hebben de beschikking over de HOF-producten. Diëtisten, huidtherapeuten, oefentherapeuten Cesar en logopedisten beschikken over multidisciplinaire richtlijnen; mondhygiënist en radiotherapeutisch laborant over multidisciplinaire visitatie. Het element 'ketenzorg' is daardoor voor deze beroepsgroepen sterk ontwikkeld.

### 15.8 *Beschouwing*

Het is voor het eerst in de Nederlandse gezondheidszorg dat op systematische wijze de kwaliteitssystemen van beroepsgroepen zijn beoordeeld en vergeleken. Het toetsingskader is daarbij een vernieuwend en zeer bruikbaar instrument gebleken om de kwaliteitssystemen te toetsen op sterke en zwakke elementen. Op basis van dit overzicht kan een beroepsvereniging beslissingen nemen over activiteiten die men wil ondernemen om elementen verder te ontwikkelen, instrumenten te implementeren, meer ondersteuning te bieden of aandacht te geven aan actualisering. Het toetsingskader is gebruikt voor de paramedische beroepsgroepen. Het kader is echter universeel waardoor het ook van toepassing kan zijn op andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Tijdens de ontwikkeling van het toetsingskader is een groot draagvlak nagestreefd; om dit te realiseren hebben de paramedische beroepsgroepen inbreng gehad in zowel de invulling van de elementen als in de toetsingscriteria. De beroepsgroepen hebben toegestemd beoordeeld te worden met het toetsingskader; hierdoor hebben zij zich kwetsbaar opgesteld. Het grote draagvlak kon echter alleen worden bereikt door compromissen te sluiten. Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat aan de elementen uit het kader die betrekking hebben op nieuwe ontwikkelingen geen hoge eisen zijn gesteld.<sup>1</sup> Als gevolg van deze lichte eisen zijn juist de nieuwe elementen bij veel beroepsgroepen sterk ontwikkeld, ondanks dat er voor deze elementen nog maar weinig instrumenten beschikbaar zijn. Het 'oude' element 'meten, toetsen, verbeteren' bijvoorbeeld is door de strengere eisen bij geen van de beroepsgroepen sterk ontwikkeld.

Een ander compromis is dat aan de implementatiegraad geen oordeel gekoppeld is. De implementatiegraad is wel ingedeeld in categorieën (0-20%, 20-50%, enzovoort), maar de beroepsgroepen waren van mening dat een implementatiegraad van 70% niet in alle gevallen beter hoeft te zijn dan een implementatiegraad van 50%. Bovendien hangt de implementatiegraad van meerdere factoren af: is het instrument voor de hele beroepsgroep van belang of maar voor een deel, is het instrument recent geïmplementeerd of al lang geleden, heeft een beroepsgroep veel financiële ondersteuning gehad voor de implementatie of relatief weinig. Overigens is iedereen vrij om zelf een oordeel over de implementatiegraad te hebben. De paramedische be-

<sup>1</sup> Dit betreft de elementen externe verantwoording, communicatie en ketenzorg.

roepsgroepen kunnen zelf beoordelen of zij de mate van implementatie van instrumenten voldoende vinden of dat zij deze willen vergroten.

In tabel 22 staat een overzicht van de ontwikkelingsgraad van de elementen uit het toetsingskader voor alle paramedische beroepsgroepen. Uit het overzicht blijkt dat de fysiotherapeuten duidelijk voorlopen op de andere beroepsgroepen ten aanzien van de beschikbaarheid van instrumenten; op één na zijn alle elementen uit het toetsingskader sterk ontwikkeld, er zijn geen zwak ontwikkelde elementen.

**Tabel 22 Ontwikkelingsgraad van de elementen uit het toetsingskader bij de paramedische beroepsgroepen (s = sterk ontwikkeld, v = voldoende ontwikkeld, z = zwak ontwikkeld)**

Element:	Beroepsgroep										
	Di	Er	Fy	Hu	Lo	Mo	OC	OM	Or	Po	Ra
deskundigheid	v	v	s	v	v	v	v	v	v	v	v
normen en criteria	s	s	s	z	s	z	s	s	v	s	z
meten, toetsen, verbeteren	z	v	v	z	z	z	z	z	z	v	v
borging	s	v	s	v	v	v	s	v	v	s	v
externe verantwoording	s	s	s	v	z	v	s	s	v	s	v
communicatie	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s
ketenzorg	s	z	s	s	s	s	s	s	z	z	s

Di = diëtisten	Lo = logopedisten	Or = orthoptisten
Er = ergotherapeuten	Mo = mondhygiënisten	Po = podotherapeuten
Fy = fysiotherapeuten	OC = oefentherapeuten Cesar	Ra = radiologisch laboranten
Hu = huidtherapeuten	OM = oefentherapeuten-Mensendieck	

Diëtisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, podotherapeuten en radiologisch laboranten vormen een middengroep. Bij al deze beroepsgroepen is één element nog zwak ontwikkeld, de overige elementen zijn wel voldoende of sterk ontwikkeld. De huidtherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten en orthoptisten vormen nu nog de achterhoede: bij deze beroepsgroepen zijn twee elementen nog zwak ontwikkeld.

Het element 'meten, toetsen, verbeteren' is bij zeven beroepsgroepen zwak ontwikkeld. Dit is in alle gevallen het gevolg van of het ontbreken van gestandaardiseerde verslaglegging, of het ontbreken van een instrument voor de raadpleging van patiënten, of beide.

De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsinstrumenten is bij veel beroepsgroepen volledig financieel ondersteund door de kwaliteitssubsidies. De hoogte van de subsidies hing samen met het aantal leden van elke beroepsgroep. De beroepsvereniging van fysiotherapeuten heeft daardoor de afgelopen jaren de meeste subsidiegelden ontvangen ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid. Bovendien kreeg deze beroepsgroep, samen met de oefentherapeuten Cesar, -Mensendieck en de logopedisten gelden uit andere subsidiestromen. Het kwaliteitssysteem van de fysiotherapeuten is dan ook sterk ontwikkeld ten aanzien van de ontwikkelde instrumenten. De implementatiegraad bij deze beroepsgroep steekt niet boven die van de andere beroepsgroepen uit. Bovendien blijft de implementatiegraad van de intramuraal werkenden binnen deze beroepsgroep achter bij de extramuraal werkenden. Voorbeelden van beroepsgroepen die met minder subsidiegelden hebben gewerkt en die wel een hoge implementatiegraad bereikt hebben, zijn de diëtisten en orthoptisten. De Vereniging van Huidtherapeuten heeft nog geen subsidie ontvangen voor het kwaliteitsbeleid; voor deze beroepsgroep kon de implementatiegraad van de inmiddels wel beschikbare instrumenten niet worden gemeten.

In dit overzicht zijn de gegevens over het gebruik van instrumenten door de leden van de beroepsverenigingen gepresenteerd. In de oorspronkelijke rapportage zijn voor enkele beroepsgroepen ook gegevens over niet-leden opgenomen. Uit deze resultaten is gebleken dat er grote verschillen zijn in de bekendheid met kwaliteitsinstrumenten tussen leden en niet-leden. Leden zijn vaker op de hoogte van het bestaan van kwaliteitsinstrumenten en hebben deze ook vaker in bezit. De subsidies voor het kwaliteitsbeleid waren bedoeld voor alle leden van de beroepsgroep: leden én niet-leden van de beroepsvereniging. De beroepsverenigingen zijn daarbij aangewezen om het kwaliteitsbeleid op te zetten. Het verdient daarom aanbeveling om de mogelijkheden te onderzoeken hoe niet-leden meer betrokken kunnen worden bij het implementatieproces.

### *15.9 Implicaties voor de toekomst*

Uit de ingevulde toetsingskaders kunnen de beroepsgroepen zelf hun prioriteiten voor (nieuw) beleid aflezen. Alle beroepsgroepen zien zich echter in hun mogelijkheden beperkt door het stopzetten van de kwaliteitssubsidies. Met name de structurele inbedding van het kwaliteitsbeleid in de beroepsgroepen kan hierdoor in gevaar komen.

De ontwikkelingen op kwaliteitsgebied gaan intussen verder; uitkomstindicatoren, benchmarking en certificering zijn hier voorbeelden van. Sommige beroepsgroepen hebben aangegeven al bij deze nieuwe ontwikkelingen te willen aansluiten. Door fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Mensendieck wordt bijvoorbeeld gewerkt aan de ontwikkeling van certificatieschema's. Ook hebben meerdere beroepsgroepen aangegeven op termijn te zullen starten met de ontwikkeling van indicatoren.

Om deze instrumenten zinvol in te kunnen zetten, is het belangrijk dat aan bepaalde basisvoorwaarden is voldaan. Een van die basisvoorwaarden is het gestandaardiseerd vastleggen van gegevens over het zorgproces. Op dit moment (medio 2004) voldoen nog niet alle beroepsgroepen aan die voorwaarde. Een andere basisvoorwaarde is dat er binnen een beroepsgroep normen moeten worden gehanteerd waaraan de zorgverlening moet voldoen. Een voorbeeld daarvan is patiënttevredenheid; een meerderheid van de paramedische beroepsgroepen is echter nog niet in staat om dit gestandaardiseerd te meten.

Met behulp van het toetsingskader kan over enkele jaren opnieuw worden gemeten welke vooruitgang de beroepsverenigingen hebben geboekt. Het is dan belangrijk te bedenken dat het toetsingskader is aangepast aan de situatie van de paramedische beroepsgroepen in 2002-2003. Nieuwe ontwikkelingen zouden in het toetsingskader moeten worden verwerkt om ook dan weer een actueel beeld te kunnen geven. Dit kan betekenen dat er aanvullende eisen worden gesteld aan externe verantwoording, maar ook dat er oordelen worden geveld over de implementatiegraad van instrumenten. De beroepsgroepen kunnen het toetsingskader ook zelf voor dit doel gebruiken. Op deze wijze kunnen zij de ontwikkelingen in hun kwaliteitssysteem zelf regelmatig monitoren.

## Literatuur

- Bennema-Broos, M., E.M. Sluijs & C. Wagner (2000), *Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. NIVEL, Utrecht.
- Hofhuis, H., M. Plas & E. van den Ende (2003), *Eindevaluatie van het programma 'Implementatie kwaliteitsbeleid paramedische Zorg' (IKPZ). Beschrijving van de kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen in 2003*. NIVEL, Utrecht.
- Hofhuis, H., M. Plas, M. Dorgelo, J. Dekker & E. van den Ende (2001), *Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: eindevaluatie van het BKPZ-programma*. NIVEL, Utrecht.
- Klazinga, N. & T. Casparie (1993), 'Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren'. In: *Gezondheid*, jrg. 1, nr. 2, pp. 211-222.
- Sluijs, E.M. & J. Dekker (1997), *Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997. Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)*. NIVEL, Utrecht.

