

**Registratieverplichtingen
in de eerstelijns - fysiotherapiepraktijk**

Fit of Frictie binnen het Primaire Proces?



Masterscriptie Zorgmanagement

N. Zuurmond

Studentnummer 315289

Docent: Dr.K.P.van Wijk

Docent meelezer: Dr. B. Pol

Rotterdam juni 2009

Voorwoord

Toen ik twee jaar geleden samen met mijn man Peter aan de studie zorgmanagement begon, wist ik niet dat het zo'n leuke maar ook intensieve periode zou worden. Gedreven als ik ben, heb ik mij het laatste jaar gestort op het schrijven van deze scriptie. Ik ben er met veel plezier al die maanden mee bezig geweest. Toch heeft het ook wel menig zweetdruppeltje gekost. Het is een periode geweest van ups en downs, van makkelijke maar ook moeilijke momenten. Het is te danken aan al die mensen om mij heen die ervoor gezorgd hebben dat ik deze studie heb kunnen doen. Allereerst wil ik de praktijken en de daar werkende collega's die meegewerkt hebben aan dit onderzoek bedanken voor hun bereidwilligheid en openheid. Ook wil ik mijn medestudenten van de scriptiegroep een pluim geven. Met elkaar hebben we een leuke tijd gehad onder leiding van een fantastische begeleider. Kees van Wijk, een man met hart voor de zaak. De hulp en steun die ik van hem heb gekregen, hebben er uiteindelijk voor gezorgd dat ik deze scriptie heb kunnen voltooien. De samenwerking heb ik als zeer waardevol ervaren. Bert Pol wil ik bedanken als meelezer. Peter, studeren samen met jou was hartstikke leuk. We zijn er samen voor gegaan en ik moet zeggen, het was een leuke tijd om samen weer student te zijn. Daarnaast bedank ik uiteraard mijn ouders die mij altijd gesteund hebben. Mijn vader zal het helaas niet meer meemaken dat ik zover gekomen ben, maar ik weet dat hij trots op me geweest zou zijn.

Als laatste wil ik mijn kinderen Mirjam, Suzanne en Naomi complimenteren. Zij hebben hun vader en moeder menig uurtje moeten missen en tijd in moeten leveren. Ondanks dat weet ik dat ze ontzettend trots zijn dat we dit allemaal hebben gedaan. Meiden, ik ben trots op jullie. Jullie zijn kanjers!

Bedankt lieve mensen. Zonder jullie was het niet gelukt.

Burgh-Haamstede 12 juni 2009

Samenvatting

Transparantie van het klinisch handelen door middel van verslaglegging en objectieve criteria met betrekking tot het verloop van het herstelproces bij de patiënt, zijn voorwaarden waaraan de hedendaagse fysiotherapeut moet voldoen. Deze verplichte registratie leidt bij veel fysiotherapeuten tot verhoogde werkdruk. Voor de patiënt is de zorg en de wijze waarop deze geleverd wordt erg belangrijk. Hiermee kan de fysiotherapeut zich onderscheiden. De vraagstelling is of de administratieve verplichtingen de kwaliteit van dienst- en serviceverlening beïnvloeden. Deze scriptie beschrijft de effecten die de registratieverplichting heeft op de transactiemomenten binnen het primaire proces tussen fysiotherapeut en patiënt in de setting van een particuliere praktijk. In de theorie is ingegaan op de dienstverlening van de fysiotherapeut en de service die de patiënt ervaart. Wanneer de fysiotherapeut erin slaagt dat de patiënt in alle transactiemomenten tijdens het primaire proces de bedoelde service ervaart, is sprake van een transactionele fit. De onderzoeksmethode is mixed-method. De uitkomsten van de kwalitatieve analyse laten zien dat de door de fysiotherapeut gehanteerde wijze van registreren, de perceptie van de patiënt over de geleverde service ten goede komt. Deze uitkomst wordt onderbouwd door de kwantitatieve analyse. De manier van registreren heeft een positieve samenhang met de perceptie die de patiënt heeft over de geleverde service. De conclusie is dat fysiotherapeuten in staat zijn de registratieverplichting zodanig vorm te geven dat het de geleverde servicekwaliteit niet negatief beïnvloedt in de perceptie van de patiënt. Dit doen zij door bewust hun houding en gedrag aan te passen aan de toestand van de patiënt en deze te betrekken bij de registratie via verbale en non-verbale communicatie. Daarnaast wordt dit bereikt door in privé tijd de registratie te voltooien.

Summary

Physiotherapists are accountable for their professional activities and responsible for transparency of the registration process during the treatment of patients. This registration leads to an excessive workload. Patients desire care and appreciate the way it is delivered. The delivery of care is something in which the physiotherapist can distinguish themselves from others. The issue if the delivery of care will be influenced by the registration and how this will effect the quality of the service during the consultation, is the main subject of this study. This study describes the effects of registration within the interaction during the consultation between physiotherapist and patients in a private practice. If the expectations of the patient about the care delivered are corresponding to the service delivered by the physiotherapist there will be a transactional fit.

Mixed methods are used in this study. The outcome of the qualitative analysis shows that the way in which physiotherapists manage the registration, definitely enhances the perception of the patient about the service delivered by the physiotherapist. These findings are confirmed by the outcome of the quantitative analysis. Registration is positively correlated with the perception of the service quality by the patient. Physiotherapists are able to manage the registration in such a way that it doesn't influence the service quality negatively in the perception of the patient. This can be realised by involving the patient in the registration process in a way that enhances affective communication. Physiotherapists are able to realise this by adapting their behaviour and body language to the situation of the patient. In addition to this physiotherapists use private time to accomplish the registration.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding	7
1.1. Probleemanalyse	7
1.2. Leeswijzer	9
2. Theoretisch kader	10
2.1. Registratieverplichtingen	10
2.2. Dienstverlening en service	11
2.3. Interne servicekwaliteit	12
2.4. Job satisfaction (werknemerstevredenheid)	13
2.5. Transactionele fit	14
2.6. Externe servicekwaliteit	15
3. Methoden van onderzoek	17
3.1. Type en opzet onderzoek	17
3.2. Operationalisaties	18
3.3. Selectie van onderzoekseenheden	19
3.4. Dataverzameling	19
3.4.1. Literatuuronderzoek	19
3.4.2. Interviews	20
3.4.3. Documenten	21
3.4.4. Observaties	21
3.4.5. Enquêtes	21
3.5. Data-analyse	22
3.5.1. Analyse kwalitatieve data	22
3.5.2. Analyse kwantitatieve data	22
3.6. Validiteit en betrouwbaarheid	23
3.6.1. Validiteit	23
3.6.2. Betrouwbaarheid	24

3.7. Rol van de onderzoeker	24
3.8. Ethische overwegingen	25
4. Resultaten van het onderzoek	26
4.1. Uitkomsten interviews fysiotherapeuten	28
4.1.1. Inrichting van het proces van registreren	28
4.1.2. Inrichting van de werksituatie	29
4.1.3. Informatievoorziening richting medewerker	29
4.1.4. Ondersteuning middels computer en software	31
4.1.5. Invloed primaire proces	31
4.1.6. Administratieve last, werkdruk	32
4.1.7. Waardering en plezier in het werk	33
4.2. Uitkomsten interviews patiënten	33
4.2.1. Bereidwilligheid van de fysiotherapeut.	33
4.2.2. Bejegening en vertrouwen dat de fysiotherapeut wekt bij de patiënt	35
4.2.3. Betrouwbaarheid van de fysiotherapeut	35
4.2.4. Geleverde zorg op maat.	35
4.2.5. Merkbare zaken van de dienstverlening.	36
4.2.6. Privacy	36
4.3. Uitkomsten enquêtes	37
4.4. Documenten	38
4.5. Observaties	38
5. Conclusie en discussie	40
5.1. Conclusie	42
5.2. Discussie	43
5.3. Debat	44
6. Aanbevelingen	45
Literatuurlijst	46
Bijlage 1 Samenvatting richtlijn Verslaglegging samengesteld door het KNGF	50
Bijlage 2 Enquête patiënttevredenheid	56
Bijlage 3 Vragenlijst interview fysiotherapeut	59
Bijlage 4 Vragenlijst interview patiënt	62

1. Inleiding

Efficiëntie en effectiviteit in de gezondheidszorg zijn voorwaarden voor kwalitatief goede zorg (EBM Group 1992). Waar jaren geleden kennis en vaardigheden van de professional voldoende waren om competent te kunnen handelen, is tegenwoordig verantwoording van het handelen op wetenschappelijke gronden noodzakelijk. In de jaren 90 is binnen de beroepsvereniging van de fysiotherapeuten - het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) - gestart met het ontwikkelen van richtlijnen. Hierbij is een richtlijn verslaglegging ontwikkeld. Transparantie van het klinisch handelen door middel van verslaglegging en objectieve criteria met betrekking tot het verloop van het herstelproces bij de patiënt, zijn voorwaarden waaraan de hedendaagse fysiotherapeut moet voldoen. Naast de beroepsgroep hebben ook de zorgverzekeraars de externe controle aangescherpt. Zorgverzekeraars eisen gegevens omtrent de behandelingen, behandelgemiddelden per praktijk en controleren de patiëntendossiers op toegepaste klinische besluitvorming. Uitkomsten zijn voor zorgverzekeraars aanleiding om contracten wel of niet af te sluiten met praktijken. Transparantie met betrekking tot het professionele handelen wordt steeds belangrijker. Professionals en instellingen klagen echter dat ze veel tijd kwijt zijn aan allerlei administratieve zaken en daardoor minder tijd overhouden voor hun eigenlijke werk (Pechtold 2006, brief Tweede kamer). In de op 24 januari 2006 door de Tweede Kamer aanvaarde motie Koopmans (29362, nr. 73) vraagt de Tweede Kamer aan de regering om een halvering van monitor- en registratieverplichtingen. Het spanningsveld tussen verantwoording en toezicht is terug te vinden in het rapport van de Wetenschappelijke Raad Regeringsbeleid (WRR 2004). In dit rapport wordt beschreven dat de algemene tendens bestaat om het accent te leggen op outputeisen. Dit leidt tot reductie van de complexiteit van de professionele prestatie (WRR 2004). Daarnaast stelt het rapport dat het bewijs van kwalitatief goede dienstverlening juist geleverd wordt in de relatie tussen de professional en de patiënt (WRR 2004:248).

1.1. Probleemanalyse

Binnen de wetenschap is veel onderzoek gedaan naar het effect van de administratieve werkdruk van artsen en verpleegkundigen op de arbeidstevredenheid (McNearney et al..2008, Petek-Ster et al. 2008). In een studie door Lindsay et al.(2008) is de werkdruk onder fysiotherapeuten werkzaam in een ziekenhuis onderzocht. Uit deze studie bleek een positieve relatie tussen administratie en werkdruk. Dit onderzoek had echter geen betrekking op de Nederlandse werksetting. Ten aanzien van de fysiotherapie in Nederland beschrijft de Socialistische Partij in haar rapport *“Stop Uitverkoop Fysiotherapie”* onder andere de

administratieve druk onder de fysiotherapeuten (Palm & Kant 2005). De werkdruk onder fysiotherapeuten in particuliere praktijken is echter weinig onderzocht. Daarnaast zijn de effecten van de toegenomen administratieve druk op de relatie fysiotherapeut-patiënt binnen de behandeling onvoldoende bekend.

Belangrijk voor de patiënt is de geleverde zorg en de wijze waarop deze geleverd wordt. Hiermee kan de fysiotherapeut zich onderscheiden. De vraagstelling is of de administratieve verplichtingen de kwaliteit van dienst- en serviceverlening beïnvloeden. Van Wijk (2007) beschrijft in zijn dissertatie "*De Service Care Chain*" de transactionele fit. Hiervan is sprake wanneer de cliënt in alle transactiemomenten de bedoelde service ervaart. Binnen dit onderzoek is er sprake van een transactionele fit indien de fysiotherapeut erin slaagt dat patiënten de bedoelde service ervaren tijdens de transactiemomenten gedurende het primaire proces (Van Wijk 2007). Zoals eerder beschreven zetten de verschillende belangen van diverse partijen de transactionele fit onder druk. Zorgverzekeraars streven andere belangen na dan de fysiotherapeut en de patiënt. Waar de patiënt een correcte bejegening en een goede dienstverlening wenst, is een zorgverzekeraar vooral geïnteresseerd in financiële zaken en prestaties (Van Wijk 2007, Schut 2007). Volgens van Wijk (2007) wordt door de professional de kwaliteit van de dienstverlening gedefinieerd vanuit de vakinhoud. Bensing (2007) benadrukt de kracht van de aandacht. Communicatie tussen hulpverlener en patiënt is hierbij essentieel. Bensing (2007) maakt onderscheid tussen de affectieve communicatie waarmee een vertrouwensbasis wordt gecreëerd en de cognitieve communicatie waarmee de hulpverlener de patiënt concreet en gedragsmatig ondersteunt om de aandoening onder controle te krijgen. Beide vormen van communicatie zijn belangrijk waarbij de kwaliteit van de affectieve communicatie een voorspeller is voor de mate van patiënttevredenheid (Bensing 1991). Het onderzoek van Bensing (1991) is gedaan onder artsen en niet onder fysiotherapeuten maar geeft wel aan dat in de relatie tussen patiënt en hulpverlener communicatie een belangrijk aspect is.

Doelstelling van deze scriptie is om een beschrijving te geven van de effecten van registratieverplichtingen op de transactionele fit van het primaire proces tussen fysiotherapeut en patiënt in de setting van een particuliere praktijk.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Welke effecten heeft de registratieverplichting van fysiotherapeuten op de transactionele fit van het primaire proces tussen fysiotherapeut en patiënt in de setting van een particuliere praktijk?

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Hoe ervaren de fysiotherapeuten de belasting van de registratieverplichting op de behandeling?
- Wat wordt vanuit de theorie verstaan onder transactionele fit?
- Welke factoren beïnvloeden de transactionele fit?
- Hoe ervaren patiënten de verplichte administratieve handelingen van de fysiotherapeut tijdens de behandeling?

1.2. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het theoretisch kader. Hierin worden een aantal theoretische begrippen besproken die relevant zijn in het kader van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvragen 2 en 3. Tevens wordt ingegaan op de registratieverplichtingen die fysiotherapeuten in de eerste lijn hebben. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksopzet en de methoden van onderzoek. Ingegaan wordt op de selectie van onderzoekseenheden en de dataverzameling. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 respectievelijk de kwalitatieve resultaten aan de hand van de operationalisaties en de kwantitatieve resultaten weergegeven. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten uit hoofdstuk 4 in relatie tot de theorie. Er vindt een terugkoppeling plaats naar de theorie waarbij conclusies worden getrokken en de discussie wordt aangegaan. Hoofdstuk 6 tenslotte bevat aanbevelingen voor verder onderzoek.

2. Theoretisch kader

2.1. Registratieverplichtingen

Bij het fysiotherapeutisch handelen worden naast NAW gegevens (naam, adres, woonplaats), zorginhoudelijke gegevens verzameld. Het systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens wordt de “fysiotherapeutische verslaglegging” genoemd. Volgens het KNGF wordt onder verslaglegging verstaan: het vastleggen van het gesprokene c.q. het gebeurde. Het gaat bij de verslaglegging om het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot het fysiotherapeutisch handelen (KNGF praktijkrichtlijn fysiotherapeutische verslaglegging 2007). De richtlijn beschrijft de stappen van het methodisch handelen en de gegevens die per stap moeten worden vastgelegd (bijlage 1).

Naast de gegevens die op basis van de richtlijn worden geregistreerd dient de fysiotherapeut via objectieve criteria, het herstelproces van een patiënt in kaart te brengen. Het gebruik van meetinstrumenten zoals vragenlijsten zijn middel om het proces te monitoren. Bensing (2000) maakt onderscheid tussen evidence-based medicine waarbij de ziekte centraal staat en patiënt-centered medicine waarbij de patiënt met de hulpvraag centraal staat. Binnen de fysiotherapie is dit onderscheid ook te maken. De beroepsvereniging en de zorgverzekeraars vereisen wetenschappelijke verantwoording en transparantie door middel van objectieve indicatoren met cijfers als resultaat; de fysiotherapeut werkt echter vanuit het biopsychosociale model waarbij de mens en zijn hulpvraag centraal staat (Bensing 2000).

In 2007 is het KNGF gestart met een project voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de kwaliteit van de fysiotherapie (Hermans 2008). De set prestatie-indicatoren bevat vier categorieën waaronder een categorie fysiotherapeutisch handelen en een categorie patiëntervaring. Door middel van vragenlijsten wordt de prestatie van een fysiotherapeut in kaart gebracht. Eén van de kritiekpunten op deze prestatie-indicatoren is dat de vragen teveel uitgaan van het administratiesysteem. Items vanuit het administratiesysteem bepalen de kwaliteit van de fysiotherapeut. Een belangrijk aspect als aandacht wordt bijvoorbeeld nergens gemeten. Het verlenen van zorg van mens tot mens is het belangrijkste kwaliteitsaspect bij de fysiotherapeutische behandeling, maar dit aspect van zorg is niet te meten, zo stelt een deelnemer aan het project (Hermans 2008).

Stoopendaal en Kröber (2006) stellen dat een professional niet teveel interventiegericht dient te werken, maar ook attentie en aandacht dient te geven aan de patiënt. Zij achten het wenselijk dat er een shift plaats vindt van professionele distantie naar professionele presentie. Presentie geeft de relatie aan met mensen die zorg en steun nodig hebben. Het belichaamt attentie en aandacht voor en betrokkenheid met de patiënt. Door de strakke

kaders van doelen en middelen beperken richtlijnen en protocollen de uitoefening van presentie. Volgens Baart is de invoering van de marktwerking de oorzaak voor het ontstaan van de distantiëring, de afname van presentie. Het leidt tot bureaucrativering en instrumentalisering (Stoopendaal & Kröber 2006). Dit is eveneens de conclusie uit een onderzoek van Prismant in 2004. Professionals zijn veel meer tijd kwijt aan administratie van prestatie-indicatoren (Stoopendaal & Kröber 2006).

Al in 1996 wordt in een onderzoek door Haddon et al.(1996) onder fysiotherapeuten werkzaam in Texas aangegeven dat de hoeveelheid papierwerk leidt tot ontevredenheid met het werk. Daarnaast stellen Blau et al. (2002) dat het percentage tijd dat gespendeerd wordt aan administratieve taken in relatie tot de patiëntgebonden tijd toegenomen is en tot frustratie en ontevredenheid met het werk leidt. Een belangrijke uitkomst hierbij is dat deze toegenomen administratieve verplichting door de professional gezien wordt als een belemmering voor het leveren van een hoge kwaliteit van zorg. Volgens Petek-Ster et al. (2008) die een onderzoek hebben gedaan onder Sloveense artsen, is de administratieve werklast één van grootste factoren die de effectieve behandeltime negatief beïnvloedt. De tijd voor directe zorg aan de patiënt neemt af door de tijd besteed aan administratieve verplichtingen. Dit is consistent met Miller en Solomon (2002) die onderzoek hebben gedaan onder fysiotherapeuten in een groot ziekenhuis in Canada. Fysiotherapeuten daar waren bezorgd over de afname van de tijd beschikbaar voor het behandelen van patiënten ten gevolge van administratieve verplichtingen. Registratieverplichtingen leiden volgens deze redenering tot zowel ontevredenheid met het werk als tot afname van de effectieve behandeltime. Dit heeft kwaliteitsverlies in de levering van zorg tot gevolg (Blau et al. 2002, Haddon et al.1996).

2.2. Dienstverlening en service

Hoewel van Wijk (2007) in zijn proefschrift de *Service Care Chain* de dienstverlening binnen grote zorgorganisaties in de AWBZ onderzocht, verschillen de transactiemomenten niet wezenlijk met die in kleine organisaties zoals een eerstelijns fysiotherapie praktijk. Hier vindt de dienstverlening binnen het primaire proces plaats tijdens de interactie tussen fysiotherapeut en patiënt. Volgens Bensing (2007) is de aandacht die de hulpverlener tijdens deze interactie besteedt aan de patiënt een cruciaal onderdeel van de dienstverlening. Patiënten willen zich immers begrepen en serieus genomen voelen. Ze willen respect krijgen niet alleen voor de aandoening maar ook voor zichzelf. Hiertoe dient de hulpverlener zich empathisch op te stellen, de patiënt serieus te nemen en goed te luisteren naar hetgeen de

patiënt hem vertelt. Empathie, presentie en geïnteresseerd luisteren en communiceren in een taal die de patiënt begrijpt zijn van wezenlijk belang (Weggeman 2007). Deze communicatie-elementen zijn zeer belangrijk in de relatie tussen hulpverlener en patiënt (Bensing 2007). Om een goede vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen is communicatie derhalve van essentieel belang. Van Wijk (2007) gaat nog een stap verder. Hij stelt dat de waardering die de klant hecht aan de dienstverlening een belangrijke graadmeter is voor de geleverde kwaliteit van de organisatie. Daarbij is de verwachting die de patiënt heeft over de service tijdens de behandeling en de feitelijk ervaren zorg, maatgevend voor de kwaliteit van de behandeling die de fysiotherapeut levert. De klanttevredenheid blijkt zijn weerslag te hebben op werknemerstevredenheid. Hiertussen bestaat volgens Heskett et al.(1997a) een significante relatie. Deze wordt door Heskett et al.(1997a) uitgedrukt in de "satisfaction mirror". Een hoge klanttevredenheid leidt tot een hoge werknemerstevredenheid. Vervolgens leidt een hoge werknemerstevredenheid op zijn beurt weer tot een hoge klanttevredenheid. Binnen de fysiotherapie zal een tevreden patiënt bijdragen aan de werktevredenheid van de fysiotherapeut. De werknemerstevredenheid hangt onder meer af van de interne servicekwaliteit van de organisatie (van Wijk 2007).

Het is dus belangrijk dat de praktijk de fysiotherapeut ondersteunt in het optimaliseren van de kwaliteit van de dienstverlening binnen het primaire proces. De praktijk dient voorwaarden te scheppen waarbinnen de registratieverplichting zo min mogelijk de therapeut-patiënt relatie negatief beïnvloedt qua tijd, bejegening, presentie en communicatie. Indien dit optimaal gebeurt, heeft dit een positief effect op de externe servicekwaliteit van de praktijk (Van Wijk 2007). Het is juist de kwaliteit van de interactie tussen de fysiotherapeut en de patiënt die in hoge mate de patiënttevredenheid bepaalt (Beattie et al. 2002). Heskett et al. (1997a) achten ondersteuning van de medewerker in het primaire proces hierbij van wezenlijk belang.

2.3. Interne servicekwaliteit

De interne servicekwaliteit behelst het organiseren van het dienstverleningsaanbod. Maatregelen die deze dienstverlening mogelijk maken zijn hierbij belangrijk (Van Wijk 2007). In het kader van dit onderzoek is het gebruik van computer, de software, de inrichting van de werkplek en training van wezenlijk belang. Daarnaast wordt de interne servicekwaliteit mede bepaald door fysiotherapeuten die tevreden, loyaal, en productief zijn, deels door de hoge mate van bekwaamheid die ze hebben om resultaten te boeken voor de patiënten (Van Wijk 2007). Dit laatste draagt het meest bij aan de tevredenheid van de fysiotherapeut (Heskett et al.1997a). De waardering die de patiënt heeft voor de geleverde diensten hangt voor een

deel af van het leveringssysteem dat erop gericht is om te voldoen aan de verwachtingen van de patiënt (Van Wijk 2007). De kwaliteit van de werkwijze waarmee resultaten worden gerealiseerd, inclusief de houding van de mensen die direct met de klant te maken hebben, is belangrijk (Heskett et al. 1997a). Volgens Heskett et al.(1997a) is het oordeel van de medewerkers maatgevend voor de kwaliteit van de interne service om kwalitatief goede diensten te kunnen leveren. Dit oordeel hangt dus mede af van het vermogen van de organisatie om de interne service zo in te richten dat kwalitatief goede diensten geleverd kunnen worden (Van Wijk 2007). Ook Norman (1991) benadrukt in dit verband het belang van een goed serviceondersteunend systeem. Consistent hiermee beschrijven Boxall en Purcell (2003) het effect van goed functionerende technologie op de performance in hun AMO theorie. Een goede dienstverlening staat of valt bij de mogelijkheid (O = opportunity) voor de medewerkers deze daadwerkelijk te kunnen verlenen. Door binnen serviceorganisaties zoals een fysiotherapiepraktijk de werknemer te faciliteren en te ondersteunen in het leveren van diensten, leidt dit tot een positieve perceptie van zowel fysiotherapeut als patiënt over deze geleverde diensten (Schneider & Bowen 1985). Dit heeft een hogere job satisfaction van de fysiotherapeut tot gevolg.

2.4. Job satisfaction (werknemerstevredenheid)

In de literatuur bestaat geen eenduidige definitie van job satisfaction. Roelen et al.(2008) geven aan dat er geen “gouden standaard” bestaat waarmee job satisfaction adequaat gemeten kan worden. Zij definiëren job satisfaction als de positieve emotionele reacties en attitudes die individuen hebben tot hun werk. In een studie van Lopopolo (2002) wordt job satisfaction gedefinieerd als de globale houding van de medewerker tot zijn werk. Dat wil zeggen dat de medewerker tevreden is of niet tevreden is met het werk wat hij uitvoert (Lopopolo 2002). DeLoach et al.(2004) zien job satisfaction als de mate waarin een individu plezier ervaart in zijn werk. Collins et al.(2008) beschouwen job satisfaction als een gevoel van tevredenheid bij de werknemer over de dienst die geboden wordt en hoe deze voldoet aan de individuele en persoonlijke verwachtingen van de werknemer.

In een studie van Bovier en Perneger (2003) over job satisfaction onder artsen wordt aangegeven dat één van de predictoren van job satisfaction, te weten werkdruk, beïnvloed wordt door de patiëntgebonden tijd en de administratieve werklust. De administratieve werklust is negatief gerelateerd aan job satisfaction. Dit is consistent met resultaten uit het onderzoek van Ogiwara en Araki (2006) onder fysiotherapeuten in Japan. Ook Speakman et al.(1996) geven in hun onderzoek onder fysiotherapeuten in de USA aan dat veel papierwerk de meest negatieve invloed heeft op job satisfaction. Collins et al.(2008) beschrijven met name de relatie tussen job satisfaction en patiënttevredenheid. Zij stellen dat het kunnen

aanbieden van excellente service aan de patiënt, bepalend is voor de mate van job satisfaction en deze op zijn beurt werkt als een katalysator op de patiënttevredenheid. Blau et al. (2002) onderzochten onder fysiotherapeuten in een gezondheidscentrum de mate van job satisfaction en burn-out. De afname van de patiëntgebonden tijd en de toename van de administratieve verplichtingen hadden een negatieve relatie met job satisfaction. Op de ervaren beleving van de fysiotherapeuten had dit tot gevolg dat een hoge kwaliteit van zorg aan de patiënt niet meer geleverd kon worden (Blau et al. 2002). Ook Haddon et al. (1996) komen tot dezelfde conclusie. Job satisfaction is dus deels afhankelijk van de beleving van de fysiotherapeut over de geleverde service aan de patiënt. Deze geleverde service is onderdeel van de transactiemomenten tijdens het primaire proces.

2.5. Transactionele fit

De transactionele contacten bestaan volgens Van Wijk (2007) uit een professionele kant en een cliënten kant. Ten aanzien van de fysiotherapie vinden de transactiemomenten binnen het primaire proces plaats tussen de fysiotherapeut en zijn patiënt. Om deze contactmomenten binnen het primaire proces zo optimaal mogelijk te laten verlopen is het voor de fysiotherapeut belangrijk dat de verplichting tot registreren zo min mogelijk de fysiotherapeut-patiënt relatie belast. De werkgever dient hiertoe zijn medewerker een goed ondersteunend apparaat in de vorm van servicefaciliteiten en informatiesystemen alsmede voldoende training in het verwerken van gegevens in de computer aan te bieden (Heskett et al.1997b). Norman (1991) noemt in dit verband het service leveringssysteem waarvan technologie en fysieke ondersteuning deel uitmaken. Hij benadrukt dat de technologische aspecten de sociale interactie beïnvloeden. Systemen die de registratie vergemakkelijken, zullen bijdragen aan de ervaren beleving van de patiënt over de verleende service (Norman 1991). Voor de patiënt is de ervaren beleving van de service in verhouding tot de verwachte service een maat voor de kwaliteit van de dienstverlening (Parasuraman et al.1985). Daarbij is de wijze waarop deze service wordt verleend van essentieel belang (Parasuraman et al.1985, Van Wijk 2007). Van Wijk (2007) noemt dit de externe servicekwaliteit. Binnen deze scriptie wordt alleen de dienstverlening van fysiotherapeut naar patiënt binnen het primaire proces in relatie tot de registratieverplichtingen onderzocht. Determinanten van de externe servicekwaliteit zijn naast de betrouwbaarheid van de fysiotherapeut, de bereidwilligheid van de fysiotherapeut, de bejegening en vertrouwen, de geleverde zorg op maat, de privacy en het resultaat van de service. Daarbij vormt het registreren van patiëntgegevens tijdens het fysiotherapeutisch consult een belangrijk deel van de interactie tussen fysiotherapeut en patiënt. Worden de verwachtingen van de patiënt over de verleende service overstegen dan is de tevredenheid van de patiënt zeer hoog (Goldstein et al. 2000). Beattie et al.(2002)

concluderen uit hun studie eveneens dat de patiënttevredenheid over de verleende service sterk positief gecorreleerd is aan de kwaliteit van de interacties tussen patiënt en fysiotherapeut. Dit is consistent met Van Wijk (2007). De transactionele fit door Van Wijk (2007) geïntroduceerd, beschrijft het optimaal aansluiten van de geleverde service door de fysiotherapeut aan de verwachtingen van de patiënt. Juist tijdens de transactiemomenten tussen fysiotherapeut en patiënt vindt de uitwisseling van de dienst plaats en ervaart de patiënt de kwaliteit van de dienstverlening (Van Wijk 2008).

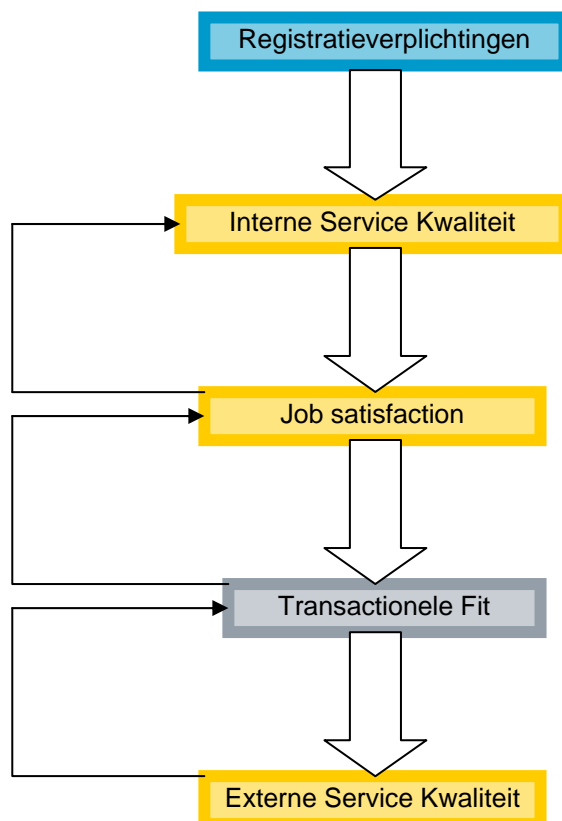
2.6. Externe servicekwaliteit

Heskett et al.(1997a) beschrijven de externe servicekwaliteit als de mate van waardering die klanten hebben voor de resultaten van de dienstverlening. Uit een onderzoek onder bankemployees blijkt dat de perceptie van de klant omtrent de servicekwaliteit gerelateerd is aan het beeld dat de werknemer heeft over de geleverde servicekwaliteit (Schneider & Bowen 1985). Hierbij wordt vooral de face-to-face relatie tussen klant en werknemer als sleutelfactor gezien (Schneider & Bowen 1985). Binnen het primaire proces maakt het face-to-face contact tussen fysiotherapeut en patiënt eveneens een belangrijk onderdeel uit van de behandeling. Daarnaast is het de gepercipieerde kwaliteit van de interacties tussen fysiotherapeut en patiënt die de kwaliteit van de dienst bepaalt (Scheers & Lotgerink 2002). Volgens Curry en Sinclair (2002) “being treated as an individual is more important by a considerable margin than getting better”. Uit hun onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van fysiotherapeuten, waardeerden patiënten de dimensie bejegening (assurance) het meest. Dit werd verklaard doordat patiënten dankzij hun fysiotherapeut leerden omgaan met hun klachten. Daarnaast scoorde de dimensie betrouwbaarheid (reliability) eveneens hoog. Patiënten gaven op de dimensie empathie aan dat de behandeling in een veilige omgeving diende te geschieden. Op de dimensie bereidwilligheid (responsiveness) verwachtten patiënten dat de fysiotherapeut zich bereidwillig opstelt en zo snel mogelijk adequaat hulp biedt. Hoewel de dimensie merkbare zaken (tangibles) de laagste verwachting scoorde, hechtten patiënten nog steeds waarde aan informatievoorziening, de begrijpelijkheid van het behandelplan en de instemming hiermee (Curry & Sinclair 2002, Van Wijk 2007). Patiënten klaagden het meest over het gebrek aan informatie over hun klachten (Curry & Sinclair 2002). Curry en Sinclair (2002) beklemtonen dat de kloof tussen de verwachting van de patiënt en de geleverde service soms ook ligt aan een te hoog verwachtingspatroon van de patiënt. Zij adviseren om het verwachtingspatroon van de patiënt naar een realistisch niveau te brengen door goede voorlichting. Deze voorlichting betreft datgene wat de patiënt kan verwachten van de fysiotherapeut. Beaton (1989) stelt dat hoe groter de mate van tangibles, hoe groter de mogelijkheid van de patiënt om een mening

te vormen over de fysiotherapeut en de geleverde service. Hij onderscheidt het product fysiotherapie op drie niveaus ,het 'core product', het 'expected product' en het 'augmented product'. Het 'core product' is de medische/praktische kennis. Het 'expected product' behelst de voorlichting over de behandeling, de prognose etc. De meeste patiënten maken geen onderscheid tussen fysiotherapeuten op basis van deze producten. Het 'augmented product' bestaat uit niet-medische aspecten zoals de omgangsvormen die de fysiotherapeut hanteert, de kleding die gedragen wordt, het oogcontact en de kwaliteit en de timing van de geleverde voorlichting. Op dit laatste product maakt de patiënt zijn keus voor een fysiotherapeut (Beaton 1989). Dit komt overeen met hetgeen Curry en Sinclair (2002) aangeven. De mate van tegemoet treden vindt de patiënt belangrijker dan het beter worden. De communicatie en de presentie van de fysiotherapeut zijn kritische factoren voor een succesvolle interactie tussen patiënt en fysiotherapeut (Hobbs 2009). De hoogste teleurstelling wordt volgens Beaton (1989) veroorzaakt doordat de fysiotherapeut niet tegemoet komt aan de hogere niveaus van Maslow's pyramide te weten, acceptatie, zelfontplooiing, prestige, vriendschap en affectie.

Het onderstaande model toont de centrale begrippen en hun samenhang zoals die in het theoretisch kader beschreven staan.

Figuur 1. Conceptueel model



3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en welke overwegingen de onderzoekster heeft gehad om tot die keuze te komen. De verschillende vormen van dataverzamelingen worden één voor één nader toegelicht. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de methodologische kwaliteit van dit onderzoek.

3.1. Type en opzet onderzoek

Voor dit onderzoek gebruikt de onderzoekster zowel kwalitatieve als kwantitatieve methodieken. Dit wordt door Creswell (2003) een mixed-methods benadering genoemd. Deze mixed-method benadering is volgens Creswell een mogelijkheid om bias zoveel mogelijk te voorkomen (Creswell 2003:15). Er is sprake van een concurrente procedure waarbij beide vormen van data gelijktijdig worden verzameld om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen van de cases (Creswell 2003:212). Hierbij wordt de zwakte van de ene methode gecompenseerd door de sterkte van de andere methode (Creswell 2003:217). Om antwoord te krijgen op de deelvragen en op de probleemstelling wordt gebruik gemaakt van methoden triangulatie. Door meerdere methoden van dataverzameling wordt vanuit verschillende invalshoeken antwoord verkregen op de vragen. Dit vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek (Creswell 2003:196).

Het onderzoek is verricht in vijf particuliere praktijken. Semi-gestructureerde interviews aan de hand van topics die in relatie staan tot de deelvragen zijn afgenomen bij vijf fysiotherapeuten (één per praktijk) en één patiënt die onder behandeling is bij de geïnterviewde fysiotherapeut. Meningingen en ervaringen zijn hierdoor uitvoerig bevestigd (Baarda et al. 2001:132). Door middel van een gestratificeerde steekproef zijn aan tien patiënten (at random) per praktijk vragenlijsten aangeboden met betrekking tot de ervaren service tijdens de dienstverlening. Dit vergde weinig tijd voor de patiënten. De vragenlijsten zijn verspreid via de geïnterviewde fysiotherapeuten. Actuele patiëntendossiers zijn bestudeerd, waarbij gelet is op de hoeveelheid items die zijn ingevuld per dossier. Deze uitkomsten zijn aan de hand van de richtlijn methodische verslaglegging van het KNGF beoordeeld op volledigheid. Om de validiteit te waarborgen zijn de interviews digitaal opgenomen. De analyse van de interviews zijn door de onderzoekster en door een collega-onderzoeker gedaan (peer-review)(Creswell 2003:196). De vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS.

3.2. Operationalisaties

De interne servicekwaliteit wordt mede bepaald door de kwaliteit van het leveringssysteem en de ondersteuning daarin. Daarnaast hangt zoals in het theoretisch kader beschreven de kwaliteit sterk af van de mate van job satisfaction die de fysiotherapeut ervaart. De administratieve last heeft de grootste negatieve invloed op job satisfaction (Speakman et al.1996). Ondersteuning van de fysiotherapeut in het primaire proces is dus van groot belang. De interne servicekwaliteit wordt gemeten aan de hand van de volgende aspecten.

- inrichting van het proces van registreren
- inrichting van de werksituatie
- informatievoorziening richting medewerker
- ondersteuning middels computer en software
- invloed primaire proces
- administratieve last, werkdruk
- waardering voor het werk

De externe servicekwaliteit hangt af van de ervaren kwaliteit van de dienstverlening binnen het primaire proces. Deze wordt gemeten aan de hand van 6 dimensies (Sonsbeeck et al.2006; Van Wijk 2007).

- De bereidwilligheid van de fysiotherapeut om service te verlenen (responsiveness)
actief luisteren, communicatie, oogcontact, behulpzaamheid
- Bejegening en vertrouwen dat de fysiotherapeut bij de patiënt wekt (assurance)
vriendelijkheid, mate van tonen van begrip, ongestoorde behandelingsgesprekken, aandacht, het op het gemak stellen van de patiënt.
- Betrouwbaarheid van de fysiotherapeut (reliability)
De fysiotherapeut staat open voor klachten en doet wat hij zegt.
- Geleverde zorg op maat (empathy)
Onderhandelingsmogelijkheden van de patiënt, keuze in therapievorm, afstemming therapievorm op de conditie en voorkeuren van de patiënt
- Merkbare zaken van de dienstverlening (tangibles)
Computer, behandelruimte, informatievoorziening
- Privacy
Kloppen/bellen ander personeel tijdens behandelsessie
Gesloten behandelkamer
Verstoring therapiesessie door telefoon etc.

3.3. Selectie van onderzoekseenheden

Onderzoekseenheden zijn fysiotherapeuten en hun patiënten in de particuliere praktijk. Voor dit onderzoek zijn vijf eerstelijns praktijken benaderd om deel te nemen. Alle praktijken hebben contracten met meerdere zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars eisen via deze contracten dat de in de praktijk werkende fysiotherapeuten ingeschreven staan in het centraal kwaliteitsregister. Alle praktijken voldoen hierdoor aan de registratie-eisen. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van bereidwilligheid. Hierbij werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd. Allereerst was het een voorwaarde dat een computer aanwezig was in de behandelkamer daar de transactiemomenten tijdens de behandeling in relatie tot het registreren in de behandelkamer werden onderzocht. Een tweede voorwaarde was het werken met software dat een EPD ondersteunt. Daarnaast dienden de fysiotherapeuten de registratiegegevens in te voeren in dit EPD tijdens de behandeling van de patiënt. De fysiotherapeuten die niet in het bijzijn van de patiënt de registratie deden, werden niet geïncludeerd. Het werken met een EPD diende al enige tijd geïmplementeerd te zijn. De typevaardigheid van de fysiotherapeut is niet als criterium aangewend.

3.4. Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve dataverzamelingmethoden gebruikt. De kwalitatieve data zijn verzameld via face-to-face interviews. De kwantitatieve data zijn verzameld door middel van enquêtes. De dataverzameling richtte zich op de registratie en de invloed hiervan op de transactiemomenten tussen fysiotherapeut en patiënt. Achtereenvolgens worden toegelicht: literatuuronderzoek, interviews, documenten, observaties, en enquêtes.

3.4.1. Literatuuronderzoek

Bij dit exploratief onderzoek dient de literatuur als perspectief om naar het onderzoek te kijken (Creswell 2003:140). Hierbij ondersteunt de theorie het onderzoek om naar conclusies toe te werken. Een deel van de literatuur gebruikt voor deze theoretische onderbouwing is gezocht op internet in de databanken PubMed en de digitale bibliotheek van de Erasmus Universiteit. De gebruikte zoektermen zijn: administration, tasks, job satisfaction, physiotherapy, commitment, computer, epd, dissatisfaction, patient-doctor relation, physical therapy profession, burn-out, service-quality, customer satisfaction, patiënt satisfaction, patient-centered medicine en patient-centered care. Daarbij is ook gezocht op combinaties van deze zoektermen. Daarnaast is literatuur gebruikt, welke aangereikt is in het schakeljaar 2007-2008 en de master zorgmanagement 2008-2009 van het iBMG. Leidend in dit

onderzoek was de dissertatie van Van Wijk (2007) betreffende de service care chain. Het literatuuronderzoek heeft naast theoretische onderbouwing ook als doel gehad een vragenlijst te ontwikkelen met betrekking tot het begrip patiënttevredenheid. Daarnaast heeft het gediend als uitgangspunt voor de interviews.

3.4.2. Interviews

Aan de hand van de beschreven aspecten in het theoretisch kader zijn semi-gestructureerde interviewvragen opgesteld. Hierdoor bestaat er ruimte binnen het interview voor het aansnijden van nieuwe gezichtpunten en de mogelijkheid om dieper hierop in te gaan. Volgens Baarda (2001:132) kunnen aldus meningen en ervaringen uitvoering worden bevraagd. Daarnaast geeft het semi-gestructureerde karakter van de vragen een houvast voor de onderzoekster zodat alle relevante aspecten aan de orde komen bij iedere geïnterviewde (Baarda et al.2001:133). Alvorens met de interviews te starten is een proefinterview afgenomen bij een collega-fysiotherapeut en onderzoeker. Op basis van dit interview zijn sommige vragen aangepast en enkele vragen toegevoegd. Daarnaast is één vraag verwijderd uit de lijst in verband met irrelevantie (Baarda et al. 2001:140). Van elke praktijk zijn een fysiotherapeut en een patiënt van deze fysiotherapeut geïnterviewd. De patiënten werden na toestemming van de praktijkhouder(s) door de geïnterviewde fysiotherapeuten verzocht medewerking te verlenen aan dit onderzoek. De interviews hebben plaats gevonden in de behandelruimte waar de desbetreffende fysiotherapeut de behandelingen uitvoert. Zo kon de onderzoekster zich een beeld vormen van de opstelling van de computer in de behandelruimte ten opzichte van de fysiotherapeut en de patiënt. De interviews zijn face-to-face afgenomen gedurende de maand april 2009. Fysiotherapeut en patiënt zijn onafhankelijk van elkaar geïnterviewd. De fysiotherapeuten is gevraagd naar de registratieverplichtingen, de mate van tevredenheid die zij ervaren in hun werk in relatie tot de registratieverplichtingen en de invloed in hun beleving hiervan op de transactiemomenten met de patiënt. Aan de patiënten zijn vragen gesteld omtrent de invloed in hun beleving van de registratieverplichtingen op het contact met de fysiotherapeut tijdens de behandeling in de behandelruimte. De registratie van de interviews heeft digitaal plaats gevonden om nauwkeurige registratie mogelijk te maken ('t Hart et al. 1999). De interviews hadden een gemiddelde duur van 40 minuten. De opnames van de interviews zijn volledig uitgetypt tot transcripten en geanalyseerd.

3.4.3. Documenten

Allereerst is de richtlijn verslaglegging van het KNGF (bijlage 1) bestudeerd. Na toestemming van de geïnterviewde fysiotherapeut heeft de onderzoekster via een gestratificeerde steekproef patiëntendossiers bekeken (EPD) en getoetst op het gebruik van de richtlijn verslaglegging. De beoordeelde dossiers behoorden toe aan patiënten die op dat moment onder behandeling waren. De dossiers zijn bekeken op de hoeveelheid items die ingevuld zijn en vergeleken met de eisen vanuit de richtlijn verslaglegging.

3.4.4. Observaties

Na toestemming van de praktijkhouder en de geïnterviewde fysiotherapeut zijn de behandelruimten waarbinnen de transactiemomenten plaatsvinden, beoordeeld op de inrichting van het werksysteem. Gekeken is naar de plaats van het beeldscherm en de gebruikte software, de opstelling van de inventaris, en de posities van de fysiotherapeut en de patiënt tijdens het uitvoeren van de registratie. In verband met privacy binnen de behandelingssessie en is het niet mogelijk geweest de transactiemomenten daadwerkelijk te observeren. De verschillende praktijken werken met verschillende registratiesystemen. Vier praktijken werken met twee registratiesystemen, één praktijk met één systeem. Hierdoor is een vergelijk tussen de praktijken niet mogelijk, maar kan wel een goed beeld gevormd worden over de gebruiksvriendelijkheid van de verschillende systemen.

3.4.5. Enquêtes

De patiënttevredenheid is gemeten aan de hand van een enquête gebaseerd op SERVQUAL en een gevalideerde vragenlijst patiënttevredenheid van het KNGF. Deze vragenlijsten betreffen de kwaliteit van de dienstverlening beoordeeld door de gebruiker ervan. Kwaliteit wordt omschreven als de mate waarin wordt voldaan aan de verwachting die de klant heeft ten aanzien van de dienstverlening (Lemmink & Bebara 1992). De vragen gebaseerd op de SERVQUAL zijn overgenomen uit de dissertatie van Van Wijk (2007) daar deze vragen al aangepast zijn aan de zorgsector. Daarnaast zijn vragen met betrekking tot bejegening en vertrouwen overgenomen uit de gevalideerde vragenlijst van het KNGF. Het aspect registratie betreft vragen die door de onderzoekster zijn geconstrueerd. Er is gebruik gemaakt van een Likert schaal met vijf antwoordcategorieën. De Likert schaal is een samengesteld meetinstrument waarbij correlatie tussen de verschillende items wordt verondersteld (Swanborn 2006).

3.5. Data-analyse

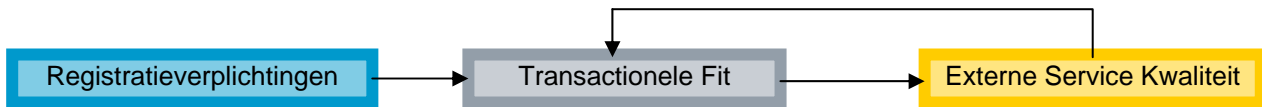
3.5.1. Analyse kwalitatieve data

De analyse van de kwalitatieve data is uitgevoerd volgens de zes stappen van Creswell (2003:190). De opgenomen interviews zijn schriftelijk uitgetypt tot transcripten. Vervolgens zijn de data globaal doorgenomen om een algemene indruk te verkrijgen van de antwoorden die gegeven zijn door de respondenten. Daarna is uitgebreid gekeken naar bepaalde begrippen en ideeën die in de interviews naar voren komen. Vervolgens zijn de data gecodeerd op deze begrippen en geanalyseerd per vraag. De uitkomsten zijn geïnterpreteerd vanuit de theorie. De documenten welke tot dataverzameling behoren zijn vervolgens geanalyseerd. Verschillen en overeenkomsten tussen de theorie en empirie worden besproken in de resultaten.

3.5.2. Analyse kwantitatieve data

Onderzoekster heeft 50 vragenlijsten, tien per praktijk verspreid onder de praktijken. Van de 50 vragenlijsten is de respons 45. De data afkomstig uit de 45 vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van SPSS 15.0. Van deze 45 vragenlijsten zijn er acht met missing values. Totaal 37 vragenlijsten zijn volledig ingevuld. De uitkomsten van de enquêtes zijn met behulp van SPSS gecodeerd en geanalyseerd. Allereerst zijn enkele vragen gehercodeerd. Vervolgens zijn schalen geconstrueerd van de verschillende items waarbij is aangegeven hoeveel items er minimaal ingevuld moesten zijn per schaal om te kunnen worden meegenomen in de analyses. Voor de schaal "betrouwbaarheid" bestaande uit maar drie items is geen minimum opgenomen. De interne consistentie is berekend aan de hand van de Cronbach's Alpha. Deze varieert van 0,466 tot 0,844. Op basis van de score is bepaald dat niet alle items per schaal zijn meegenomen in de analyse. Voor de schaal "bereidwilligheid van de fysiotherapeut" is vraag 3 verwijderd. Hierdoor werd de Cronbach's Alpha verhoogd van 0,594 naar 0,863. Voor de schaal "bejegening en vertrouwen" is vraag 9 uit de analyse weggelaten. Hierdoor steeg de Cronbach's Alpha van 0,591 naar 0,752. Om de interne consistentie verder te verhogen is vraag 26 uit de schaal "registratie" eveneens niet meegenomen in de analyse. De Cronbach's Alpha steeg hierdoor van 0,466 naar 0,513. Schaal "registratie" en schaal "privacy" scoorden lager dan de andere schalen respectievelijk 0,513 en 0,568. Gezien de kleine dataset is besloten alle schalen mee te laten wegen in de analyse. Van alle schalen uitgezonderd de schaal "registratie" is een nieuwe schaal geconstrueerd "externe service kwaliteit (ESK). Vervolgens is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de afhankelijke variabele de "ESK", en de onafhankelijke variabele

“registratie”. Daarnaast verschaft de correlatiematrix een extra inzicht in de aspecten van de externe servicekwaliteit in relatie tot de registratie.



Figuur 2. Conceptueel model

3.6. Validiteit en betrouwbaarheid

3.6.1. Validiteit

Voor het zoveel mogelijk waarborgen van de interne validiteit heeft de onderzoekster de data verzameld vanuit meerdere invalshoeken. Hierdoor zijn verschillende vormen van data verkregen ('t Hart et al.1996) Door verschillende databronnen (triangulatie) te benutten is gestreefd naar een zo goed mogelijke weergave van de werkelijkheid (Creswell 2003). Naast interviews zijn observaties gedaan en is documentenonderzoek gepleegd. Daarnaast zijn meerdere fysiotherapeuten uit verschillende praktijken geïnterviewd. De interviews zijn geanalyseerd door de onderzoekster en een collega-onderzoeker (peer review) (Creswell 2003:196). Bij verschil van mening is overleg gepleegd om tot consensus te komen. De kwalitatieve gegevens zijn gecombineerd met de kwantitatieve gegevens. Dit levert volgens Segers (1999) al een belangrijke bijdrage om indrukken te verifiëren en de geldigheid van de kwalitatief verkregen informatie te versterken. De interne validiteit van de vragenlijst is verhoogd door drie vragen te verwijderen uit de analyses. Hierdoor steeg de Cronbach's Alpha.

Onder de externe validiteit van dit onderzoek wordt verstaan dat de resultaten uit dit onderzoek inhoudelijk generaliseerbaar zijn naar andere praktijken die niet door de onderzoekster zijn onderzocht. Dit wordt inhoudelijke generalisatie genoemd. Het gaat hierbij om de vergelijkbaarheid in hoofdlijnen van de onderzoekssituaties met mogelijke of beoogde situaties die niet zijn onderzocht ('t Hart et.al.1996). Aangezien het EPD in alle praktijken in de toekomst aanwezig dient te zijn, kunnen de onderzoeksresultaten ten dele geëxtrapoleerd worden naar vergelijkbare andere onderzoekssituaties waarbij een EPD binnen het primaire proces van de fysiotherapie in de eerste lijn wordt gebruikt (Baarda et al. 2001). De registratieverplichting is voor iedere fysiotherapeut werkzaam in de eerstelijns praktijk identiek. De resultaten uit dit onderzoek overstijgen derhalve enigszins de unieke onderzoekssituatie. Er is sprake van vergelijkbaarheid met andere praktijken ('t Hart et al.1996).

3.6.2. Betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid is gewaarborgd door methodetriangulatie. De gegevens zijn verzameld door verschillende methoden te gebruiken ('t Hart et al.1996). Door semi-gestructureerde vragen zijn ongeveer gelijke vragen gesteld aan de respondenten. De interviews zijn opgenomen op een digitale voice-recorder en mede geanalyseerd door een collega-onderzoeker. Voor de enquête zijn vragen opgesteld afkomstig uit de SERVQUAL en de patiënttevredenheid vragenlijst van het KNGF. Beide vragenlijsten zijn reeds uitvoerig gevalideerd.

De externe betrouwbaarheid hangt af van de nauwkeurigheid waarmee onderzoekseenheden, dataverzameling en analyse zijn vastgelegd zodat andere onderzoekers dit onderzoek kunnen reproduceren ('t Hart et al.1996). Door de methode uitvoerig te beschrijven is getracht externe betrouwbaarheid te realiseren. De fysiotherapeuten zijn beschreven qua leeftijd, werkervaring en ervaring met registreren via de computer. De onderzochte patiëntenpopulatie is beschreven en komt redelijk overeen met de patiënt kenmerken volgens het NIVEL (2008). Ook de dataverzameling en analyses zijn beschreven zodat inzicht kan worden verkregen hoe de methode is uitgevoerd.

3.7. Rol van de onderzoekster

Onderzoekster is zelf als fysiotherapeute werkzaam in een particuliere praktijk in Rotterdam waarbij gebruik wordt gemaakt van een EPD in de behandelkamer. De respondenten zijn collega-fysiotherapeuten van de onderzoekster hetgeen mogelijk bias heeft opgeleverd in de vorm van sociaal wenselijke antwoorden. Onderzoekster is zich tevens bewust van een zekere mate van bias met betrekking tot ervaringen van fysiotherapeuten en patiënten met de registratieverplichtingen. Zij heeft zelf namelijk ervaringen met betrekking tot de invloed van deze verplichtingen op de transactiemomenten in het primaire proces. Onderzoekster is zich hiervan bewust en stelt zich zo objectief mogelijk op. Een collega-onderzoeker en een supervisor hebben bijgedragen aan het optimaliseren van de objectiviteit. De onderzoekster heeft getracht zich te verplaatsen in de respondenten en geprobeerd de situatie te begrijpen zoals de respondenten die zelf zien ('t Hart et al. 1996:277). Een evenwicht tussen distantie en betrokkenheid is nagestreefd. De onderzoekster is studente gezondheidswetenschappen en voert dit onderzoek uit in het kader van het afstudeertraject.

3.8. Ethische overwegingen

De geïnterviewden – de fysiotherapeuten en hun patiënten – zijn vooraf geïnformeerd over de aanleiding en doel van het onderzoek naar de invloed van registratieverplichtingen op transactiemomenten. Aan de respondenten is toestemming gevraagd de interviews op te nemen. Deze data zijn anoniem verwerkt.

Het heeft iedere respondent vrij gestaan zich op elk moment van het onderzoek te distantiëren. De scriptie wordt aangeboden aan de afdeling iBMG van de Erasmus Universiteit Rotterdam en aan de deelnemende praktijken.

4. Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten besproken die het onderzoek hebben opgeleverd. De uitkomsten worden beschreven aan de hand van de operationalisaties in paragraaf 3.2. Allereerst worden de resultaten uit de interviews met de fysiotherapeuten besproken. Vervolgens de uitkomsten van de interviews met de patiënten. Daarnaast wordt ingegaan op de uitkomsten van de enquêtes die afgenomen zijn bij patiënten.

De praktijken:

Alle benaderde praktijken zijn algemene praktijken waar in principe iedere fysiotherapeutische patiënt behandeld kan worden. De praktijken hebben een lokale functie. De patiënten die er behandeld worden zijn over het algemeen woonachtig in die gemeente waar de praktijk gevestigd is.

Praktijk A is een kleine dorpspraktijk in de Hoekse Waard met twee maatschapsleden en twee medewerkers. Zij werken met twee registratiesystemen te weten Intramed en Abakus. In Intramed worden de NAW-gegevens en de verzekeringgegevens opgenomen alsmede de agenda. De zorginhoudelijke gegevens, anamnese en onderzoek, en het verloop van het herstelproces van de patiënt worden vastgelegd in Abakus. Dit heeft tot gevolg dat er geswitched (in- en uitloggen) wordt van het ene systeem naar het andere systeem.

Praktijk B is een middelgrote praktijk in Rotterdam-IJsselmonde en bestaat uit zes maatschapsleden en vijf medewerkers. Deze praktijk werkt met Intramed en Abakus. Registratie is identiek aan praktijk A. Ook hier wordt geswitched van het ene systeem naar het andere.

Praktijk C is een dorpspraktijk in De Lier met vijf maatschapsleden en vier medewerkers waarvan één administratief. Ook deze praktijk werkt met twee systemen voor registratie. Intramed en Abakus. Intramed wordt gebruikt voor de NAW-gegevens, de verzekeringsgegevens, de zorginhoudelijke gegevens en het behandelverloop. In Abakus worden de vragenlijsten opgeslagen. Niet iedere behandeling is het noodzakelijk dat er wordt geswitched van systeem. Alleen wanneer een vragenlijst wordt ingevuld is switchen noodzakelijk.

Praktijk D is een dorpspraktijk in de Alblasserwaard met vier maatschapsleden en tien medewerkers waarvan drie administratief en zeven fysiotherapeuten. Deze praktijk werkt eveneens met Intramed maar gebruikt Fysioroadmap (FRM) voor de zorginhoudelijke gegevens alsmede het verloop.

Praktijk E is een praktijk in Rotterdam welke in tegenstelling tot de andere praktijken werkt met één computersysteem namelijk Logicdata. Zowel de NAW-gegevens als de

zorginhoudelijke gegevens en het verloop worden geregistreerd in Logicdata. Er wordt echter nog wel gewerkt met een papieren agenda. De praktijk bestaat uit zes maatschapsleden.

De fysiotherapeuten:

Fysiotherapeut A is een man van 26 jaar, sinds vier jaar fysiotherapeut en bekend met de registratieverplichtingen sinds vier jaar. Hij heeft wel enige computerervaring, maar heeft hierin nooit een cursus gedaan.

Fysiotherapeut B is een vrouw van 34 jaar, sinds 11 jaar fysiotherapeut en al die jaren bekend met de registratieverplichtingen. Ze heeft 11 jaar computerervaring.

Fysiotherapeut C is een man van 43 jaar, bijna 20 jaar werkzaam als fysiotherapeut waarvan 10 jaar bekend met de registratieverplichtingen. Hij heeft tien jaar computerervaring.

Fysiotherapeut D is een vrouw van 48 jaar, sinds 26 jaar werkzaam en zeker 15 jaar bekend met de registratieverplichtingen. Ze werkt ruim tien jaar met een computer.

Fysiotherapeut E is een vrouw van 56 jaar, 34 jaar werkzaam als fysiotherapeut waarvan acht jaar bekend met registratieverplichtingen. Ze heeft vanaf die tijd ook ervaring met de computer.

De patiënten:

Patiënt A is een man van 47 jaar met nekklasten en is sinds juli 2007 onder behandeling bij fysiotherapeut A.

Patiënt B is een vrouw van 46 jaar met nek/schouder klachten en is ten tijde van het interview twee maal onder behandeling geweest bij fysiotherapeut B.

Patient C is een vrouw van 48 jaar met nekklasten, en is nu voor de tweede keer onder behandeling bij fysiotherapeut C.

Patiënt D is een vrouw van 55 jaar met schouderklachten. Zij is zes maal onder behandeling geweest bij fysiotherapeut D.

Patiënt E is een vrouw van 75 jaar, al geruime tijd onder behandeling bij fysiotherapeut E vanwege een schouderfractuur.

Voor de duidelijkheid worden de fysiotherapeuten aangeduid met de letters FT gevolgd door de letter van de praktijk. De patiënt wordt aangeduid met de letters PT gevolgd door de letter van de praktijk. Bijvoorbeeld FTA staat voor de geïnterviewde fysiotherapeut van praktijk A, PTB voor de patiënt van praktijk B.

4.1. Uitkomsten interviews fysiotherapeuten

4.1.1. Inrichting van het proces van registreren

Bij de interviews is onderscheid gemaakt tussen de registratieverplichting tijdens het eerste consult en de daarop volgende consulten. Tijdens het eerste consult dient de fysiotherapeut naast de NAW-gegevens, de hulpvraag van de patiënt en de daaraan gekoppelde onderzoeksgegevens in het EPD vast te leggen. Alle respondenten geven aan dat een consult een duur heeft van 30 minuten. De respondenten hebben ongeveer 20 tot 25 minuten nodig om deze gegevens vast te leggen in het EPD. Buiten de 30 minuten behandelingsduur wordt het verslag gemaakt naar de verwijzend arts. De resterende vijf tot tien minuten worden gebruikt om uitleg te geven aan de patiënt met betrekking tot de klacht gekoppeld met adviezen. Uit de interviews blijkt dat het registreren en het vastleggen van de gegevens alleen, de fysiotherapeuten niet het gevoel geeft voldoende aan de hulpvraag van de patiënt tegemoet te komen. Zij geven aan een sterke behoefte te voelen om minimaal adviezen te geven en/of oefeningen om aan het intrinsieke gevoel van een goede behandeling te kunnen voldoen. Daarnaast wordt dit gevoel versterkt om aan de verwachting van de patiënt tegemoet te komen. FTB geeft aan: *“als je het met adviezen kunt redden, geef je adviezen en soms dan toch nog als het lukt als je de tijd kunt vinden dan nog even toch een vorm van behandeling”*. FTC vertelt: *“ik heb het gevoel dat ik tien jaar geleden meer tijd over had om echt bezig te zijn. Het komt niet altijd tot een stukje behandeling, wel een stukje instructie en advies”*. FTD merkt op dat sommige patiënten gebudgetteerd zijn in het aantal behandelingen en van mening zijn dat de eerste behandeling er wel wat gedaan moet worden. FTE heeft de overweging dat ze de patiënt wel iets verbeterd de deur uit wil hebben. Ze vindt hierbij de tevredenheid van de patiënt belangrijk. In praktijk D zijn de NAW-gegevens door de praktijkassistente al ingevoerd. Uit de interviews blijkt dat het registreren verkort wordt indien de ernst van de klacht daartoe aanleiding geeft. Dit kan zijn het acute karakter met veel pijn waarbij de fysiotherapeut zich verplicht voelt direct hulp te bieden. Een ander aspect wat genoemd wordt is de mate waarin emotionele of psychische componenten zich voordoen tijdens het eerste consult. FTA draait zich dan weg van het computerscherm om aandacht te hebben voor de patiënt. FTB geeft aan dat zij zelfs de computer dicht doet (ze werkt met een laptop) bij emotioneel geladen patiënten: *“ja oh dan doe ik de computer dicht dan doe ik dat [registreren] een andere keer, dat pas ik aan. Dan ga ik niet achter mijn computerscherm blijven zitten ,nee”*. FTD maakt in zo'n situatie wat aantekeningen op papier en pas wanneer de patiënt de behandelruimte heeft verlaten verwerkt ze deze in de computer.

De vervolggconsulten hebben eveneens een duur van 30 minuten. Respondenten geven aan dat het registreren met name gebeurt op momenten dat de patiënt zich aan- en uitkleedt.

Afhankelijk van de gebruikte software (Intramed, FRM, Logicdata, Abakus) geven respondenten aan zoveel mogelijk de verplichte velden in te vullen. In sommige praktijken worden hier nog nadere afspraken over gemaakt (praktijk C,E). FTE maakt zelf haar afwegingen welke zaken ingevuld worden en welke niet: *“als je alles invult wat gevraagd wordt denk ik dat je een uur met een patiënt bezig bent dus ik skip zelf al een aantal dingen, vind ik totaal niet belangrijk.”* FTD vindt het invullen van de doelstelling van de behandeling belangrijk, maar als het over de subdoelen gaat, vindt zij twee subdoelen wel voldoende. FTC vult alleen de verplichte velden in die aangemerkt staan met een sterretje (*). Sommige software telt het aantal karakters (woorden) wat vastgelegd wordt bij een herhalingsconsult. Fysiotherapeuten gaan hier soepel mee om door hun aantekeningen aan te vullen met x-jes om aan het aantal verplichte karakters te voldoen.

4.1.2. Inrichting van de werksituatie

Binnen de diverse praktijken verschilt de opstelling van gesloten naar een meer open opstelling. De fysiotherapeuten passen hun houding hierop aan. FTD merkt op: *“In het begin heb ik erg moeten wennen want ja van het schrijven dan heb je toch meer contact (...)ik probeer een zo open mogelijke houding aan te houden”.*(...) *dit is wel een opstelling waarbij je een open houding hebt. Ik vind het als je het achter je bureau doet dan schep je alweer meer afstand”.* In sommige opstellingen is het voor de patiënt mogelijk om mee te lezen op het computerscherm. Alle respondenten hebben hier geen bezwaar tegen. FTA merkt nog op dat door de opstelling van het beeldscherm het gemakkelijk is om de aandacht te verleggen van het scherm naar de patiënt: *“de patiënt zit naast het scherm dus je kunt makkelijk je aandacht verleggen van het scherm naar de patiënt”.* Hij doelt hiermee op het oogcontact wat hij heeft met de patiënt. De opstelling van de computer is dus belangrijk voor het optimaal houden van het contact met de patiënt.

4.1.3. Informatievoorziening richting medewerker

De informatievoorziening loopt via twee kanalen. Het eerste kanaal loopt via de praktijk, het tweede via het KNGF die de richtlijn verslaglegging heeft ontwikkeld en verspreid. Bij elke praktijk is aan de hand van de verplichting een EPD te hebben, software geïnstalleerd op de computers. Per praktijk verschilt het stadium van implementatie van het gebruik van deze software. Hiertoe zijn in elke praktijk stappen ondernomen om het gebruik te faciliteren. De mate van training verschilt per praktijk. FTA merkt op dat hij vanuit zijn opleiding (pas vier jaar afgestudeerd) niet getraind is in hoe dingen vastgelegd dienen te worden. Hij geeft aan dat er vanuit de praktijk geen cursus is geweest en dat het een kwestie is van veel doen om

vaardigheid te verkrijgen: *“Vanuit de opleiding eigenlijk niet. Er wordt weinig aandacht aan besteed hoe je de dingen vastlegt. Het schrijven van brieven wat erin hoort wat wel wat niet.(...)Vanuit de praktijk een aantal keren over gesproken en er is wel wat informatie over geweest. (...) hoe meer je het doet hoe meer ervaring je ermee krijgt, hoe makkelijker het gaat”*. FTB meldt wel dat er een trainingsavond is geweest met betrekking tot Abakus. Zij geeft aan dat ze geen behoefte heeft aan cursussen, omdat een collega in de praktijk haar kan helpen met vragen betreffende het registratiesysteem. Zij merkt op: *“ik rommel nu gewoon in een veld en dan vind ik het”*. FTC heeft geparticipeerd in een pilot betreffende Abakus en in het kader van deze pilot trainingsavonden gevolgd. Hij geeft aan dat deze training niet voldoende is geweest. Bij hem in de praktijk wordt men nu volgens het train-de-trainer principe verder wegwijs gemaakt in de systemen Intramed en Abakus. In praktijk D kunnen de fysiotherapeuten terecht bij één collega die verantwoordelijk is voor het software systeem en de collega's apart helpt bij vragen en problemen. Deze vorm van training is gekozen om alle fysiotherapeuten op één lijn te krijgen voor wat betreft de registratie. FTE meldt dat ze met de andere leden van de praktijk training hebben als onderdeel van een vergadering echter dat er vaak te weinig tijd voor is. Zij geeft toe dat ze moeite heeft om steeds dingen te vragen als ze het niet snapt, maar dat er wel gehoor aan wordt gegeven door de andere leden wanneer zij om hulp vraagt.

Het KNGF heeft de richtlijn verslaglegging passief verspreid onder alle in het CKR geregistreerde fysiotherapeuten (disseminatie) (Grol & Wensing 2001). Respondenten geven aan bekend te zijn met de richtlijn verslaglegging echter FTA geeft aan dingen te vergeten die men toch moet vastleggen. FTB meldt niet meer in detail te weten wat je moet invullen en dat software wat aangeeft wat je minimaal moet invullen om aan de richtlijn te voldoen, haar voorkeur heeft. Ook FTC weet evenmin wat hij exact moet registreren en vindt het aangeven van verplichte velden in het registratiesysteem gemakkelijk. Hij geeft aan dat hij zonder deze software niet weet wat hij verplicht moet registreren: *“nou ik ben er wel mee bekend maar ik weet niet meer wat ik exact zou moeten registreren. Nu vind ik wel het gemak van dit ding [computer] want er zijn verplichte velden met een sterretje aangegeven, dus als het goed is doen we het maar ik zou niet zonder kunnen”*. FTD vermeldt eveneens dat als ze alle verplichte velden invult, ze ervan uit gaat dat ze voldoet aan de richtlijn. Binnen praktijk E is afgesproken een onderscheid te maken tussen de verplichte en niet-verplichte velden. Alleen de verplichte velden worden ingevuld.

4.1.4. Ondersteuning middels computer en software

Uit de interviews blijkt de gebruiksvriendelijkheid van de software voor verbetering vatbaar. Alle praktijken met uitzondering van praktijk E kennen twee software systemen. Dit heeft tot gevolg dat geswitched wordt van het ene systeem naar het andere systeem en dat kost tijd. De opbouw van het EPD kent diverse velden die alle doorlopen moeten worden. Respondenten geven aan dat het verplicht doorlopen van het systeem niet gebruiksvriendelijk is en tijd kost. FTE geeft aan al ruim dertig jaar te werken met haar eigen notaties die niet vertaalbaar zijn naar het EPD:

Mijn eigen systeem en het systeem dat ik nu moet invullen dat zit niet op één lijn. (...) omdat ik sommige dingen niet in de kaart [EPD] kwijt kan en in mijn kaart kon ik met bepaalde tekens werken. Je werkte vroeger in kwadranten dat je eventjes een tekening maakt en dat kan je hier in de computervakken vaak niet kwijt en dat vind ik vaak onvoldoende.(FTE)

FTC merkt op dat binnen het EPD maar keuze is uit vier doelen. FTC geeft aan dat er veel te veel vakjes zijn die ingevuld moeten worden waarbij veel muisbewegingen en doorklikken noodzakelijk is. Deze mening is ook FTB toegedaan. Zij merkt nog op dat het moeilijk 'bladeren' is binnen het systeem: *“dan weet je niet meer precies wat je wel en niet ingevuld hebt, je moet altijd tussendoor opslaan (...) je kunt niet makkelijk bladeren binnen het systeem. Dan moet je weer opslaan en het duurt weer twee seconden en dan moet je weer wat openen en dan weer sluiten en weer openen en sluiten”*. FTD vond het aanvankelijk veel te veel wat allemaal in de vakken moest worden ingevuld, maar heeft zelf een systeem gevonden waardoor het voor haarzelf wel werkt. FTB geeft aan dat door de aparte velden het moeilijk is de patiënten historie naar voren te krijgen. FTA heeft er vertrouwen in dat het door ervaring steeds makkelijker gaat. FTE klaagt niet over de hoeveelheid muisbewegingen en klikken, maar zij werkt dan ook met één systeem. Alle respondenten benoemen de afhankelijkheid van het systeem. Bij stroomuitval is het EPD niet meer toegankelijk en moet teruggevallen worden op het geheugen van de fysiotherapeut. Van vier praktijken (A,B,D,E) is bekend dat de mogelijkheid bestaat thuis in te loggen in het systeem.

4.1.5. Invloed primaire proces

FTA ervaart het soms als vervelend dat hij teveel aandacht moet geven aan de computer ten gevolge van het registreren. Indien hij merkt dat patiënten zich hieraan ergeren verontschuldigt hij zich en verklaart dat dit door de zorgverzekeraar wordt voorgeschreven.

Hij wijst erop dat je de patiënt het gevoel moet geven dat deze belangrijker is dan het invoeren van de gegevens. Bij sommige patiënten zoals degenen met emotionele problematiek vermindert hij de registratie en voert hij later de gegevens in: *“ik denk dat je inderdaad de patiënt wel het gevoel moet geven dat hij het belangrijkste is. Belangrijker dan het invoeren van de gegevens”*. Dit is ook het geval bij FTD. Ook FTB verontschuldigt zich naar de patiënt en legt uit dat het noodzakelijk is. FTD zegt geen negatief commentaar te krijgen van patiënten echter geeft wel aan dat wanneer ze er zelf een negatief gevoel bij heeft, ze pas later de gegevens invoert. FTC merkt op dat het napraten met de patiënt tijdens het aankleden weggevallen is daar hij op deze momenten registreert. Volgens hem ervaren patiënten dit niet als negatief. FTE vindt zichzelf, tijdens het aan- en uitkleden van de patiënt meer gefocused op de computer en heeft hierdoor het gevoel dat ze hierdoor waarnemingen mist waar je als fysiotherapeut op in zou kunnen spelen.

Ten aanzien van de kwaliteit van de behandeling wordt door alle respondenten aangegeven dat deze niet is afgenomen door de registratieverplichtingen. FTC geeft aan dat de registratie en de evaluaties hiervan voor de patiënt meerwaarde opleveren en derhalve al een therapeutische interventie zijn. Dit wordt ook aangegeven door FTB. FTA wordt door de registratie geconfronteerd met het feit of een behandeling al dan niet zinvol is en merkt op dat hij hierdoor zich genoodzaakt voelt de therapie te wijzigen of stop te zetten. Hij vindt niet dat hij hierdoor beter is gaan behandelen.

4.1.6. Administratieve last, werkdruk

Alle respondenten ervaren de registratieverplichtingen als een toegenomen werkdruk. FTA geeft aan dat hij privé ook belast wordt, omdat het in de praktijk niet lukt om alles in orde te krijgen. Hij ervaart een werkdruk zowel privé als op het werk: *“je weet dat je het hoort te doen en het is best lastig om ervoor te zorgen dat alles in orde is en daar zit best druk achter. Dat betekent dat ik niet alleen op de praktijk aan het werk ben maar dat ik ook thuis er wat dingetjes bijschrijf. Privé wordt ik er dus ook wel iets mee belast”*. Daarnaast stelt FTB dat de registratie en het tikken van brieven een behoorlijk druk geeft op de behandeling. FTE ervaart eveneens een werkdruk, maar vindt de verslaglegging naar de verwijzers nu veel makkelijker: *“het heeft duidelijk voordelen vooral dus met de brieven die je na afloop verstuurt, dat is een stuk gemakkelijker geworden”*. FTD heeft het ingepast maar ervaart wel een werkdruk. Zij doet nu meer thuis. In tegenstelling tot de andere fysiotherapeuten ervaart FTC geen werkdruk. FTE vindt dat het ten koste gaat van de leuke dingen privé.

4.1.7. Waardering en plezier in het werk

De waardering in het werk wordt met name vanuit het primaire proces aangegeven. De fysiotherapeuten ervaren daarnaast dat patiënten het waarderen dat hun gegevens gearhiveerd zijn en bij herhaalbezoeken makkelijk kunnen worden opgehaald. FTD noemt dit als positief punt van de registratie. FTC geeft aan dat door de ingebouwde klinimetrie in de registratie zijn werk alleen maar leuker is geworden. FTA meent zeer duidelijk dat er niet nog meer tijd in de registratieverplichtingen moet gaan zitten daar anders het primaire proces eronder zal lijden. Dit zou de tevredenheid met zijn werk aantasten: *“als ik er nog meer tijd in zou moeten steken of dat ik nog meer moet opschrijven dan vind ik dat het ten koste gaat van de patiënt dus ik probeer wel aan de ene kant genoeg op te schrijven maar dat ik aan de andere kant ook nog genoeg aan het behandelen ben. Dat vind ik wel belangrijk”*. FTE ervaart vanuit patiënten heel veel waardering. Het plezier in het werk ervaart zij als wisselend echter bij navraag wordt deze door andere factoren beïnvloed dan de registratieverplichtingen.

Samenvatting

De fysiotherapeuten ervaren een zekere werkdruk door het registreren in relatie tot het primaire proces. Daarnaast kost het registreren veel tijd waardoor de registratie voor een deel thuis gebeurt. De gebruiksvriendelijkheid van de softwaresystemen is niet optimaal. De fysiotherapeuten klagen allen over het arbeidsintensieve karakter van het invullen van het EPD. Om het primaire proces echter zo min mogelijk te verstoren en de affectieve betrokkenheid richting de patiënt te behouden, passen de fysiotherapeuten zowel hun werkhouding als de kwantiteit van de registratie aan. Waardering voor het werk wordt ervaren in de relatie tot de patiënt. Er dient te worden opgemerkt dat duidelijk naar voren komt dat de fysiotherapeuten de registratiehandelingen geen onderdeel vinden van een fysiotherapie behandeling.

4.2. Uitkomsten interviews patiënten

4.2.1. Bereidwilligheid van de fysiotherapeut.

Patiënten ervaren de registratieverplichtingen niet als bezwaarlijk. Zij tonen begrip dat de fysiotherapeut tijdens het intikken van de gegevens minder oogcontact heeft met de patiënt. Ook geven allen aan dat ze stoppen met praten wanneer de fysiotherapeut aan het typen is. PTE vind dit een beleefdheidsnorm: *“dat hoort zo.... dan moet je even je mond houden”*. PTC ervaart wel een tijdelijke afname in de communicatie als de fysiotherapeut aan het typen is, maar begrijpt dat de fysiotherapeut toch alles moet registreren waardoor zij niet

door moet praten wanneer er getypt wordt. Ze vindt het prettig even te wachten zodat haar fysiotherapeut alles kan intikken:

Dat is altijd even iets minder omdat je het gevoel hebt dat hij er ook mee bezig is en z'n gedachten erbij moet houden en dat even stoppen tot hij klaar is en dat je dan verder praat en ik begrijp dus wel dat als je teveel praat het er wel ingezet moet worden want hij kan natuurlijk ook niet alles onthouden en eh dan vind ik prettig om even te wachten dat hij het erin kan zetten en daarna gaan we weer verder. (PTC)

De typevaardigheid van de fysiotherapeut wordt gespiegeld naar zichzelf. Patiënten ervaren het niet blind kunnen typen als normaal, omdat ze zelf ook deze vaardigheid niet hebben. Het gebruik van de computer is volgens de patiënten een normaal verschijnsel binnen de maatschappij. PTB zegt: *“het is normaal het is de computertijd”*. PTE ervaart het gebruik van de computer als geen probleem: *“het is immers in alle takken zo”*.

Patiënten geven aan dat zij het als vanzelfsprekend vinden dat tijdens het eerste consult veel gegevens moeten worden ingevoerd. PTA ziet er voordelen van aangezien vragen door de verzekeringsmaatschappij aan de fysiotherapeut alleen beantwoord kunnen worden indien er geregistreerd is. Daarnaast geeft hij aan dat alles wat geregistreerd wordt ter bevordering is van de behandeling en gezien moet worden in het licht van zijn herstel. Ook PTE ervaart het registreren als een vorm van aandacht die er aan haar besteed wordt. Daarnaast wordt het kunnen terug lezen van gegevens door haar als prettig ervaren. PTC geeft wel aan dat zij begrip heeft voor het intypen van de gegevens, maar het vervelend vindt dat ondanks instructies en oefeningen de volgende behandeling pas na één week plaats vindt: *“Dan heb je een afspraak dan ga je het vertellen en dan gaat hij kijken en dan krijg je oefeningen mee en dan ben je weer een week verder voor er iets gedaan wordt, maar absoluut geen klacht over de fysiotherapeut hoor”*. Bij de vervolgbehandelingen vinden de respondenten de registratie dermate kort dat zij dat niet als belastend ervaren ten aanzien van de behandeltijd. PTD en PTE refereren hierbij aan de huisarts die veel meer achter de computer zit te typen. PTD merkt nog op dat zij het prettig vindt dat ze mee kan kijken in de computer. Dit kan bij de huisarts niet en daar heeft ze wel moeite mee. De andere respondenten hebben er nooit over nagedacht om mee te kijken. Door het stellen van de vraag geven ze wel aan dat die mogelijkheid bestaat. Voor wat betreft de verbale communicatie geven de respondenten aan dat hun fysiotherapeut altijd ingaat op vragen die ze stellen. Daarnaast geven zij aan dat de fysiotherapeut altijd uitleg geeft over de klacht. PTE noemt de uitleg *“ja dat is geweldig”*. PTB benoemt het als *“duidelijk”*.

4.2.2. Bejegening en vertrouwen dat de fysiotherapeut wekt bij de patiënt

De bejegening en het vertrouwen wordt door alle respondenten als goed ervaren. Alle respondenten vinden het belangrijk dat ze zich op hun gemak voelen bij hun fysiotherapeut. Een goede behandeling dient volgens PTC te voldoen aan een stuk aandacht, het op je gemak stellen en een behandeling wat je zelf wilt. PTB meldt dat ze zich erg op haar gemak voelt bij haar fysiotherapeut en ondanks dat het resultaat van de behandeling er nog niet is, is ze zeer tevreden over haar fysiotherapeut. Daarnaast geeft ze aan dat haar fysiotherapeut altijd een praatje voor haar heeft, dingen onthoudt van de vorige behandelingen en hierdoor ervaart dat haar fysiotherapeut met haar meeleeft: *“Het contact zo, ik voel me hier op mijn gemak (...) toch gelijk een praatje, toch dingen wat ze onthouden hebben van de vorige keer dan denk ik toch van dat is toch ze leven toch met je mee”*. Het hebben van goede sociale vaardigheden en het kunnen inschatten van mensen wordt door PTA als belangrijk ervaren in relatie tot de bejegening en het vertrouwen dat een fysiotherapeut wekt bij de patiënt. PTD ervaart de bejegening als positief: *“ik heb daarover [bejegening] op dit moment totaal geen klachten. Ik voel me goed op mijn gemak, geen onvertogen woord, goed bejegend”*. Ook de mate van aandacht wordt door alle respondenten als voldoende ervaren.

4.2.3. Betrouwbaarheid van de fysiotherapeut

Ten aanzien van de betrouwbaarheid van de fysiotherapeut wordt aangegeven dat men altijd terecht kan met vragen en dat daar op in wordt gedaan. Daarnaast wordt door PTB aangegeven dat ze het belangrijk vindt dat er toestemming aan haar wordt gevraagd om gegevens door te geven aan de huisarts. De andere respondenten hebben hier geen problemen mee. Privé-problematiek mag ook worden geregistreerd indien dit in het kader van de behandeling relevant is. Een uitzondering hierop vormt PTB. Zij vindt dat die gegevens niet iedereen aangaan en dat deze gegevens te persoonlijk zijn om geregistreerd te worden. PTE vindt haar fysiotherapeut zeker betrouwbaar, ze vertrouwt volledig wat haar fysiotherapeut doet en merkt op : *“ja maar ik verwacht van dit soort mensen [werkzaam in de zorgsector] niet anders”*. Kennelijk is de betrouwbaarheid van een zorgverlener inherent aan de zorg.

4.2.4. Geleverde zorg op maat.

Respondenten geven aan dat ze een zekere mate van inspraak in de therapie prettig vinden. PTA vertelt in dit verband dat het belangrijk is dat door de fysiotherapeut gehoor wordt gegeven aan de patiënt wanneer deze iets niet durft, kan of wil. Het luisteren en ingaan op wat zij vertelt over pijn vindt PTB hierin belangrijk: *“toen ik zei dat het hoog en rechts zat de*

pijn ging ze toch rechts en hoog behandelen". PTC hoopt wel dat ze inspraak heeft en gemasseerd wordt. Inspraak is voor PTD belangrijk en staat gelijk aan overleg met de fysiotherapeut: *"ja hoor het gaat in overleg"*. PTE zou graag een massagebehandeling krijgen, maar heeft daar nog niet naar gevraagd. Verder geeft zij aan dat de hulp die zij krijgt wordt afgestemd op de mogelijkheden die zij op dat moment heeft: *"ze geeft aan en helpt ook met die hand dat ik naar boven moet en dat kan ik zelf niet en dan helpt ze me daarbij"*. Daarnaast geeft zij aan dat ze het fijn vindt dat haar fysiotherapeut hardop zegt wat ze in de computer registreert: *"wat zij hardop zegt wat ze tikt is voor mij voldoende informatie"*. FTB ervaart voldoende oogcontact en ontvangt voldoende informatie tijdens het registreren.

4.2.5. Merkbare zaken van de dienstverlening.

PTE vindt de informatie en uitleg die zij ontvangt van haar fysiotherapeut prima en geweldig. Daarnaast geeft zij aan dat alle informatie die zij aandraagt, serieus aandacht krijgt van haar fysiotherapeut. PTD voelt zich ook door haar fysiotherapeut serieus genomen. Zij krijgt ook tips voor thuis mee van haar fysiotherapeut en de uitleg over de behandeling is goed. Ze hoeft niet direct toestemming te geven aan haar fysiotherapeut dat deze mag overleggen met haar huisarts. Ze meent dat wanneer de fysiotherapeut het belangrijk vindt om zaken te overleggen dat het prima is en dat het belangrijk is voor de huisarts dat hij de informatie ontvangt. PTB vindt het belangrijk dat de fysiotherapeut vooraf wel toestemming vraagt om met de huisarts te overleggen: *"omdat het over mij gaat, wat ze dan gaat beslissen of ik dan wel of niet verder moet met de behandeling etc dat moeten ze niet eerst via de huisarts doen"*. PTC vindt het niet zo'n probleem wanneer zonder toestemming van haar overleg wordt gepleegd met haar huisarts en maakt hierbij een vergelijk naar een psycholoog, want daar zou ze wel problemen mee hebben wanneer overleg zonder toestemming plaats vindt. Alle respondenten geven aan voordelen te zien van het registreren. PTC geeft aan dat door de registratie in de computer een stukje veiligheid is ingebouwd. PTC meldt: *" (...) en ik denk op zich dat dat [registratie dossiers in computer] misschien wel veiliger is dan dat het in dossiers staat in kasten"*. PTE: *"dat het natuurlijk zwart op wit staat zal ik maar zeggen, ze [de fysiotherapeute] kan altijd nog terugkijken en als ik dan nog eens wat vraag of iets dan kan ze dat altijd nazien"*.

4.2.6. Privacy

Alle respondenten hebben geen bezwaar tegen een verstoring van de behandeling door telefoon of andere zaken zoals kloppen op de deur of de deurbel. PTA merkt op dat de behandeling nog wel eens gestoord wordt door telefoon. Hij ervaart dit niet als storend en

vertelt dat het dingen zijn die nu eenmaal gebeuren. PTB geeft aan dat ze het niet storend vindt wanneer de deur van de behandelruimte wel eens open gaat. Ook telefoontjes ervaart zij niet als storend want het is altijd maar kortdurend: *“nou nee voor mij maakt het niet uit, het is altijd kort”*.

Samenvatting

Patiënten ervaren de registratie via de computer als niet bezwaarlijk. Zowel de bereidwilligheid van de fysiotherapeut als ook de bejegening en het gewekte vertrouwen worden door de patiënten positief gewaardeerd. Ondanks het kijken op het beeldscherm ten gevolge van het registreren in de computer, kenmerken de patiënten de aandacht die ze ervaren tijdens het primaire proces als goed. Dit geldt ook voor de uitleg over en de hulp tijdens de behandeling. Daarnaast betitelen de patiënten het overleg met de fysiotherapeut als prettig. Ondanks de registratiehandelingen tijdens het primaire proces, ervaren patiënten een goed contact met- en een goede dienstverlening van de fysiotherapeut. In tegenstelling tot de fysiotherapeuten zien de patiënten de registratiehandelingen als een onderdeel van de fysiotherapie behandeling.

4.3. Uitkomsten enquêtes

Een enquête is de systematische ondervraging van personen op een groot aantal vraagpunten (Swanborn 2006:135). In dit onderzoek is sprake van een lokale enquête. De vragenlijsten zijn persoonlijk bezorgd en weer opgehaald (Swanborn 2006:138). Totaal zijn 50 vragenlijsten, tien per praktijk uitgegeven. De respons was 45 waarvan 43 vragenlijsten volledig zijn meegenomen in de analyses. Het percentage mannen is 25,6%, het percentage vrouwen 74,4% (n=43). De grootste groep respondenten zit in de leeftijdscategorie 40-60 jaar. Dit komt overeen met een onderzoek uit 2007 naar patiëntenkenmerken van het NIVEL. Binnen de eerstelijns fysiotherapie gaan meer vrouwen naar de fysiotherapeut dan mannen respectievelijk 58,1% en 41,6% (NIVEL). De algehele gemiddelde score op de tevredenheid van de patiënt over de dienstverlening van de fysiotherapeut was 8,77. De regressieanalyse gaf een bèta van 0,512. De correlatiematrix gaf dezelfde waarde (zie tabel 1). De correlatiematrix geeft een positieve correlatie te zien van registratie op de beleving van de externe servicekwaliteit (ESK). Met andere woorden hoe beter de registratie in de beleving van patiënten wordt uitgevoerd, hoe beter de beleving van de externe servicekwaliteit. De bereidwilligheid en zorg op maat worden hierbij het meest gewaardeerd. Fysiotherapeuten slagen er kennelijk in de patiënten op een dusdanige wijze bij de registratie te betrekken dat

dit het gevoel van zorg op maat bij de patiënt verhoogt. Hetzelfde is het geval bij de mate van bereidwilligheid van de fysiotherapeut. De patiënt ervaart door de manier van registreren een grote mate van bereidwilligheid van de fysiotherapeut. Wat opvalt is dat registratie op alle aspecten van de externe servicekwaliteit behalve betrouwbaarheid een positief significante verband vertoont. Betrouwbaarheid kent geen significant verband met de registratie. De andere aspecten wel. Alle aspecten van de ESK correleren significant met de ESK.

Tabel 1. Correlatiematrix aspecten externe servicekwaliteit en totale externe servicekwaliteit. N=43

	Bereidwilligheid	Bejegening	Betrouwbaarheid	Zorg op maat	Privacy	Resultaat	Registratie	ESK
Bereidwilligheid	1	,874**	,761**	,726**	,426**	,676**	,425**	,925**
Bejegening	,874**	1	,734**	,642**	,370*	,501**	,301*	,855**
Betrouwbaarheid	,761**	,734**	1	,782**	,379*	,400**	,278	,861**
Zorg op maat	,726**	,642**	,782**	1	,457**	,543**	,494**	,860**
Privacy	,426**	,370*	,379*	,457**	1	,355*	,460**	,607**
Resultaat	,676**	,501**	,400**	,543**	,355*	1	,531**	,726**
Registratie	,425**	,301*	,278	,494**	,460**	,531**	1	,512**
ESK	,925**	,855**	,861**	,860**	,607**	,726**	,512**	1

** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$

4.4. Documenten

In alle praktijken heeft onderzoekster patiënten dossiers bestudeerd in aanwezigheid van de fysiotherapeut. Opvallend is dat niet alle velden in het dossier zijn ingevuld. Ook de verplichte velden zijn niet allemaal ingevuld en soms worden velden ingevuld met symbolen [xxxx] om aan de hoeveelheid karakters in een bepaald veld te voldoen. Het blijkt dat de fysiotherapeuten het EPD niet volledig invullen. Door deze manier van registreren vergroten de fysiotherapeuten de daadwerkelijke behandeltijd ten gunste van de zorg op maat.

4.5. Observaties

Bij alle praktijken is de opstelling van de computer ten opzichte van de patiënt geobserveerd. Bij praktijk C is sprake van een gesloten opstelling. De fysiotherapeut zit tegenover de patiënt gescheiden door een bureau. De opstelling van het computerscherm is zodanig dat de patiënt deels mee kan lezen. FTC vraagt aan zijn patiënt of ze akkoord zijn met datgene wat er geregistreerd staat. In praktijk D is sprake van een hoekopstelling waarbij het computerscherm zowel voor de patiënt als de fysiotherapeut leesbaar is. FTD merkt op dat zij een open houding aanneemt tijdens de anamnese en zich vervolgens richting het scherm

draait om de gegevens in te tikken. Zij ervaart deze opstelling niet als optimaal en ook niet ergonomisch verantwoord, maar de mogelijkheid om achter een bureau te zitten met de patiënt tegenover haar schept volgens haar teveel afstand. De opstelling in de andere praktijken is als volgt: patiënt zit haaks aan de korte zijde van het bureau en kan niet direct meekijken op het scherm. Alle respondenten hebben geen bezwaar indien de patiënt mee kan kijken op het scherm. Fysiotherapeuten passen hun houding aan tijdens het registreren. Soms is de opstelling van de computer zodanig dat patiënten kunnen meelezen op het scherm. Indien de patiënt niet mee kan lezen, wordt aan de patiënt gevraagd of hij het eens is met datgene wat geregistreerd is. Fysiotherapeuten betrekken dus de patiënt bij de registratie.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies op een rij gezet. De probleemstelling luidt:

Welke effecten heeft de registratieverplichting van fysiotherapeuten op de transactionele fit van het primaire proces tussen fysiotherapeut en patiënt in de setting van een particuliere praktijk?

- Hoe ervaren de fysiotherapeuten de belasting van de registratieverplichting op de behandeling?
- Wat wordt vanuit de theorie verstaan onder transactionele fit?
- Welke factoren beïnvloeden de transactionele fit?
- Hoe ervaren patiënten de verplichte administratieve handelingen van de fysiotherapeut tijdens de behandeling?

Hoe ervaren de fysiotherapeuten de belasting van de registratieverplichting op de behandeling en welke factoren beïnvloeden de transactionele fit?

Alle fysiotherapeuten ervaren een invloed van de registratieverplichting op het primaire proces. Zowel hun houding tijdens het registreren als de tijdsduur van registratie maken ze afhankelijk van de actuele situatie tijdens het primaire proces. De registratie wordt zelfs volledig weggelaten en uitgesteld tot later indien de situatie hiertoe aanleiding geeft. Hierbij doen de fysiotherapeuten een beroep op hun vermogen om af te wijken van de gebruikelijke standaard wanneer de situatie van de patiënt dit vereist (Hobbs 2009). Voor de ervaring die de patiënt heeft van de geleverde zorg is juist dit vermogen een kritische factor (Hobbs 2009). Van Wijk (2007) spreekt hierbij over de ervaren externe service kwaliteit.

De fysiotherapeuten zijn van mening dat de registratieverplichting niet ten koste mag gaan van de aandacht en de zorg voor de patiënt. Deze zorgzaamheid is een voorwaarde voor een succesvolle interactie tussen patiënt en fysiotherapeut. Hierbij zijn aspecten als aanraking, communicatie en presentie essentieel (Hobbs 2009). Deze aspecten worden ook door Stoopendaal en Kröber (2006) benadrukt. Alle fysiotherapeuten hechten veel waarde aan een optimaal contact met de patiënt. Om dit optimale contact met de patiënt te bereiken, passen fysiotherapeuten naast verbale-, bewust non-verbale communicatie toe, zoals oogcontact en een open houding. Weggeman (2007) en Bensing (2007) benadrukken eveneens de aspecten van communicatie en aandacht. Fysiotherapeuten vinden deze aspecten binnen het primaire proces belangrijker dan de verplichte registratie.

Door de standaardisatie en de hoeveelheid in te vullen velden vergt registratie veel tijd. Tussen het werkproces volgens het computerprogramma en het actuele door ervaring gevormde werkproces bestaat asymmetrie. Button en Harper (1993) beschrijven deze asymmetrie in een studie naar de invoering van een gecomputeriseerd administratiesysteem bij een fabriek in Engeland. Timmons (2003) spreekt in dit verband van een kloof tussen theorie en praktijk. Registratie via computerprogramma's zijn vorm gegeven vanuit een institutioneel kader (Timmons 2003). ICT kan zowel ondersteunend als belemmerend werken (Berg & Goorman 1999). Berg en Goorman (1999) benadrukken dat ICT in dienst moet staan van de mens en niet andersom. Hoewel het doel efficiëntie is, blijkt dat door teveel standaardisatie tijdens de registratie tijd een belemmerende factor is. Als reactie transformeren fysiotherapeuten het EPD naar eigen inzicht: niet alle velden worden correct ingevuld. Timmons (2003) zag verpleegkundigen in een ziekenhuis in Engeland op dezelfde manier reageren. In dit onderzoek verwijst Timmons (2003) naar Latour met diens proces van 'enrolment and translation', waarbij technologie onvermijdelijk wordt getransformeerd naar de dagelijkse praktijk.

Voor een gedegen registratie volgens de richtlijn verslaglegging blijkt de computer onmisbaar voor de fysiotherapeuten. Hier is sprake van een paradox. Aan de ene kant ondersteunt de computer het registratieproces, echter door de rigiditeit van de software wordt de registratie ingewikkeld en leidt tot overbodige handelingen. Deze vorm van registreren leidt tot meer instrumentalisering en bureaucratisering binnen het primaire proces (Stoopendaal & Kröber 2006). Deze bureaucratisering van de registratie heeft tijdsdruk binnen het primaire proces tot gevolg, hetgeen de fysiotherapeuten als werkdruk ervaren. Om toch aan de registratieverplichtingen te voldoen en het primaire proces niet verder onder druk te zetten, voltooien de fysiotherapeuten een deel van de registratie thuis. Deze aantasting van de persoonlijke tijd van fysiotherapeuten is reeds door Blau et al. (2002) beschreven. De tijd om goed te registreren ervaren de fysiotherapeuten als te lang in relatie tot de totale behandelingsduur binnen het primaire proces. Om hun job satisfaction optimaal te houden, verminderen de fysiotherapeuten de noodzakelijke registratietijd en doen zij een deel van de registratie in privé-tijd. In de ervaring van de fysiotherapeuten komen zij tijd tekort binnen het primaire proces voor hun primaire verantwoordelijkheden. Hiermee doelen de fysiotherapeuten op het behandelen van de patiënt. De tijd die nodig is voor registratie belast de primaire verantwoordelijkheden die de fysiotherapeut heeft (Berg & Goorman 1999). Door als fysiotherapeut de patiënt bewust te betrekken bij de registratie door oogcontact, aandacht, en een open opstelling van de computer, merkt de patiënt niets van deze belasting en ervaart de patiënt een goede dienstverlening.

Ondanks de registratieverplichtingen ervaren fysiotherapeuten job satisfaction. Dit werkplezier ontleen zij aan het contact met de patiënten en het klinisch handelen. Dit is

consistent met hetgeen Blau et al.(2002) schrijven over fysiotherapeuten in een ziekenhuis in de USA waarbij de fysiotherapeuten plezier en tevredenheid in hun werk ervaren ondanks de administratieve werklast. Door de patiënt bewust te betrekken bij de registratiehandelingen wordt de patiënt betrokken bij het registreren hetgeen bijdraagt aan de job satisfaction van de fysiotherapeut.

Hoe ervaren patiënten de verplichte administratieve handelingen van de fysiotherapeut tijdens de behandeling?

Patiënten hebben geen problemen met de registratieverplichting van de fysiotherapeuten. Zij accepteren volledig dat registratie binnen het primaire proces plaatsvindt. Patiënten verwachten wel dat de fysiotherapeut empathisch en betrouwbaar is. Presentie en communicatie zijn belangrijk (Hobbs 2009). Volgens de uitkomsten is geen sprake van een 'gap' tussen de verwachtingen van de patiënten en hun ervaringen van de dienstverlening (Van Wijk 2007). Bowen en Schneider (1985) stellen dat de kwaliteit van de dienstverlening die de klant ervaart, afhankelijk is van de perceptie die de werknemer heeft over de geleverde servicekwaliteit. Deze geleverde servicekwaliteit is weer afhankelijk van de mogelijkheden die de werknemer heeft om goede service te bieden. Uit dit onderzoek blijken de fysiotherapeuten weliswaar voldoende job satisfaction te ervaren echter dit betreft alleen het klinisch handelen. De registratieverplichting leidt tot een 'gap' tussen wat fysiotherapeuten willen leveren en wat zij gezien de tijd kunnen leveren. Binnen het primaire proces ervaren patiënten deze 'gap' niet. Ondanks de negatieve perceptie van fysiotherapeuten over de invloed van de registratieverplichting op het primaire proces, ervaren patiënten een goede service. Blijkbaar zijn de fysiotherapeuten in staat hun perceptie voor de patiënten te verbergen en ervaren patiënten wanneer zij betrokken worden bij de registratiehandelingen goede service. Het 'augmented product' blijft dus optimaal (Beaton 1989). De registratieverplichting van de huisarts ervaren de patiënten wel als belastend. Met name de afname in oogcontact is hierbij doorslaggevend. In de perceptie van de patiënten houden fysiotherapeuten kennelijk door non-verbale communicatie voldoende contact en ervaren de patiënten voldoende servicekwaliteit.

5.1. Conclusie

Vanuit patiënten perspectief gezien, hebben registratieverplichtingen geen negatieve invloed op de transactionele fit. Er is een positief verband van de manier van registreren aantoonbaar op de beleving van de patiënten van de externe servicekwaliteit. Vanuit fysiotherapeuten perspectief bestaat deze invloed echter wel. Het is het gedrag van de

fysiotherapeuten dat een optimale transactionele fit faciliteert. Dit wordt kennelijk door patiënten positief vertaald naar de externe servicekwaliteit.

De interne servicekwaliteit bevindt zich echter wel in een spanningsveld. Dit spanningsveld wordt veroorzaakt door de registratieverplichting. De verplichting en de verantwoording, die hieruit voortvloeit, veroorzaken een werkdruk bij de fysiotherapeuten die de balans werk-privé onder druk zet. Deze druk is gezien de uitkomsten nog te hanteren echter de trend van nog meer prestatie-indicatoren heeft meer registratie tot gevolg. De transactionele fit zal mogelijk hierdoor steeds meer bepaald worden door de mate van bereidwilligheid van de fysiotherapeut om de privé-tijd in dienst te stellen van de interne servicekwaliteit. De bereidwilligheid om onbetaald te voldoen aan de verplichte registratie kent zijn grenzen. Een verdere toename van de tijd nodig voor de verplichte registratie zou de fysiotherapeuten dermate kunnen belasten dat dit de job satisfaction negatief beïnvloedt. Dit heeft zijn weerslag op de transactionele fit.

5.2. Discussie

In de discussie wordt een reflectie gegeven op het onderzoek. Zowel positieve als negatieve punten worden belicht.

De resultaten van dit onderzoek zijn door de kleinschaligheid en de tijdsfactor niet generaliseerbaar naar andere praktijken (Baarda et al. 2001:100). Respondenten zijn niet representatief voor andere praktijken. Daarnaast is geen onderscheid gemaakt naar leeftijd, geslacht of andere demografische variabelen. Door de tijdsfactor (kort) is verzadiging niet bereikt. Een ander nadeel van dit onderzoek is het feit dat de anonimiteit van de respondenten niet volledig gewaarborgd is. De respondenten zijn voor de collega's mogelijk herkenbaar. Gezien het tijdstip van onderzoek is het niet mogelijk geweest de oude werkwijze zonder gebruik van computers te observeren. Observaties van fysiotherapeut en patiënt tijdens het registreren hebben niet plaatsgevonden in verband met de privacy binnen het primaire behandelproces. Dit is een punt van kritiek daar juist het oogcontact tussen fysiotherapeut en patiënt, de houding van de fysiotherapeut ten opzichte van de patiënt en de verbale communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt onderdeel uitmaken van de transactiemomenten in het primaire proces. Het was interessant geweest deze aspecten te kunnen observeren. Deze kritiek is gedeeltelijk ondervangen door interviews af te nemen bij patiënten en de vragenlijsten die ingevuld zijn door patiënten. Het aantal ingevulde vragenlijsten is echter te klein om representatief te kunnen zijn (n=45). Daarnaast is deze vragenlijst onvoldoende gevalideerd en behoeft aanpassingen. Door enkele vragen in de analyse niet mee te laten wegen is de interne consistentie van de schalen wel verhoogd. Een ander punt van kritiek is de selectie van de patiënten. Deze selectie is gedaan op basis van

bereidwilligheid en niet volledig gerandomiseerd. Daarnaast heeft de selectie plaatsgevonden door de geïnterviewde fysiotherapeut. De interne betrouwbaarheid wordt hierdoor verlaagd. De rol van de onderzoekster is eveneens een punt van kritiek. Doordat zij zelf als fysiotherapeut werkzaam is en in die hoedanigheid moet registreren is enige oordeelsvorming vooraf aanwezig geweest. Dit is echter ook de aanleiding geweest om dit onderzoek te doen. Tijdens het onderzoek en het schrijven van deze scriptie heeft de onderzoekster zoveel mogelijk getracht objectief te blijven. Bovenstaande discussiepunten zijn niet uitzonderlijk voor een onderzoek. In ieder onderzoek komen beperkingen voor. Door de beperkingen te noemen en te beschrijven kan waarde gehecht worden aan de resultaten. Binnen het registratieproces zijn factoren zoals de opstelling van de computer, de communicatieve vaardigheden van de fysiotherapeut en de inrichting van de werksituatie onafhankelijke variabelen die de transactiemomenten en daarmee de beleving van de servicekwaliteit door de patiënt beïnvloeden. Gezien de uitkomsten van dit onderzoek is het interessant te onderzoeken of de externe servicekwaliteit zoals deze wordt ervaren, verandert indien de verplichte registratie volledig binnen de daartoe gestelde tijdspanne van het primaire proces wordt voltooid. Daartoe is het belangrijk nader onderzoek te doen naar wat fysiotherapeuten en patiënten belangrijk achten in relatie tot de te verlenen dienst en de te verwachten service zodat een optimale afstemming tussen beide kan worden gerealiseerd. Dit onderzoek betreft alleen de transactiemomenten en de invloed hierop van de registratieverplichtingen binnen het primaire proces in de behandelkamer. Er is niet onderzocht hoe patiënten het invullen van vragenlijsten ervaren buiten het primaire proces. Onderzoek hoe patiënten dit ervaren is zinvol gezien de trend van toenemende registraties.

5.3. Debat

Binnen de maatschappelijke discussie omtrent registratieverplichtingen, wijst Meurs (2008) op "Rupsje Nooitgenoeg". Registratie is gewenst en tot op zekere hoogte noodzakelijk, maar waar liggen de grenzen. De spanning tussen toezicht, verantwoording en kwalitatief goede dienstverlening is evident. Dit alles leidt tot een nieuwe schijnwerkelijkheid - die van de registratie - die tussen fysiotherapeut en patiënt in komt te staan, maar die wel de basis vormt voor de onderhandelingen tussen fysiotherapeuten en verzekeraars (Meurs 2008). Deze schijnwerkelijkheid geëist door verzekeraars mag nooit ten koste gaan van de transactionele fit. Deze fit bepaalt namelijk wat de patiënt ervaart van de zorg. Beleidsmakers zouden te rade moeten gaan bij fysiotherapeuten werkzaam in het primaire proces wat functioneel is om te registreren. Fit mag geen frictie worden

6. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Aanbeveling 1: De functionaliteit van de registratieverplichtingen dient nader bekeken te worden opdat duidelijk wordt welke registraties zinvol zijn om het primaire proces te monitoren.

Aanbeveling 2: De software vereist aanpassing zodat deze gebruiksvriendelijker wordt en de fysiotherapeut kan ondersteunen. Het verdient aanbeveling de gebruikers hierbij te betrekken.

Aanbeveling 3: De kennis vanuit de communicatiewetenschappen dient aangewend te worden teneinde de inrichting van de werksituatie, de opstelling van de computer en de positie en het gedrag van de fysiotherapeut ten opzichte van de patiënt en de computer zo optimaal mogelijk te maken opdat deze bijdragen aan de transactionele fit.

Aanbeveling 4: Het KNGF dient de kennis omtrent de transactionele fit te verspreiden onder fysiotherapeuten.

Aanbeveling 5: Het verdient aanbeveling de tijdsduur van het fysiotherapeutisch consult te verlengen.

Aanbeveling 6: Het verdient aanbeveling ICT in te zetten om delen van de verplichte registratie buiten het primaire proces (online registratie bij patiënten thuis) te doen plaatsvinden.

Literatuurlijst

- Baarda D.B., Goede M.P.M.van., Teunissen J. 2001. *Kwalitatief Onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Beaton G. 1989. 'Marketing Physiotherapy Services' *Australian Journal of Physiotherapy* 35(1):25-33
- Beattie P.F., M.B.Pinto. M.K.Nelson, R.Nelson 2002. 'Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy: instrument validation. *Physical Therapy*82(6):557-565.
- Bensing J.M. 1991. 'Doctor-Patient Communication and the Quality of Care'. *Journal of Social Science and Medicine* 32(11):1301-1310.
- Bensing J.M. 2000. 'Bridging the gap. The separate Worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine'. *Patient Education and Counseling* 39:17-25.
- Bensing J.M. 2007. 'De kracht van de aandacht'. *Fysiopraxis* 16(6):8-11
- Berg M., Goorman E. 1999. 'The Contextual Nature of Medical Information'. *International journal of Medical Informatics* 56: 51-60.
- Blau R., S.Bolus, T.Carolan.,D.Kramer., E.Mahoney., D.U.Jette., J.A.Beal. 2002. 'The Experience of Providing Physical Therapy in a Changing Health Care Environment'. *Physical Therapy* 82(7):648- 657.
- Bovier P.A., T.V.Perneger 2003.'Predictors of worksatisfaction among physicians'. *European Journal of Public Health* 13(4):299-305.
- Button G, R.H.R.Harper 1993.'Taking the organization into accounts'. In: *Technology in Working Order. Studies of work, interaction and technology*. edited by G.Button. London:Routledge
- Collins K.S., S.K.Collins, R.McKinnies, S.Jensen 2008. Employee Satisfaction and Employee Retention. Catalysts to Patient Satisfaction *The Health Care manager* 27(3): 245-251.
- Creswell, J.W. 2003. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. second edition ed. London: Sage Publications.
- Curry A., E.Sinclair 2002. 'Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual'. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 15(5):197-205
- DeLoach R.,J.Monroe 2004 Job satisfaction Among Hospice Workers What Managers Need to Know *The Health Care Manager* 23(3): 209-219.
- Freidson F. 2001 . 'The assault on Professionalism. In : *In Professionalism : The Third Logic* edited by E. Freidson Cambridge & Oxford : Polity.
- Goldstein M.S., S.D.Elliott, A.A.Guccione 2000.'The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy'. *Physical Therapy* 80(9):853-863.

- Grol, R, M. Wensing. 2001. Hoofdstuk 3 Implementatie: een model. pag. 67 - 86.
implementatie : effectieve verandering in de patientenzorg. Maarssen: Elsevier
gezondheidszorg
- Haddon.G.,B.Speakman, J.M.Pleasant, G.B.Sutton 1996 The job satisfaction of physical
therapist. *Physiotherapy Research Internation* 1(4): 247-254.
- Hart't H., Dijk van J., Goede de M., Jansen W.,Teunissen J. 1996. Hoofdstuk 9:
Veldonderzoek pag.264 - 292. *Onderzoeksmethoden* Amsterdam: Boom.
- Hermans J. 2008.'Pilot Prestatie-indicatoren:enthousiasme en argwaan'. *Fysiopraxis*
17(11):24-27.
- Heskett J.L. et al. 1997a. '*The service profit chain : how leading companies profit and
growth to loyalty, satisfaction and value*'. New York : The Free Press. Nederlandse
vertaling, 1997. *Groeien door tevreden klanten. Trouw personeel, goede service, blijvende
klanten*. Bunnik: F&G Publishing. Hoofdstuk 2 : pp 29-51.
- Heskett J.L., W.E.Sasser, L.A.Schlesinger 1997b. *Groeien door tevreden klanten. Trouw
personeel,goede service, blijvende klanten*. F&G Publishing. New York: Free Press ISBN
90 75432 690. Hoofdstuk 7 " Het opbouwen van een cyclus van vermogen".
- Hobbs J.L. 2009. 'A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care.' *Nursing Research*
58(1):52-62
- KNGF – richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging. Praktijkrichtlijn 2007. Red:
Y.F.Heerkens, K.Lakerveld-Heyl, A.L.J.Verhoeven, H.J.M.Hendriks.
- Lindsay R, L. Hanson, M Taylor, H. McBurney. 2008 'Workplace stressors experienced by
Physiotherapists working in regional public hospitals' *Australian Journal of Rural Health*
16(4):194-200
- McNearney T.A., S.E.Hunnicut, R.Maganti, J.Rice 2008 'What Factors Relate to Job
Satisfaction among Rheumatologists?' *Journal of Clinical Rheumatology* 14(3): 133-137.
- Miller P.A., P. Solomon 2002. 'The influence of a move to program management on
physical therapist Practice'. *Physical Therapy* 82(5):449-458.
- Norman R.1991. 'Service management. Strategy and leadership in Service Business'.
Chicester/West Succex: John /wiley & Sons Ltd. ISBN 0 471 92885 2. Uit hoofdstuk 3
paragraaf "Service Management systems".
- Ogiwara S., H. Araki 2006.'Job Satisfaction among Physiotherapists in Ishikawa Prefecture,
Japan'. *Journal of Physical Therapy Science* 18(2):127-132.
- Pechtold A. Brief aan de Tweede Kamer over de uitvoering van de motie Koopmans inzake
reductie monitor- en registratieverplichtingen mei 2006.
- Petek-Ster M., I.Svab, G.Zivcec Kalan 2008.'Factors related to consultation time:experience
in Slovenia. *Journal of Orthopedics Sports Physical Therapy*' 38(2):34-35.
- Roelen C.A.M., P.C.Koopmans, J.W.Groothoff 2008. 'Which work factors determine job

satisfaction'. *Work* 30:433-439.

- Scheers D., T.Lotgerink. *De kwaliteit van klantrelaties: verbetering van klantgerichte processen in een CRM omgeving*. Kluwer 2002.
- Schneider B., Bowen D.E.1985. 'Employee and customer perceptions of service in banks: replication and extension'. *Journal of applied Psychology* 79(3):423-433.
- Segers J. 1996. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen* . Assen: Van Gorcum pp 339-366.
- Schut F.T.2007.'Wordt de zorg een markt? Terugblik en vooruitblik na één jaar Zorgverzekeringswet'. *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie* 61(2):190-202.
- Sonsbeeck D.D. van, D.M.J.Delnoij, M.H.M.Triemstra 2006.'*Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht Rapport Nivel 2006.
- Speakman H.G., J.M.Pleasant, G.B.Sutton 1996.' The Job Satisfaction of Physical Therapists'. *Physiotherapy Research International: the Journal for Researchers and Clinicians in physical therapy* 1(4):247-254.
- Stoopendaal A., Kröber H. 2007. 'Van professionele distantie naar professionele presentie: Wie presentie zaait, zal presentie oogsten'. *Zorgmanagement* 1:2-5. 16(4) April :26-30.
- Swanborn P.G. 2006. *Basisboek sociaal onderzoek*. Uitgeverij Boom:Assen
- Timmons S. 2003. 'Resistance to computerized care planning systems by qualified nurses working in the UK NHS.' *Methods of Information in Medicine* 42:471-476
- Weggeman M. 2007. '*Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*' Schiedam: Scriptum
- Wijk K.P. 2007. *De Service Care Chain. 'De invloed van Service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening'*. Dissertatie
- Wijk K.P. 2008.'De Service Care Chain'. *Zorgmagazine* 2:2-5

Websites:

- Lemmink I & Bebara 1992. *Metingen ten behoeve van kwaliteitsmanagement. Een kritische beschouwing van het servqual model*. [Internet]. [aangehaald op 09-03-2009] Bereikbaar op www.moaweb.nl/bibliotheek/jaarboeken/1992/jaarboek-1992-13.pdf/
- Palm I., A.Kant 2005.*Stop uitverkoop fysiotherapie* [Internet]. [aangehaald op 01-02-2009] Bereikbaar op http://www.sp.nl/nieuws/kamernieuws/div/stop_uitverkoop_fysiotherapie.pdf
- P.L.Meurs 2008. *Sociaal vertrouwen: een kwestie van durf* [Internet]. [aangehaald op 10-05-2009] Bereikbaar op http://www.ser.nl/nl/actueel/congressen/2008/~-/media/Files/Internet/Congressen/2008/20080903_meurs.ashx
- (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg).2008. *Patiëntenkenmerken* [Internet]. Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg, 20-02-2009

[aangehaald op 20-02-2009]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageID=9356>

Bijlagen

1. Samenvatting Richtlijn Verslaglegging KNGF 2007
2. Enquête patiënttevredenheid
3. Vragenlijst interview fysiotherapeut
4. Vragenlijst interview patiënt

Bijlage 1 Samenvatting richtlijn Verslaglegging samengesteld door het KNGF

Y.F. HeerkensI, K. Lakerveld-HeylIII, A.L.J. VerhoevenIII, H.J.M. HendriksIV

I Yvonne Heerkens, bewegingswetenschapper, programmaleider Classificaties, definities en coderingen, Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; lector 'Arbeid en gezondheid: preventie en reïntegratie', Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

II Karin Lakerveld-Heyl, fysiotherapeut/informatiekundige, projectleider Verslaglegging, Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

III Alex Verhoeven, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, senior beleidsmedewerker Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort.

IV Erik Hendriks, fysiotherapeut/epidemioloog, programmaleider Richtlijnen Fysiotherapie, Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; programmaleider klinische richtlijnen, Centre for Evidence Based Physiotherapy en Vakgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht.

c Een pas waarmee de fysiotherapeut zich, via zijn Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) nummer, kan legitimeren en toegang krijgt tot allerlei gegevens van de patiënt. Zie voor een korte bespreking van de huidige ontwikkelingen rond de UZI-pas paragraaf B.4 van de 'Verantwoording en toelichting'.

a Vastleggen kan ook betekenen dat gegevens (die al door een ander zijn opgeschreven) bij het dossier worden gevoegd (bijvoorbeeld de verwijsggegevens in de vorm van een verwijfsbrief). De gegevens hoeven dus niet op een en het zelfde formulier te staan, wel moet helder zijn welke gegevens waar te vinden zijn (zie paragraaf I).

b Naar verwachting wordt vanaf 1 januari 2008 voor de identificatie van de patiënt gebruik gemaakt van het burgerservicenummer (BSN) (zie Verantwoording en toelichting, paragraaf A.1 en B.4).

Een KNGF-richtlijn is gedefinieerd als 'Een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en is gericht op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben.'

- **Verslaglegging bij aanmelding**

Basisgegevens(groepen)

persoonsgegevens patiënt

- naam patiënt
 - adres patiënt
 - geboortedatum patiënt
 - geslacht patiënt
 - nummer patiënt (BSN*)
- verzekeringsgegevens patiënt
- naam zorgverzekeraar
 - nummer zorgverzekeraar (UZOVI)
 - indicatie ongeval
- gegevens behandelend fysiotherapeut
- naam fysiotherapeut
 - nummer fysiotherapeut
(AGB-nummer/UZI-nummer*)
- gegevens huisarts
- naam huisarts
 - adres huisarts
 - nummer huisarts
(AGB-nummer/UZI-nummer*)
- gegevens verwijzer
- naam verwijzer
 - adres verwijzer
 - specialisme verwijzer
 - nummer verwijzer
(AGB-nummer/UZI-nummer*)
- basisverwijsgegevens • verwijsdatum
- verwijsdiagnose / diagnostische gegevens
 - consultvraag

Plusgegevens(groepen)

algemene plusgegevens

- gegevens verwijzer, verwijzing en aanmelding
- datum aanmelding
- reden voor opname (intramuraal) aanvullende plusgegevens
- aanvullende medische verwijzer gegevens patiënt
- beleid verwijzer tot nu toe
- dienst/verrichting gewenst

- **Verlaglegging Aanvullende anamnese**

Basisgegevens(groepen)

gegevens contactreden/ervaren functioneringsproblemen patiënt en /of betrokkenen

- contactreden/hulpvraag
- ervaren functionerings problemen
- ernst ervaren functioneringsproblemen
- factoren van invloed op ervaren functioneringsproblemen
- beloop ervaren functioneringsproblemen

medische (voor)geschiedenis

- nevenpathologie patiënt
- eerdere ziekten/aandoeningen
- familiale ziekten/aandoeningen
- medische verrichtingen
- medicatie

andere of eerder verleende zorg

- aard eerdere (para)medische zorg
- tijdstip/periode eerdere (para)medische zorg
- resultaten eerdere (para)medische zorg

Plusgegevens(groepen)

overige externe factoren

- woonomgeving/-situatie
- thuissituatie
- soort werk/bezigheden
- gebruikte hulpmiddelen

overige persoonlijke factoren

- opleidingsniveau
- leefstijl
- wijze van omgang met functioneringsproblemen
- mening patiënt over gezondheidstoestand
- verwachtingen patiënt*

overige plusgegevens anamnese

- gehanteerd anamnese instrument
- voorlopige conclusie /hypothese(n)

- **Verlaglegging Aanvullend onderzoek**

Basisgegevens(groepen)

algemene basisgegevens onderzoek

- diagnostische verrichtingen
- gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)

bevindingen fysiotherapeut/resultaten onderzoek

- bevindingen
- ernst bevindingen

- **Verslaglegging analyse**

Basisgegevens(groepen)

Fysiotherapeutische diagnose/conclusie

- functioneringsproblemen in termen diagnose/conclusie van beperkingen en participatieproblemen

- functioneringsproblemen in termen van stoornissen

- lokalisatie stoornissen

- ernst functioneringsproblemen

- onderliggende medische factoren

- onderliggende externe factoren

- onderliggende persoonlijke factoren

- beloop tot nu toe

- verwacht herstel

overige basisgegevens analyse

- indicatie voor fysiotherapie (ja/nee)

- conclusie consultatie

- **Verslaglegging Behandelplan**

Basisgegevens(groepen)

beoogd eindresultaat/hoofddoel

- eindresultaat/hoofddoel

- mate waarin resultaat/doel moet zijn behaald

- periode waarbinnen resultaat/doel moet zijn behaald

overige basisgegevens behandelplan

- geplande verrichtingen/prestatie behandelplan (inclusief te verstrekken informatie/adviezen)

- toestemming voor bijzondere of voorbehouden handeling

- besproken met / akkoord van patiënt

Plusgegevens(groepen)

beoogde tussenresultaten/-doelen

- tussenresultaat/-doelen
 - mate waarin tussenresultaat/-doel moet zijn behaald
 - periode waarbinnen tussenresultaat/-doel moet zijn behaald
- overige plusgegevens behandelplan
- multiprofessioneel resultaat/doel
 - multiprofessionele afspraken
 - verwacht aantal sessies / verwachte duur behandelaflevering
 - geplande behandellocatie
 - geplande duur sessie
 - verwacht/gepland evaluatiemoment

- **Verslaglegging Behandeling**

Basisgegevens(groepen)

algemene basisgegevens

- datum sessie

sessie

- afspraken met patiënt
 - uitgevoerde verrichtingen/prestatie (inclusief verstrekte informatie/adviezen)
- bijstellingen tijdens behandelplan

- bijstelling diagnose
- bijstelling behandelplan
- bijstelling behandelend fysiotherapeut

overleggegevens

- datum overleg
- naam overlegpartner(s)
- gemaakte afspraken

Plusgegevens(groepen)

algemene plusgegevens

- klachtbeloop

sessie

- behandellocatie
- duur sessie

- **Verslaglegging evaluatie**

Basisgegevens(groepen)

algemene basisgegevens evaluatie

- realisatie behandeldoelen/resultaat

Plusgegevens(groepen)

algemene plusgegevens evaluatie

- datum evaluatie
- afwijkingen verwacht behandelbeloop
- oordeel over samenwerking en behandelproces
- uitgevoerde verrichtingen (inclusief gebruikte meetinstrumenten)

- **Verslaglegging afsluiting behandeling**

Basisgegevens(groepen)

algemene basisgegevens

- datum afsluiting

afsluiting

- datum verslaggeving aan verwijzer

Plusgegevens(groepen)

algemene plusgegevens

- nazorg/afspraken

afsluiting

- reden einde zorg

BSN = burgerservicenummer; AGB = Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners; UZI = Unieke Zorgverlener Identificatie; UZOVI = Unieke Zorgverzekeraar Identificatie;

**** nog niet verplicht.***

Bijlage 2 Enquête patiënttevredenheid

Datum van invullen vragenlijst	
Naam van de praktijk	
Geslacht	Man/Vrouw
Leeftijd	
Hoogst genoten opleiding	
Sinds wanneer bent u onder behandeling	
Hoeveel behandelingen hebt u tot nu toe gehad	

Wilt u per item één vakje aankruisen welk antwoord het meest voor u van toepassing is. De scores lopen van 1 t/m 5 waarbij :

1=volledig mee oneens

2=mee oneens

3=eens noch oneens = neutraal

4=mee eens

5=volledig mee eens

Bereidwilligheid van de fysiotherapeut

Mijn fysiotherapeut vertelt in zeer begrijpelijke taal wat de behandeling inhoudt

Mijn fysiotherapeut geeft goede uitleg over wat hij doet in de behandeling

Mijn fysiotherapeut vraagt nooit hoe het met mij gaat

Mijn fysiotherapeut neemt ruim voldoende tijd voor mijn behandeling

Bejegening en vertrouwen

Mijn fysiotherapeut behandelt mij gewoonweg respectvol

Mijn fysiotherapeut luistert zeer aandachtig naar wat ik zeg

Mijn fysiotherapeut stelt mij erg op mijn gemak

Mijn fysiotherapeut neemt ruim voldoende tijd om met mij te praten

De gesprekken met mijn fysiotherapeut worden altijd gestoord (dwz door telefoontjes tussendoor of mensen die op de deur kloppen)

Betrouwbaarheid van de fysiotherapeut

Mijn fysiotherapeut doet altijd wat hij/zij zegt

Door mijn fysiotherapeut wordt veel te weinig ingegaan op mijn klachten

Mijn fysiotherapeut komt afspraken altijd met mij na

	Volledig mee oneens	Mee oneens	Eens noch oneens	Mee eens	Volledig mee eens
	1	2	3	4	5
Mijn fysiotherapeut vertelt in zeer begrijpelijke taal wat de behandeling inhoudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut geeft goede uitleg over wat hij doet in de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut vraagt nooit hoe het met mij gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut neemt ruim voldoende tijd voor mijn behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bejegening en vertrouwen	1	2	3	4	5
Mijn fysiotherapeut behandelt mij gewoonweg respectvol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut luistert zeer aandachtig naar wat ik zeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut stelt mij erg op mijn gemak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut neemt ruim voldoende tijd om met mij te praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De gesprekken met mijn fysiotherapeut worden altijd gestoord (dwz door telefoontjes tussendoor of mensen die op de deur kloppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrouwbaarheid van de fysiotherapeut	1	2	3	4	5
Mijn fysiotherapeut doet altijd wat hij/zij zegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn fysiotherapeut wordt veel te weinig ingegaan op mijn klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut komt afspraken altijd met mij na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geleverde zorg op maat	1	2	3	4	5
Mijn fysiotherapeut houdt erg rekening met mijn therapievoorkeuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut houdt veel te weinig rekening met de mogelijkheden die ik heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut behandelt mij altijd naar wens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben erg tevreden over de behandeling tot nu toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Volledig mee eens	Mee eens	Eens noch oneens	Mee eens	Volledig mee eens
 Privacy	1	2	3	4	5
Mijn fysiotherapeut praat nooit over andere patiënten met mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut loopt nooit de kamer uit tijdens de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mag altijd zien wat mijn fysiotherapeut over mij in de computer zet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De deuren en ramen van de behandelkamer zijn altijd gesloten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut laat nooit anderen binnen in de behandelkamer tijdens mijn behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registratie	1	2	3	4	5
Ik vind het invullen van gegevens in de computer door mijn fysiotherapeut erg zinvol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het invullen van vragenlijsten betrekking hebbend op mijn klachten, totaal niet zinvol in het licht van mijn herstel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het erg plezierig te kunnen lezen wat er over mij geregistreerd wordt in de computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut attendeert mij zeer op deze mogelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut besteedt veel te veel tijd aan het registreren van mijn gegevens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De tijd voor mijn behandeling neemt erg af door het invullen van gegevens in de computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn fysiotherapeut is zeer bekwaam in het werken met de computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultaat	1	2	3	4	5
Ik heb door de behandeling veel meer grip op mijn problemen gekregen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik heb door de behandeling veel meer inzicht in mijn problemen
gekregen

Mijn fysiotherapeut geeft ruim voldoende informatie over de
behandeling

Wilt u één rapportcijfer geven over de tevredenheid die u ervaart over
de dienstverlening in het algemeen van uw fysiotherapeut.

Score 1 t/m 10 waarbij 10 = uitmuntend

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Dank u voor het invullen van deze enquête.

Bijlage 3 Vragenlijst interview fysiotherapeut

Nummer	Vragen Fysiotherapeut	Check
	Controlevariabelen	
1	leeftijd	
2	geslacht	
3	Aantal jaren werkzaam	
4	Aantal jaren bekend met registratieverplichtingen	
5	Aantal jaren computerervaring	
4	Grootte praktijk	
7	Aantal minuten behandeling per patiënt	
8	Invulling eerste consult	
9	Administratieve verplichtingen binnen het primaire proces/behandeling	
10	Met welke software werkt u	
	Inrichting proces van registreren	
11	Waaruit bestaan de registratieverplichtingen	
12	Hoeveel tijd bent u per behandeling ongeveer kwijt aan die registratieverplichtingen	
13	Hoe ervaart u deze verplichtingen in relatie tot het behandelen van de patiënt	
14	Welke voordelen ervaart u door de registratieverplichtingen in relatie tot het primaire proces	
15	Welke nadelen ervaart u in relatie tot het primaire proces	
16	Ervaart u dat het systeem gebruiksvriendelijk is . veel muisbewegingen etc...	
17	Is wat geregistreerd wordt begrijpelijk voor een ander bij overname	
18	Hoe ervaart u deze manier van werken	
19	Vindt u het prettig dat u moet registreren	
20	Vindt u het een verbetering om op deze manier te werken	
	Invloed primaire proces	
21	Vindt u het prettig om tijd te besteden aan registreren tijdens de behandeling	

22	Heeft de registratieverplichting invloed op het contact met uw patiënt	
23	In welk opzicht	
24	Ervaart u nadelen	
25	Ervaart u voordelen	
26	Hoe ervaren volgens u de patiënten de werkzaamheden binnen de behandeling mbt registratie	
27	Registreert u iedere behandeling, vindt u dit zinvol/wat wel, wat niet	
28	Hoe gaat u om met de ervaren beleving van patiënten mbt hoe zij werkzaamheden mbt de registratieverplichtingen ervaren	
29	Wat doet u er zelf aan om de invloed van de registratieverplichting richting patiënt zo min mogelijk te maken. (Bv niet iedere behandeling registreren)	
	Is uw behandeling door de registratieverplichtingen kwalitatief veranderd? Beter, minder etc. Biedt u meer kwaliteit.	
30	Hoe ervaart u dit?	
	Informatievoorziening richting fysiotherapeut	
31	Vindt u dat u voldoende training hebt gehad in het goed registreren van de gegevens	

32	Is er duidelijkheid wat u precies moet registreren ? bent u bekend met de richtlijn verslaglegging	
33	Wordt u geïnformeerd over nieuwe updates mbt computerprogramma en wordt u daarin verder getraind	
	Inrichting van de werksituatie in relatie tot de interactie met patiënt	
34	Vindt u de huidige opstelling van de computer optimaal om goede service te verlenen aan uw patiënt	
35	Zou u graag iets veranderd willen zien aan deze opstelling om de interactie te optimaliseren	
36	Vindt u het prettig wanneer patiënten direct mee kunnen lezen wat u invoert in de computer	
37	Op welke momenten registreert u in de computer, tijdens beh, voor/na/tijdens aan-uitkleden etc	

	Werkdruk	
38	Ervaart u een werkdruk in relatie tot het verplicht registreren	
39	Hoe ervaren volgens u de patiënten de tijd die besteed wordt aan registratie	
40	Is dit voor u een probleem	
41	Wordt u beoordeeld op basis van hetgeen geregistreerd staat ?	
42	Hoe ervaart u dit?	
	Tevredenheid met het werk/waardering voor het werk	
43	Vindt u dat u door de registratieverplichting voldoende uw taak als fysiotherapeut kunt uitoefenen	
44	Vindt u dat u door de registratieverplichting nog voldoende contact hebt met de patiënt	
45	Ervaart u plezier in uw werk	
46	Ervaart u waardering voor uw werk	

Bijlage 4 Vragenlijst interview patiënt

Nummer	Vragen Patiënt	Check
	Controlevariabelen	
1	Wat is uw leeftijd	
2	geslacht	
3	Eerste keer onder behandeling of al vaker geweest	
4	Hoeveel behandelingen al gehad	
5	In het verleden al eerder FT gehad	
4	praktijknaam	
	Algemeen	
8	Hoe ervaart u het feit dat er met de computer gewerkt wordt	
9	Waaruit bestond het eerste consult (behandelen of alleen registreren?)	
10	Bent u bekend met de registratieverplichtingen van uw FT	
11	Hoe ervaart u deze registratie in relatie tot uw behandeling. contactmomenten	
12	Indien u in het verleden ook behandeld bent geweest door een FT, ervaart u verschil met toen in uw relatie met de FT.	
	Bereidwilligheid	
13	Hoe ervaart u de uitleg over de behandeling	
14	Wat vindt u van de behandeltijd? Kort/lang/voldoende?	
15	Hoe ervaart u de mate van betrokkenheid van uw ft met uw klacht?	
16	Hoe is volgens u de invloed van de computer op de communicatie met uw ft?	
17	Bejegening en vertrouwen	
18	Hoe beïnvloedt de aanwezigheid van de computer uw ervaren bejegening?	
19	Vindt u dat uw ft voldoende aandacht aan u besteed?	
20	Wat zou u graag veranderd willen zien in uw contact met de FT tijdens de behandeling?	
21	Wat moet uw ft doen om u op uw gemak te stellen?	
22	Hoe ervaart u de communicatie met uw ft indien er met de computer gewerkt wordt?	
23	Wat mist u nog in de contactmomenten met uw FT tijdens de	

	behandeling	
	Betrouwbaarheid	
26	In welke mate draagt het invoeren van uw gegevens in de computer bij aan de betrouwbaarheid van de ft?	
27	Vindt u het prettig wanneer uw ft voldoende ingaat op uw klachten?	
	Geleverde zorg op maat	
28	Hoe heeft u inspraak op uw therapie?	
29	Ervaart u het invullen van vragenlijsten zinvol of niet en waarom	
30	Aan welke aspecten dient volgens u een behandeling te voldoen	
	Privacy	
31	Zou u het prettig vinden wanneer u kunt lezen wat uw ft in de computer over u invoert?	
32	Hoe ervaart u het vastleggen van uw gegevens in de computer? (bv als inbreuk op uw privacy, zijn gegevens ook voor anderen beschikbaar, beveiligd etc)	
33	Vindt u het belangrijk dat uw ft toestemming aan u vraagt alvorens te overleggen met uw huisarts?	
	Registratie	
34	Vindt u het prettig dat uw ft uw onderzoeksgegevens in de computer invoert	
35	Hoe zou u het vinden om uw gegevens thuis te kunnen controleren	
36	Vindt u dat uw ft veel tijd besteed aan het invoeren van gegevens?	
37	Vindt u dat dit ten koste gaat van uw behandel tijd?	
38	Vindt u dat het contact met uw ft voldoende is tijdens de behandeling	
39	Vindt u dat er voldoende aandacht aan u wordt besteed tijdens de behandeling ondanks het registreren	
40	Wat zou u anders willen zien	
41	Wat vindt u van het gebruik van de computer in relatie tot de communicatie met de ft	
	Resultaat	
42	Bent u tevreden over de behandeling tot nu toe	
43	Vindt u dat u door de registratie/behandeling voldoende inzicht hebt gekregen in uw klacht	
44	Vindt u dat uw ft u voldoende info heeft gegeven over de behandeling	