

Intercollegiale toetsing: wat levert het op?

E.M. Sluijs en M.C.M. Bik

Samenvatting Summary

Dit artikel beschrijft de ervaringen van 90 ergotherapeuten die drie jaar geleden begonnen zijn met intercollegiale toetsing. Nadat zij een jaar lang begeleid waren door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) zijn zij zelfstandig met toetsing doorgedaan. Eind 1995 is via een enquête onderzocht wat de lange termijn effecten van toetsing zijn en wat hun mening is over de voor- en nadelen van toetsing.

Uit de resultaten blijkt dat per persoon gemiddeld meer dan zes effecten worden gerapporteerd. Volgens tweederde van de ergotherapeuten heeft toetsing geleid tot meer uniformiteit in het handelen. De helft van de ergotherapeuten meldt onder meer dat men methodischer is gaan werken, dat men meer inzicht heeft in het eigen handelen, en dat concrete verbeteringen zijn aangebracht. Toetsing blijkt ook een attitudeverandering teweeg te brengen: volgens de helft van de ergotherapeuten heeft toetsing geleid tot een meer kritische houding tegenover het eigen handelen. Een kwart meldt dat de samenwerking en communicatie is verbeterd.

Toetsing blijkt voor driekwart van de tijd in werktijd plaats te vinden. Begeleiders van de toetsingsgroepen besteden per maand vier uur aan toetsing en deelnemers ruim twee uur. De tijdsinvestering in het tweede en derde jaar is beduidend lager dan in het eerste jaar wanneer de methode nog geleerd moet worden. De helft van de ergotherapeuten vindt de tijdsinvestering een nadeel van toetsing. Desondanks zijn negen van de tien ergotherapeuten van mening dat toetsing meer voordelen dan nadelen heeft. Eveneens zijn negen van de tien ergotherapeuten van plan door te gaan met intercollegiale toetsing.

This article describes the experiences of 90 occupational therapists who started three years ago with interdisciplinary evaluation. After their first year of training under the National Organization for Quality Assurance in Hospitals, they continued their collaboration independently. At the end of 1995, there was an investigation (by questionnaire) into the long-term effects and the pros and cons of interdisciplinary evaluation.

The results show, that per therapist, more than six effects were reported. According to two thirds of the therapists such evaluation had resulted in more uniformity in professional practice. Half of the therapists reported among other effects: a more systematic (problem solving) approach to treatment, more insight into professional practice, and actual improvements in the standard of care. Peer evaluation also resulted in a change of attitude: half of the therapists had acquired a more critical attitude towards their own routines. According to a quarter of the therapists, communication and cooperation was also improved.

Peer evaluation occurred for three quarters of the time in working hours. The participants spent on average, about two hours a month, the supervisor four hours. The time spent in the second and third year is far less than in the first year when the method still had to be learnt. Half of the therapists consider the time-requirements a disadvantage. Nevertheless, nine out of ten therapists maintain that the pros outweigh the cons and intend to continue with interdisciplinary evaluation.

Inleiding

Sinds 1994 beschikt de ergotherapie in Nederland over een specifiek op ergotherapeuten toegesneden methode voor intercollegiale toetsing (1). Intercollegiale toetsing is een nieuwe vorm van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Het is een aanvulling op de reeds gebruikelijke activiteiten in de ergotherapie zoals bij-

en nascholing en normering van de beroepsuitoefening zoals die in het beroepsprofiel en de beroepscode is vastgelegd. De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) streeft ernaar intercollegiale toetsing verder te implementeren. Plannen hiertoe zijn inmiddels door de Commissie Kwaliteitsontwikkeling en -bewaking geformuleerd in het concept kwaliteitsbeleidsplan van de NVE.

Het doel van intercollegiale toetsing is kwaliteitsverbeteringen te realiseren door problemen op een gestructureerde manier te analyseren en op te lossen. Dergelijke systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering wordt kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement genoemd. Belangrijke subdoelen van intercolle-

► Dr. E.M. Sluijs is psycholoog en als onderzoeker werkzaam bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Drs. M.C.M. Bik is ergotherapeute en als stafmedewerker werkzaam bij het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing) in het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg.

giale toetsing zijn onder andere het bereiken van uniformiteit in de beroepsuitoefening en het ontwikkelen van een kritische attitude ten aanzien van het eigen handelen.

Achtergrond

Tijdens de in 1989, 1990 en 1995 gehouden kwaliteitsconferenties te Leidschendam hebben zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten met elkaar afgesproken een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg te ontwikkelen (2,3,4). De overheid stuurt op afstand met behulp van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (5,6). Deze wetten verplichten instellingen en beroepsbeoefenaren letterlijk tot "systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg". Het eerste doel daarvan is te waarborgen dat 'verantwoorde zorg van goed niveau' wordt geleverd (6). Het tweede doel is aantoonbare kwaliteit leveren om op die wijze verantwoording af te leggen aan patiënten, verzekeraars en instellingen. Daarmee is kwaliteitszorg voor beroepsbeoefenaren tegelijkertijd een middel tot profilering en verdere professionalisering (7,8).

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport draagt bij in de ontwikkelingskosten van de nieuwe instrumenten die voor kwaliteitsbewaking nodig zijn. Sinds januari 1994 wordt daarom het drie jaar durende programma 'Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' door het ministerie gefinancierd. Het doel van dit programma is ondersteuning bieden aan de tien paramedische beroepsgroepen bij de ontwikkeling en uitvoering van het eigen kwaliteitsbeleid. Het programma wordt uitgevoerd door het CBO (9) in samenwerking met het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) waarbij de evaluatie wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) (10,11). Dit artikel beschrijft een onderdeel van deze evaluatie, namelijk de ervaringen van intercollegiale toetsing in de ergotherapie.

De methode van intercollegiale toetsing

Bij intercollegiale toetsing gaat het erom de in de praktijk verleende zorg te vergelijken met vooraf opgestelde criteria van goede zorg, gevolgd door het aanbrenge van veranderingen die systematisch worden geëvalueerd. De criteria voor goede zorg worden door de toetsingsgroep zelf opgesteld. De toetsingsmethode die in het project Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie is ontwikkeld en ingevoerd bestaat uit de volgende stappen (12):

Stap 1. Onderwerpkeuze

Er wordt een onderwerp voor toetsing gekozen. Het is daarbij belangrijk dat dit onderwerp frequent voorkomt en hierover gegevens zijn te verzamelen. Bovendien moeten alle ergotherapeuten van de toetsingsgroep het onderwerp geschikt en noodzakelijk vinden om aan te pakken. Daarnaast zal iedereen bereid moeten zijn de eventueel benodigde veranderingen ook daadwerkelijk uit te voeren. Het gekozen onderwerp moet dan ook binnen de invloedssfeer en verantwoordelijkheid van de ergotherapeut liggen.

Stap 2. Analyse

In de analysefase belichten de ergotherapeuten het toetsingsonderwerp van alle mogelijke kanten om te voorkomen dat ondoordachte oplossingen worden gekozen. Door bijvoorbeeld het onderwerp nauwkeurig in kaart te brengen met behulp van een stroomschema (procesbeschrijving) wordt de huidige situatie zichtbaar gemaakt. Vervolgens benoemen de ergotherapeuten steekwoorden die de kwaliteit van het gekozen onderwerp bepalen of gaan zij op zoek naar knelpunten die voor verbetering in aanmerking komen. Deze stap wordt afgesloten met het vaststellen van het doel: wat wil de toetsingsgroep bereiken met het getoetste onderwerp?

Stap 3. Opstellen van criteria

Om te kunnen aantonen of het doel van de toetsing wordt bereikt leggen de ergotherapeuten de gewenste situatie in een aantal criteria vast. De criteria dienen als meetlat voor de ergotherapeutische zorgverlening. Bij het opstellen van criteria kan gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld protocollen, vakliteratuur, het beroepsprofiel en de beroepscode.

Stap 4. Verzamelen van gegevens

Om te kunnen toetsen of de ergotherapeuten volgens de criteria werken, worden gegevens verzameld. Voor het verzamelen van gegevens kan gebruik worden gemaakt van verschillende methoden. Dit is afhankelijk van onder andere het onderwerp en de geformuleerde criteria. Voorbeelden van methoden om gegevens te verzamelen zijn: checklisten (controle- of turflijsten), observaties, enquêtes en/of vragenlijsten.

Stap 5. Evaluatie

In de evaluatiefase vindt de daadwerkelijke toetsing plaats. De ergotherapeuten vergelijken de verzamelde gegevens met de vastgestelde criteria. Door de praktijk te vergelijken met de wenselijke situatie wordt zichtbaar in welke mate aan de criteria is voldaan. Als een verschil wordt geconstateerd stellen de ergotherapeuten zich de vraag wat mogelijke oorzaken voor de ver-

schillen kunnen zijn. Tot slot wordt besloten of het handelen wordt bijgestuurd of dat het criterium wordt bijgesteld.

Stap 6. Veranderen

In de laatste, cruciale stap van de toetsingsmethode stellen ergotherapeuten een plan op om veranderingen, die noodzakelijk zijn voor verbetering van de zorg, in te voeren. Daarna wordt vastgesteld of de ingevoerde veranderingen daadwerkelijk bijdragen tot verbetering van het zorgproces. Dit heet hertoetsing en daarmee is de cyclus rond. De verbetering wordt structureel ingevoerd en periodieke hertoetsing moet zorgen voor het behoud van de veranderde handelwijze.

Deze methode is in 1993 door het CBO ontwikkeld voor de ergotherapie. Gedurende één jaar zijn 16 toetsingsgroepen van ergotherapeuten door het CBO geschoold en begeleid. Direct na afloop van dit project in 1994 zijn de ervaringen door het CBO (12) geëvalueerd. In het algemeen bleek dat de toetsingsgroepen tevreden waren over het project en dat men de toetsingsmethode bruikbaar achtte voor afdelingen en regiogroepen. Men was echter wel van mening dat het doorlopen van alle stappen veel tijd kost (12).

De verwachting was dat een groot deel van de toetsingsgroepen na afloop van dit project op eigen kracht verder zou gaan met intercollegiale toetsing onder leiding van de daartoe door het CBO opgeleide ergotherapeuten. Uit onderzoek onder huisartsen is bijvoorbeeld gebleken dat driekwart van hen doorging met toetsing, terwijl een kwart 'moe' was na een jaar toetsing en (tijdelijk) iets anders wilde (13). Daarom is anderhalf jaar later (eind 1995) onderzocht welke groepen nog bezig zijn met toetsing, wat de effecten van deze toetsing zijn en hoe tevreden men achteraf is over het scholingsprogramma van het CBO. De resultaten zijn in een rapport beschreven (11). Dit artikel is toegespitst op vier vragen uit die rapportage:

1. Welke onderwerpen zijn getoetst?
2. Wat waren de effecten van deze toetsing?
3. Wat is de verhouding tussen voor- en nadelen van toetsing?
4. Zijn er plannen voor verdere continuering van toetsing?

Evaluatie-onderzoek: methode en respondenten

Samenstelling van de toetsingsgroepen: De 16 groepen hadden zich vrijwillig aangemeld voor toetsing na een oproep door het CBO. Van de 16 groepen werden 9 groepen gevormd door afdelingen in ziekenhuizen en revalidatiecentra. De kleinste afdelingen bestond uit 6 ergotherapeuten, de grootste uit 36 ergotherapeuten.

Zeven groepen vormden bestaande regiogroepen. De ergotherapeuten in deze regiogroepen waren werkzaam in de psychiatrie, verpleeghuizen, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg. In elke groep zijn twee (soms drie) ergotherapeuten opgeleid tot interne procesbegeleider. Na een jaar worden deze begeleiders in staat geacht de toetsing zelfstandig voort te zetten en stopt de begeleiding vanuit het CBO.

Het huidige evaluatie-onderzoek heeft plaatsgevonden met behulp van schriftelijke vragenlijsten voor zowel de begeleiders als de deelnemers van de toetsingsgroepen. In de vragenlijsten is gevraagd naar de getoetste onderwerpen, de effecten van toetsing, de voor- en nadelen van toetsing en de plannen voor verdere continuering.

In totaal zijn 174 vragenlijsten verstuurd aan 16 toetsingsgroepen. Er zijn 90 vragenlijsten terugontvangen van 15 toetsingsgroepen. Dit is een respons van 52%. Van één groep is geen reactie ontvangen. Deze lage respons van met name de deelnemers kan te maken hebben met 'evaluatiemoedigheid', omdat het project reeds eerder door het CBO was geëvalueerd. Daarnaast is het aannemelijk dat een deel van de deelnemers (tijdelijk) is gestopt met intercollegiale toetsing. Over de precieze aantallen kunnen geen uitspraken worden gedaan, omdat vooraf was afgesproken non-respondenten niet opnieuw te benaderen om ergernis te voorkomen. Alle respondenten zijn werkzaam in dienstverband en 81% van hen is intramuraal werkzaam. Dit betekent dat de gegevens niet gegeneraliseerd kunnen worden naar andere werkvelden of werksettingen. Ter vergelijking worden de resultaten bij de ergotherapeuten gerelateerd aan een vergelijkbaar onderzoek bij huisartsen en diëtetiek.

Resultaten

De getoetste onderwerpen

De toetsingsgroepen zijn vrij in het kiezen van onderwerpen. Het onderwerp kan zowel de zorgverlening zelf als de organisatie van de zorg betreffen. Door het CBO wordt echter wel aangeraden om bij het kiezen van een onderwerp te letten op de ernst en de omvang van het probleem (12). Het moet als het ware de moeite van toetsing waard zijn.

Door de 15 toetsingsgroepen zijn in totaal 33 onderwerpen genoemd. De gekozen onderwerpen zijn in tabel 1 ingedeeld in drie groepen: a) de inhoud van de behandeling, b) registratie en verslaglegging, en c) de organisatie van de zorg.

Van de in totaal 33 onderwerpen heeft de helft (16 onderwerpen) betrekking op de zorgverlening zelf, dat wil zeggen op verbetering van de inhoud van de ergotherapeutische behandeling. Enerzijds gaat het om bij-

Behandeling	Registratie/verslag	Organisatie			
(Rol)stoeladvisering	4	Rapportage verwijzer	3	Overdracht	4
Gebruik spalk	2	Rapportage algemeen	1	Uitleen materialen	2
Handondersteuning bij CVA	2	Patiëntendossier	1	WVG-aanvragen	2
Behandeling rugpatiënten	2	Inventarisatielijst	1	Huisbezoek	1
Intake	2			Patiëntenbespreking	1
Vaardigheden	1			Voorlichting over ergotherapie	1
Zitvoorziening	1				
Ergonomische adviezen	1				
Handfunctie	1				
Totaal	16		6		11

Tabel 1: Onderwerpen die in de toetsingsgroepen zijn gekozen

voorbeeld advisering omtrent gebruik van hulpmiddelen zoals rolstoelen, spalken, handondersteuning of ergonomische adviezen, anderzijds gaat het om onderdelen van de ergotherapeutische behandeling zoals de intake, het trainen van vaardigheden of de behandeling van rugpatiënten. Elf maal is de organisatie van de zorg als onderwerp gekozen - met name de overdracht van patiënten - en zes maal de rapportage aan verwijzers en verslaglegging. Deze bevinding lijkt in eerste instantie teleurstellend, omdat intercollegiale toetsing vooral bedoeld is om variatie tussen beroepsbeoefenaren terug te dringen. Bij nadere overweging hebben onderwerpen als eenduidige registratie en verslaglegging echter wel het voordeel dat zij het totale ergotherapeutisch handelen betreffen en dus de specifieke aandoening of klacht overstijgen.

Bik (12) vond bij haar eerste evaluatie direct na afloop van het project dat 9 toetsingsonderwerpen geheel waren afgerond; anderhalf jaar later blijkt dat 24 toetsingsonderwerpen geheel zijn afgerond. Dit komt neer op ruim een onderwerp per groep per jaar, waarvan ook in de toetsingsmethode wordt uitgegaan.

Effecten van toetsing

In de vragenlijst is zowel aan de deelnemers als aan de begeleiders gevraagd welke effecten door de toetsing zijn opgetreden. In de vragenlijst werd daarbij onderscheid gemaakt in specifieke en algemene effecten. Onder specifieke effecten verstaan we effecten met betrekking tot het getoetste onderwerp. Onder algemene effecten verstaan we verbeteringen die in zijn algemeenheid opgetreden zijn in de werkwijze van de ergotherapeut, dus ook buiten het getoetste onderwerp: het zijn uitstralingseffecten. Tabel 2 geeft de antwoorden van de ergotherapeuten. Gemiddeld zijn per persoon ruim zes effecten aangekruist zodat de tabel optelt tot meer dan 100%.

De tabel moet als volgt gelezen worden: van alle 90 ergotherapeuten meldt 66% dat meer uniformiteit is bereikt met betrekking tot het getoetste onderwerp; 21% van alle respondenten meldt dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is opgetreden.

Met het gegeven dat tweederde van de ergotherapeuten meer uniformiteit meldt ten aanzien van het getoetste onderwerp lijkt een van de doelstellingen van intercollegiale toetsing - het terugdringen van verschillen tussen beroepsbeoefenaren - inderdaad te zijn gerealiseerd. Eenvijfde van de respondenten maakt melding van een uitstralingseffect, dat wil zeggen dat in zijn algemeenheid meer uniformiteit in werkwijze is gerealiseerd.

Hoewel de helft van de ergotherapeuten aangeeft dat concrete verbeteringen zijn aangebracht betekenen deze zelden tijdswinst. Slechts 11% geeft aan dat tijdswinst is geboekt ten aanzien van het getoetste onderwerp.

Effecten met betrekking tot	specifiek	algemeen
Meer uniformiteit	66%	21%
Concrete verbeteringen	52%	23%
Tijdswinst	11%	3%
Inzicht in eigen handelen	51%	41%
Methodischer werkwijze	52%	36%
Kritischer/bewuster	39%	53%
Geleerd van elkaar	53%	41%
Zicht op elkaars werk	52%	33%
Samenwerking/communicatie	23%	22%
Effectiever vergaderen	18%	17%

Tabel 2: Percentage ergotherapeuten dat specifieke en algemene effecten rapporteert op onderstaande gebieden (N=90)

De helft van alle respondenten meldt dat men meer inzicht heeft gekregen in het eigen handelen, en dat men methodischer en gestructureerder is gaan werken ten aanzien van het getoetste onderwerp. Door 53% van de ergotherapeuten wordt gesteld dat men in zijn algemeenheid kritischer naar het eigen werk is gaan kijken: "Wat doen we en waarom? Waarom doen we dit zo?". Hier is bij uitstek sprake van een uitstralings-effect en dit wijst op een attitudeverandering in de richting van een kritischer opstelling ten aanzien van het eigen handelen.

De laatste vier effecten in tabel 2 hebben te maken met de onderlinge samenwerking. De samenwerking en onderlinge communicatie is verbeterd. Dit geldt zowel ten aanzien van het getoetste onderwerp als in zijn algemeenheid. Dus ook hier weer een uitstralings-effect.

Voor- en nadelen van toetsing

In de literatuur worden ook enkele nadelen genoemd die aan toetsing verbonden kunnen zijn. De tijdsinvestering wordt daarbij het meest genoemd (14). Huisartsen hadden bij het begin van toetsing tevens moeite met het krijgen van feedback en het gevoel beoordeeld te worden (13). Ook veel ergotherapeuten bleken tijdsinvestering in het eerste jaar een probleem te vinden (12). Daarom is in de vragenlijst zowel aan de deelnemers als de begeleiders gevraagd naar de balans tussen kosten en baten van toetsing. De vraag is of de effecten die door de groepen worden gemeld opwegen tegen de geïnvesteerde tijd en energie. De vragen die achtereenvolgens worden beantwoord zijn:

- Zijn er ook nadelen aan toetsing verbonden?
- Hoeveel tijd heeft u geïnvesteerd?
- Is de verhouding tussen voor- en nadelen in balans?

De helft van de ergotherapeuten vindt dat aan de toetsing ook nadelen zijn verbonden. De tijdsinvestering wordt als belangrijkste nadeel genoemd: "Men moet een lange adem hebben". Zoals in tabel 3 te zien is, investeren begeleiders meer tijd in toetsing dan deelnemers.

	Werktijd	Vrije tijd	Totaal
Begeleiders	2,7 uur	1,2 uur	3,9 uur
Deelnemers	1,7 uur	0,7 uur	2,4 uur

Tabel 3: Aantal uren dat gemiddeld per maand aan toetsing wordt besteed (N=90)

Het eerste dat opvalt in de tabel is dat de toetsing voor ongeveer driekwart van de tijd in werktijd kan geschieden en voor ongeveer een kwart van de tijd in vrije tijd (reistijd niet meegerekend). De hier gevonden

tijdsinvestering van de ergotherapeuten is beduidend lager dan de tijdsinvestering in het eerste jaar wanneer de methode nog geleerd moet worden. Uit een vergelijkbaar project bij diëtisten blijkt dat de begeleiders in het eerste jaar bijna dubbel zoveel tijd kwijt zijn vergeleken met de volgende jaren terwijl de deelnemers in het eerste jaar ongeveer anderhalf maal zoveel tijd kwijt zijn vergeleken met de daarop volgende jaren (11). Hoewel steeds verondersteld werd dat toetsing minder tijd kost wanneer men de methode eenmaal onder de knie heeft (zoals bij de ergotherapeuten het geval is) ontbraken tot nu toe onderzoeksgegevens om deze veronderstelling te ondersteunen.

Het oordeel over de balans tussen kosten en baten van toetsing is in tabel 4 te zien.

	Begeleiders	Deelnemers
Meer voor- dan nadelen	96%	82%
Evenveel voor- als nadelen	0%	9%
Meer na- dan voordelen	0%	0%
Niet ingevuld	4%	9%

Tabel 4: Oordeel over de voor- en nadelen van toetsing (N=90)

De gegevens laten zien dat het oordeel overwegend positief is. Het feit dat 100% van de begeleiders en ruim 97% van de deelnemers in de enquête had aangekruist (niet in de tabel) dat men collega's zal aanraden om ook aan intercollegiale toetsing te gaan deelnemen ondersteunt deze gegevens.

Continuering van toetsing

Tenslotte kijken we naar de verdere continuering van toetsing. Heeft men nog steeds plannen om met toetsing door te gaan? En, door wie wordt men daarbij gestimuleerd?

Alle begeleiders zeggen van plan te zijn om met toetsing door te blijven gaan (83% van de ergotherapeuten antwoordt 'jazeker wel' op deze vraag; de overigen 'waarschijnlijk wel').

Bij de deelnemers liggen deze cijfers wat lager: 52% van de deelnemers is vast van plan om met toetsing door te gaan terwijl 34% 'waarschijnlijk wel' door gaat. Van de respondenten zegt 12% dat zij niet of waarschijnlijk niet door zullen gaan met toetsing.

Voor continuering van toetsing is het enerzijds van belang dat toetsing positieve effecten heeft, en anderzijds dat ook andere partijen belang hechten aan intercollegiale toetsing. Door wie ergotherapeuten gestimuleerd

worden om met toetsing door te gaan is in tabel 5 te zien.

De ergotherapeuten worden met name door collega's gestimuleerd om met toetsing door te gaan, zoals de tabel laat zien. Daarnaast blijkt dat de deelnemers meer gestimuleerd worden door de begeleider van de groep, en de begeleiders wat meer door de hoofden van de afdeling waar men werkzaam is. Vooralson kan geconcludeerd worden dat de motivatie om met intercollegiale toetsing door te gaan vooral ontleend wordt aan collega's, begeleiders en afdelingshoofden. In hoeverre het instellingsmanagement en verzekeraars in de toekomst intercollegiale toetsing zullen stimuleren zal de tijd moeten leren.

Conclusies

Dit artikel beschrijft de ervaringen met tweeënhalf jaar intercollegiale toetsing door ergotherapeuten. De methode werd in 1993 door het CBO ontwikkeld voor de ergotherapeuten en gedurende één jaar op experimentele schaal ingevoerd bij 16 groepen van ergotherapeuten. Anderhalf jaar na afloop van dit project is eind 1995 gekeken naar de lange termijn effecten van toetsing.

Voordat we de bevindingen samenvatten kijken we kritisch naar de gevolgde onderzoeksmethode om de resultaten op waarde te kunnen schatten. Ten eerste, hoewel het onderzoek door een onafhankelijke partij (NIVEL) is uitgevoerd, zijn de gegevens gebaseerd op schriftelijke vragenlijsten aan de begeleiders en deelnemers van de toetsingsgroepen zelf, zodat sprake is van een zelfrapportage van de respondenten. Ten tweede kunnen de gegevens niet zonder meer worden gegeneraliseerd: de ergotherapeuten die in het project participeerden vormen bestaande groepen die in staat en bereid waren de benodigde tijd te investeren. Ten derde was de respons laag (52%). Voor een deel is dit toe te schrijven aan de gebruikelijke non-respons (in een vergelijkbaar project onder diëtisten was de non-respons 24%) waarbij aangenomen mag worden dat een deel van met name de deelnemers (tijdelijk) met toetsing is gestopt. Dit combinerend veronderstellen we dat ruim driekwart van de ergotherapeuten is doorgegaan (en nog steeds doorgaat) met toetsing en een kwart, al dan niet tijdelijk, is gestopt. Dit laatste betekent niet dat toetsing voor hen een nutteloze investering is geweest: men heeft wel de toetsingsmethode geleerd en dat betekent dat men een instrument in handen heeft voor systematische kwaliteitsbevordering, een instrument dat elk moment weer uit de kast gehaald kan worden. Bovendien blijkt uit dit evaluatie-onderzoek dat toetsing in zijn algemeenheid leidt tot een attitudeverandering, zodat lange termijn effecten kunnen optreden,

Gestimuleerd door	Begeleiders	Deelnemers
Niemand	17%	19%
Collega's	70%	57%
Begeleiders	13%	28%
Afdelingshoofd of leiding	39%	24%
Management	9%	8%
Andere disciplines	13%	8%
Verzekeraars	0%	0%

Tabel 5: Percentage ergotherapeuten dat gestimuleerd wordt om met toetsing door te gaan, uitgesplitst in begeleiders en deelnemers (N=90)

ook wanneer men (tijdelijk) niet aan toetsing deelneemt.

De algemene conclusie is dat de deelnemers en begeleiders veel positieve effecten van toetsing rapporteren. Deze effecten betreffen zowel concrete veranderingen in werkwijze alsook veranderingen in attitude: men gaat kritischer naar het eigen handelen kijken. Interessant is ook dat veel uitstralingseffecten worden gemeld, dat wil zeggen dat de effecten niet alleen beperkt zijn tot het getoetste onderwerp maar het gehele handelen van de ergotherapeut omvatten. De eerder genoemde attitudeverandering en het meer gestructureerd werken zijn daar ongetwijfeld debet aan.

Keren we terug naar de kernvraag van dit artikel 'intercollegiale toetsing, wat levert het op?' dan is de conclusie dat de voordelen opwegen tegen de tijdsinvestering en dat intercollegiale toetsing in ieder geval leidt tot concrete verbeteringen en meer uniformiteit in het ergotherapeutisch handelen. En dat zijn ook de primaire doelstellingen van intercollegiale toetsing.

Om de betrokkenheid van het management te vergroten kunnen toetsingsgroepen overwegen om de gerealiseerde verbeteringen na afloop van een toetsingscyclus schriftelijk aan het management te rapporteren en in gesprek nader toe te lichten.

Literatuur

- 1) Bik, M.C.M. *Intercollegiale toetsing: ik ga op reis en neem mee...?* Ned. Tijdschr. voor Ergotherapie, 1994, 4, aug. pag. 126-131.
- 2) Frissen, M. *Afspraken over kwaliteitsbeleid.* Medisch Contact, 1990, 27/28.
- 3) Sluijs, E.M., Bakker, D.H. de, Dronkers, J. *Kwaliteitssystemen in uitvoering.* Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.
- 4) Wagner, C., Bakker, D.H. de, Sluijs, E.M. *Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995.* Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1995.
- 5) *Ministerie van VWS. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.* 's-Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1992.
- 6) *Ministerie van VWS. Kwaliteitswet Zorginstellingen.* 's-Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1994.
- 7) Timmermans, J.E., Sluijs, E.M., Dekker, J., Hartog, W.H.M.den. *Kwaliteitsbeleid paramedische beroepsgroepen.* Utrecht, CBO/NIVEL, 1994.
- 8) Klazinga, N. *Compliance with practice guidelines: clinical auto-*

- nomy revisited. Health Policy, 1994, 28, pag. 51-66.*
- 9) Bik, M.C.M., Eteekoven, H. Paramedici gezamenlijk op weg. *Kwaliteit in Beeld, 1994, 1, pag 14-15.*
 - 10) Driessen, M.J., Sluijs, E.M., Dekker, J. *Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Eerste interim-rapport. Utrecht, NIVEL, 1995.*
 - 11) Sluijs, E.M., Dekker, J. *Evaluatie van twee toetsingsprojecten binnen het programma 'Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Utrecht, NIVEL, 1996.*
 - 12) Bik, M. *Project 'Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie'. Eindrapportage. Utrecht, CBO, 1994.*
 - 13) Grol, R. *Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing (Dissertatie). Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1987.*
 - 14) Wensing, M., Grol, R., Dubois, V. *Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Knelpunten en behoeften bij huisartsen. Nijmegen/Maastricht, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK), 1994.*