

**'N STANDAARDSTELLING EN
METINGSKRITERIA VIR ARBEIDSTERAPIE-
WERKBEPALINGSAREAS**

deur

Susanna Beukes



**Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereiste vir die
graad van Magister in Arbeidsterapie aan die Universiteit
van Stellenbosch**

Studieleiers:

Mej. N.E. Smit

Desember 2000

Dr. S.E. Carstens

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Handtekening:

Datum:

OPSOMMING

Die regte van persone met gestremdhede tot gelyke indiensneming word op nasionale en internasionale vlak erken. Die aanbieding van effektiewe werkrehabilitasieprogramme deur arbeidsterapeute is een van die belangrikste wyses waarop die situasie aangespreek kan word.

Die lewering van hoë gehalte gesondheidsdienste word toenemend deur die verbruikers en die staat vereis. Dit impliseer dat standaarde vir die dienste vasgestel moet word om gehalteverbetering en gehalteversekering in gesondheidsdienste te vestig.

Werkrehabilitasie van persone met gestremdhede en die kwessie van hoë gehalte dienste het die volgende vraag laat ontstaan: "Hoe kan die arbeidsterapeut verseker dat 'n hoë gehalte diens in 'n werkbepalingsarea gelewer word?". Die vraag handel spesifiek oor die bepaling van 'n persoon se werkvermoëns aangesien dié stap as baie belangrik binne die werkrehabilitasieprogram beskou word. Die stap(pe) wat hierna sal volg, sal op besluit word na aanleiding van die resultate van die bepaling.

Die doel van die studie is om 'n standaardstelling en generiese metingskriteria volgens Donabedian se model te identifiseer om die standaarde vir die Struktuur, Proses en Uitkoms van werkbepalingsareas in Suid-Afrika daar te stel.

Die bogenoemde metingskriteria sal dit moontlik maak om die gehalteversekeringsiklus te inisieër. Gehalteversekering en gehalteverbeteringsaksies sal as gevolg hiervan in werkbepalingsareas kan plaasvind.

Ten spyte van die feit dat die rol van die arbeidsterapeut in werkrehabilitasie duidelik uiteengesit is en die belang daarvan erken word, kon geen inligting oor 'n standaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas in die literatuur gevind word nie.

Arbeidsterapeute met minstens een jaar ondervinding van werkrehabilitasie van pasiënte het hulle menings ten opsigte van 'n standaardstelling en metingskriteria uitgespreek. 'n Opname metode (gewysigde Delphi metode) is gebruik en deelnemers het op 'n vierpuntskaal hul voorkeure ten opsigte van 'n standaardstelling en metingskriteria aangedui. Die resultate wat op dié wyse bekom is, is gebruik om 'n finale standaardstelling en voorkeur metingskriteria voor te stel. Die gebruik hiervan in werkbepalingsareas sal daartoe lei dat gehalteversekering en gehalteverbetering in dié areas in Suid-Afrika tot uitvoer gebring sal word.

ABSTRACT

The rights of people with disabilities to equal opportunities for employment is acknowledged on a national and international level. A key area whereby this can be addressed is through effective vocational rehabilitation programmes in occupational therapy.

The delivery of high quality health care services is an important issue for the consumer and government within the health arena. This implies that standards have to be developed for the various services. The standards will serve the purpose of activating quality assurance and quality improvement processes in all health care services.

Vocational rehabilitation of people with disabilities and the emphasis that is placed on good quality care, resulted in the question: "How can occupational therapists ensure that they will deliver a good quality service in a vocational assessment area?". The question is posed specifically in terms of the assessment of a person's work abilities, as this step is viewed as most important in the vocational rehabilitation process. The step(s) that follow will be determined by the results obtained from the assessment.

The purpose of the study is to identify a standard statement and generic measurement criteria that will be used to set the standards for Structure, Process and Outcome for vocational assessment areas.

The establishment of measurement criteria is viewed as a starting point in the quality assurance cycle. The results of the study will initiate quality assurance and quality improvement in vocational assessment areas.

Although the role of the occupational therapist is clearly delineated regarding vocational rehabilitation and the importance of the occupational therapy contribution recognised in this regard, could no information pertaining to standards and measurement criteria for work assessment areas be identified through a literature study.

It was therefore decided to develop a standard statement and measurement criteria according to the Donabedian Model of Structure, Process and Outcome for vocational assessment areas in South Africa. Occupational therapists with at least one year experience of vocational rehabilitation of patients were requested to rate the proposed standard statements and measurement criteria. A survey method (adapted Delphi method) was used whereby the participants had to rate the proposed standard statements and measurement criteria on a four-point scale. The results obtained were used to draw up a standard statement and measurement criteria to ensure that quality assurance and quality improvement will become a reality in vocational assessment areas in South Africa.

BEDANKINGS

'n Woord van opregte dank en waardering word aan die volgende persone gerig:

Mej Neeltjé Smit en dr Sidney Carstens vir hulle hulp en leiding in die uitvoering van die studie.

Dr Theuns Kotze vir sy belangstelling en leiding.

Dr Feinhauer vir die taalversorging van die tesis.

Mev Karen Schneiganz vir die tik van die tesis.

Die arbeidsterapeute wat die vraeboë voltooi het.

My gesin vir hulle geduld en verdraagsaamheid.

S Beukes

Bellville

2000

INHOUDSOPGAWE

	<u>Bladsy</u>
Verklaring	ii
Opsomming	iii
Abstract	iv
Bedankings	v
Lys van tabelle	xi
Lys van figure	xii
Lys van bylaes	xiv
HOOFSTUK 1: INLEIDING, MOTIVERING EN DOELSTELLINGS VIR DIE STUDIE	
1.1 Inleiding	1
1.2 Motivering vir die Studie	3
1.3 Doel van die Studie	5
1.4 Doelwitte	5
1.5 Afbakening van die Studiegebied	6
1.6 Definiëring van Begrippe en Terme	6
1.7 Verloop van die Studie	8
HOOFSTUK 2: GEHALTEVERSEKERING EN WERKREHABILITASIE	
2.1 Inleiding	9
2.2 Omvattende Gehaltebestuur	10
2.2.1 Omvattende Gehaltebestuursbeginsels	12
2.3 Omvattende Gehaltebestuur in Gesondheidsdienste	16
2.3.1 Die Pasiënt se Deelname aan Gehalteversekering	20

	<u>Bladsy</u>
2.3.2	Die Proses van Behandeling 22
2.3.3	Organisasies Betrokke by Gehalteversekering in Gesondheidsdienste 24
2.4	Die Gehalteversekeringsiklus 28
2.4.1	Stadium I - Besluit op die Fokus vir die Gehalteversekeringsaksie 30
2.4.2	Stadium II - Identifiseer Standaarde en Kriteria 30
2.4.2.1	Standaarde en Gehalte 31
2.4.2.2	Kriteria 33
2.4.2.3	Raamwerke vir Kriteria 34
2.4.2.4	Metodes om Konsensusbesluite oor Kriteria te neem 39
2.4.3	Stadium III - Identifiseer Metingsmetodes 45
2.4.4	Stadium IV - Data insameling 48
2.4.5	Stadium V - Analiseer en Interpreteer Data 48
2.4.6	Stadium VI - Identifiseer Aksies om Gehalte te Verbeter 49
2.4.7.	Stadium VII - Selekteer 'n Plan van Aksie 49
2.4.8	Stadium VIII - Implementeer die Aksieplan 50
2.4.9	Stadium IX - Herevalueer 50
2.5	Akkreditering 52
2.6	Gehalteversekering in Arbeidsterapie 52
2.7	Omvattende Gehaltebestuur in Arbeidsterapie 56
2.7.1	Die Rol van die Pasiënt 58
2.7.2	Die Rol van Senior Lede van die Professie 59
2.7.3	Opleiding 60
2.7.4	Die Rol van die Kundige 60
2.8	Werkrehabilitasie 62
2.8.1	'n Raamwerk vir 'n Werkrehabilitasieprogram 65

	<u>Bladsy</u>
2.8.2	Algemene Inligting Rakende die Stadium van "Bepaling" 68
2.9	Bepaling van Werkvermoëns en Gehalteversekering 71
2.10	Samevatting 73
2.10.1	Gehalteversekering 74
2.10.2	Standaard en Kriteria 74
2.10.3	Omvattende Gehaltebestuur 74
2.10.4	Die Pasiënt as Verbruiker en Evalueerder van die Diens 75
2.10.5	Ouditering van Kliniese Dienste 75
2.10.6	Opleiding 75
2.10.7	Kommunikasie 75
HOOFSTUK 3: STUDIEMETODE, STUDIEPOPULASIE EN DATA-INSAMELING	
3.1	Studie-ontwerp 78
3.2	Die Populasie 79
3.2.1	Insluitingskriteria 79
3.2.2	Die Identifisering van die Studiepopulasie 79
3.3	Die Studiepopulasie 80
3.3.1	'n Doelgerigte Subgroep om Opinies oor Formulering van 'n Standaardstelling in te Win 81
3.3.2	'n Studiegroep om 'n Voorkeurstandaardstelling en Metingskriteria te Identifiseer 82
3.4	Vraeboë 83
3.4.1	Inhoudsgeldigheid 84
3.4.2	Die Beoordelingskaal 85
3.4.3	Vraeboë om 'n Voorkeurstandaardstelling te Bepaal - Rondte Een 86

	<u>Bladsy</u>
3.4.4	Vraeboë om Voorkeurmetingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms te Identifiseer - Rondte Twee 87
3.5	Die Proses van Data-insameling Tydens Rondte Twee 88
3.6	Statistiese Metodes 89
HOOFSTUK 4: VERWERKING VAN DATA EN RESULTATE	
4.1	Inleiding 91
4.2	Standaardstelling 91
4.2.1	Standaardstelling I 92
4.2.2	Standaardstelling II 94
4.2.3	Standaardstelling III 94
4.2.4	Die Finale Standaardstelling vir Werkbepalingsareas wat uit die Substellings saamgestel is 95
4.3	Metingskriteria 96
4.3.1	Vraelys aangaande Struktuur 97
4.3.1.1	Werkarea 97
4.3.1.2	Meubels en Toerusting 98
4.3.1.3	Administratiewe Struktuur 98
4.3.1.4	Personeel 101
4.3.2	Vraelys aangaande Proses 101
4.3.2.1	Bepalingsproses 102
4.3.2.2	Finale Verslag 104
4.3.2.3	Gebruik van Bronne 106
4.3.3	Vraelys aangaande Uitkomste 107
4.3.3.1	Kliënt-uitkomste 107
4.3.3.2	Area-uitkomste 107
4.4	Samevatting 109

Bladsy

HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

5.1	Gevolgtrekking	111
5.2	Aanbevelings	112
BRONNELYS		115
BYLAES		126

LYS VAN TABELLE

<u>Tabel</u>		<u>Bladsy</u>
3.1	Verspreiding van arbeidsterapeute met werkrehabilitasie- ondervinding in Junie 1996 in Suid-Afrika	80
3.2	Verspreiding van studiepopulasie	83
3.3	Verspreiding van respondente	89
4.1	Substellings vir insluiting by standaardstelling	91
4.2	Marginale frekwensies van Standaardstelling I	93
4.3	Marginale frekwensies van Standaardstelling II	94
4.4	Marginale frekwensies van Standaardstelling III	95
4.5	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Werkarea	97
4.6	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Meubels en Toerusting	98
4.7	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Administratiewe Struktuur	99
4.8	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Personeel	101
4.9	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Bepalingsproses	102
4.10	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Finale Verslag	104
4.11	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Gebruik van Bronne	106
4.12	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Kliënt-uitkomste	107
4.13	Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Area-uitkomste	108

LYS VAN FIGURE

<u>Figuur</u>		<u>Bladsy</u>
2.1	Die Shewhart-siklus Bron: Deming, 1995: 88	11
2.2	Die Juran-trilogie Bron: Juran, 1988: 12	12
2.3	Omvattende Gehaltebestuur: "Total Quality Management Culture" Bron: Koch, 1992: 5	15
2.4	'n Model van verbruikers se siening ten opsigte van gehalte van gesondheidsdienste Bron: O'Connor & Bowers, 1992: 355	22
2.5	Gehalteversekeringsiklus Bron: Berwick, 1995: 75	28
2.6	Stappe in die Gehalteversekeringsiklus Bron: Ellis & Whittington, 1993: 67	29
2.7	Oorsaak- en gevolgdiagram Bron: Oakland & Sohal, 1996: 135	32
2.8	Kriteriakaart Bron: Kemp & Richardson, 1995: 138	34
2.9	Kriterialys Bron: Crawford, 1989: 296	35
2.10	Donabedian-model vir Gehalteversekering Bron: Sale, 1990: 12	36
2.11	Voorbeeld van Donabedian se model in die praktyk Bron: Donabedian, 1995: 203	38
2.12	Navorsingsbenaderings Bron: Ellis, 1989: 231	44

<u>Figuur</u>		<u>Bladsy</u>
2.13	Die proses van gehalteversekering Bron: Anderson, 1994: 15	51
2.14	Die proses van monitering en evaluering van gehalteverbetering Bron: Jacobs & Logigian, 1994: 188	57
2.15	'n Aangepaste voorstel vir die monitering en evaluering van gehalteverbetering	58
2.16	Voorstelling van 'n werkrehabilitasieprogram Bron: Departement Arbeidsterapie, Notas oor Werkrehabilitasie, 1999: 1	65
2.17	Formaat vir terugvoer Bron: Katz & Snow, 1980: 15	69
2.18	Uitkomste van werkbepaling Bron: Oxley, 1995: 466	69
2.19	Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Administratiewe Struktuur	99
2.20	Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Bepalingsproses	103
2.21	Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Finale Verslag	105
2.22	Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Area-uitkomste	108

LYS VAN BYLAES

<u>Bylae</u>		<u>Bladsy</u>
Bylae A	Deming se Veertien Punte vir Gehaltebestuur Bron: Parsley & Corrigan, 1995: 216	126
Bylae B	Mylpale in die Ontwikkeling van Gehalteversekering in Gesondheidsdienste Bron: Racine, 1995: 27-29	129
Bylae C	Pioniers van Gehalteversekering in Gesondheidsdienste Bron: Racine, 1995: 30-31	133
Bylae D	Departement Arbeidsterapie: Werkvermoëns	136
Bylae E	Brief om Studiepopulasie te Identifiseer	138
Bylae F	Brief om Doel en Verloop van Studie te Verduidelik	141
Bylae G	Instemming tot Deelname	143
Bylae H	Vraeboog met Dertien Substellings	145
Bylae I	Instruksieblad om Bylae H te Voltooi	147
Bylae J	Voorbeeld van 'n Standaardstelling en Metingskriteria Bron: Crawford, 1989: 296	149
Bylae K	Vraeboog met Drie Voorstelle van Standaardstelling	151
Bylae L	Finale Standaardstelling	155
Bylae M	Instruksieblad om Bylae N, Bylae O en Bylae P te Voltooi	157
Bylae N	'n Vraeboog om Metingskriteria vir Struktuur te Identifiseer	159
Bylae O	'n Vraeboog om Metingskriteria vir Proses te Identifiseer	162
Bylae P	'n Vraeboog om Metingskriteria vir Uitkoms te Identifiseer	166

<u>Bylae</u>		<u>Bladsy</u>
Bylae Q	Brief met Instruksies om Bylae K, Bylae N, Bylae O en Bylae P te Voltooi	169
Bylae R	Inligtingstuk om Gehalteversekering te Verduidelik	171
Bylae S	Kriterialys vir Beoordeling van Struktuur	176
Bylae T	Kriterialys vir Beoordeling van Proses	179
Bylae U	Kriterialys vir Beoordeling van Uitkoms	182
Bylae V	Instruksieblad om Bylae S, Bylae T en Bylae U te Voltooi	185

HOOFSTUK 1

INLEIDING, MOTIVERING EN DOELSTELLINGS VIR DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

Erkenning van die regte van persone met gestremdhede tot gelyke indiensneming word op nasionale en internasionale vlak sterk ondersteun. Wetgewing hieromtrent word gevind in die "Americans with Disabilities Act" (ADA) van 1990 en die "Disability Discrimination Act" (DDA) wat in Desember 1995 in Brittanje aanvaar is. Die Wet op Billike Indiensneming is sedert 19 Oktober 1998 in Suid-Afrika van toepassing.

Verskeie beleidsdokumente en werkstukke wat sedert 1993 gepubliseer is, stel duidelike standpunte rakende die bogenoemde aangeleentheid. 'n Beleidsdokument wat as die Rubicon in dié verband beskou kan word, is die Verenigde Nasies se "Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for People with Disabilities" wat in Desember 1994 verskyn het. Die volgende standpunt word in die dokument gestel: "States recognize the principle that persons with disabilities must be empowered to exercise their human rights particularly in the field of employment. Both in rural and urban areas they must have equal opportunities for productive and gainful employment in the open labour market" (United Nations, 1994: reël 7).

Rehabilitasie as 'n essensiële komponent van gesondheidsdienste, asook die integrasie daarvan by primêre gesondheidsorg, word beklemtoon in die "African National Congress" (ANC) se Nasionale Gesondheidsplan vir Suid-Afrika wat in 1994 verskyn het. Die Gesondheidsplan beveel aan dat die dokument "Disability Rights Charter of South Africa", wat in Desember 1992 deur die Raad vir Gestremde Persone aanvaar is, een van die meganismes moet wees waardeur persone met gestremdhede gelyke geleenthede in alle sektore van die samelewing gebied behoort te word. Artikels drie (3) en vyf (5) van die "Disability Charter" vereis dat rehabilitasie van 'n hoë gehalte, en daarmee saam geleenthede vir indiensneming, aan persone met gestremdhede beskikbaar gestel moet word (Concerned Lawyers Group, 1992).

Die Suid-Afrikaanse regering erken met die Witskrif "Integrated National Disability Strategy" wat in November 1997 gepubliseer is dat die ontwikkeling en implementering van 'n nasionale strategie om gestremdheid aan te spreek 'n prioriteit is. Daar word in die dokument aangedui hoe 'n nasionale beleid ten opsigte van rehabilitasie in Suid-Afrika gevestig sal word. 'n Aanbeveling dat minimum standaarde in sleutelareas, waarvan die Nasionale Indiensnemingstrategie een is, daargestel moet word, word in die dokument

aanbeveel. Die feit dat persone met gestremdhede gelyke geleenthede, onder andere werkgeleenthede, gebied moet word, word in verskeie gedeeltes van die dokument uitgelig (White Paper on an "Integrated National Disability Strategy", 1997: 27, 29, 41, 43, 44, 46, 64, 70).

Die Wysigingswet op Arbeidsverhoudinge no. 42 van 1996 (Labour Relations Amendment Act) bevat belangrike voorstelle wat verband hou met indiensneming en ontslag van alle persone ook die met gestremdhede. Die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram van 1994 stel voor dat geleenthede aan persone met gestremdhede gebied moet word om hulle oorblywende vermoëns en vaardighede optimaal te ontwikkel. Hulle sal hierdeur bemaagtig word om 'n betekenisvolle rol in die ekonomie te vervul.

Die finale voorstel vir 'n Nasionale Rehabilitasiebeleid stel beleidsriglyne voor om die gehalte van rehabilitasiedienste in Suid-Afrika te bevorder. Die gedeelte in die dokument wat handel oor voorligting wat betref werk en die opleiding wat voor indiensneming moet geskied, meld dat werkbepalingsareas gebruik moet word om die werkvermoëns van persone met gestremdhede te bepaal. Die verloop van die werkrehabilitasieproses, wat met die persone gevolg sal word, sal na aanleiding van die bepaling op besluit word (National Rehabilitation Policy: Final Draft, 1998: 20).

'n Metode om die kwessie van billike indiensneming van persone met gestremdhede aan te spreek, is om te verseker dat werkrehabilitasieprogramme van 'n hoë gehalte aan die persone gebied word.

'n Werkrehabilitasieprogram bestaan uit verskeie prosesse wat opeenvolgend, of in kombinasies, uitgevoer kan word. Die fokus van arbeidsterapie-intervensies tydens die program is gerig op die bepaling van werkvermoëns en die fasilitering van die proses om die persoon in staat te stel om die rol van 'n werker te vervul. Thurgood (1999: 290) beklemtoon die belang van werk met die volgende stelling: "Work is of major significance in the lives of most adults, and if they are not able to work for any reason (for example disability or unemployment) it can cause major problems to their psychological health due to loss of role".

Die verloop van 'n werkrehabilitasieprogram vir pasiënte word bepaal na aanleiding van die inligting wat tydens bepaling van hulle werkvermoëns ingewin is. Die arbeidsterapeut gebruik die inligting om 'n funksionele diagnose te formuleer. Die pasiënt se probleme wat werkverrigting betref word in die diagnose omskryf en die bates uitgelig. Die belang van die proses van bepaling word deur Pratt en Jacobs (1997: 298) soos volg voorgestel: "There is an escalating emphasis on functional or work capacity assessments as industry, government and therapists seek a more structured approach to the determination of suitable duties and ability to work".

1.2 MOTIVERING VIR DIE STUDIE

Resultate van die bepaling van 'n persoon se werkvermoëns moet op die mees objektiewe wyse ingewin, beoordeel en weergegee word. Gillette (1993: 367) is van mening dat: "What we see (observe) is known (understood) only after it is assessed or measured in some valid and reliable manner".

Die kwessie van geldigheid en betroubaarheid van resultate sal aangespreek word indien daar in werkbepalingsareas standarde geïdentifiseer is ten opsigte van die omgewing en fasiliteite (Struktuur), werkbepalingsproses (Proses) en die resultate (Uitkoms). Die beskikbaarheid van norme waarteen bepaling sinligting gemeet kan word, is essensieël om aan die vereistes ten opsigte van objektiwiteit te voldoen.

Werkbepalingsareas ondervind 'n toename in die aantal verwysings wat volledige bepaling van persone se werkvermoëns versoek. Gedurende die periode Maart 1999 tot Desember 1999 is 1037 persone verwys vir die bepaling van hulle werkvermoëns in werkbepalingsareas in die Kaapse Metropooldistrik. Die doel van die verwysings is om gedetailleerde inligting oor die persone se werkvermoëns te bekom. Ongeskiktheidstoelae word toegeken op grond van die resultate van die bepaling. Ongeskiktheidstoelae is gedurende Maart 1999 tot Desember 1999 toegeken aan 727 (70%) van die persone wat vir bepaling verwys is op grond van die verslae wat deur die arbeidsterapeute beskikbaar gestel is. 'n Besparing van R1 555 000 vir die periode van tien maande is meegebring as gevolg van die 310 (30%) Ongeskiktheidstoelae wat nie toegestaan is nie (Occupational Therapy Executive Committee, Disability Grant Statistics, 1999).

Inligting oor persone se werkvermoëns word vir verskillende doeleindes verlang. Die onderstaande is enkele voorbeelde hiervan:

- Bepaling van die werkvermoëns van 'n groep werkers met moontlike probleme (at risk) word gedoen om vroegtydig die situasie te ondersoek en probleme te identifiseer. Primêre en sekondêre voorkomende programme word na aanleiding van die resultate van die bepaling ingestel. Die doel hiervan is om die ontstaan en die verloop van die proses van gestremdheid te beperk (Pratt & Jacobs, 1997: 48).
- Inligting oor werkvermoëns word benodig om die rehabilitasie- en indiensnemingspotensiaal van 'n persoon met 'n gestremdheid te bepaal. Die inligting is van primêre belang tydens medies geregtelike sake. Dit word gebruik om verantwoordbare besluite te neem aangaande finansiële eise wat gestel word (Pratt & Jacobs, 1997: 42, 291).

- Die resultate van die bepaling van werkvermoëns word gebruik om die vermoëns van 'n persoon en die vereistes wat die werk stel, te korreleer. Hierdeur kan indiensneming van persone met gestremdhede op 'n verantwoordbare wyse gedoen word (Oxley, 1992: 449; White Paper on an Integrated National Disability Strategy, 1997: 44).
- Tydelike of permanente aanpassings in 'n persoon se werksituasie kan voorgestel word na aanleiding van die resultate van die bepaling van werkvermoëns. Die aangepaste werkprogram maak dit vir die persone moontlik om gouer terug te keer na 'n werksituasie. Voorbeelde van aanpassings is onder andere daarop gerig om toeganklikheid by die werkplek te verseker; om gereedskap en apparaat meer hanteerbaar te maak; tipe en hoeveelheid take wat aanvanklik aan die persoon toegedeel word te beheer en met verloop van tyd te vermeerder asook om fleksietyd of deeltydse werksure voor te stel (Ellek, 1991: 177; Thurgood, 1999: 291).
- Die span wat moet besluit of 'n Ongeskiktheidstoelaag aan 'n persoon toegeken moet word of nie steun sterk op die arbeidsterapeut se verslag waarin die resultate van die bepaling van werkvermoëns en ook aanbevelings oor die persoon se werkrehabilitasieprogram en werkpotensiaal aangedui word. Die verslag dra grootliks daartoe by dat daar tussen die onderstaande drie groepe persone onderskei kan word:
 - (i) Diegene wat as gevolg van 'n fisiese of psigososiale gestremdheid nie kan werk nie. Hierdie groep kwalifiseer vir Ongeskiktheidstoelae.
 - (ii) Diegene wat nie werk kan vind nie (werklose persone). Hierdie groep kwalifiseer nie vir Ongeskiktheidstoelae nie.
 - (iii) Diegene wat nie wil werk nie. Dié groep kwalifiseer nie vir Ongeskiktheidstoelae nie (Die Wet op Maatskaplike Bystand, no. 59 van 1992; Regulasies Betreffende Toelae, Maatskaplike Noodleniging en Finansiële Toekennings Ingevolge die Wet op Maatskaplike Bystand, 1996; Schneider & Marshall, 1998: 4, 49).

Die gehalte van die verslae word bepaal deur die standaarde wat in die werkbepalingsareas aangetref word. Die standaarde word vir kernaspekte van die bepalingproses met behulp van metingskriteria voorgestel. Die gehalte van dienslewering in 'n area word bepaal deur dit met die voorgestelde metingskriteria te vergelyk. Die resultate wat na aanleiding hiervan verkry word, dui aan tot watter mate die diens wat gelewer word aan die vereiste standaard voldoen. Die inligting word ook gebruik om die koste-effektiwiteit van 'n diens te bewys. Generiese metingskriteria wat vir die omgewing, bepalingproses en uitkomst in werkbepalingsareas gestel word, sal daartoe bydra dat die beoordeling van kliënte se

werkvermoëns in verskillende areas op 'n regverdige en vergelykbare wyse kan geskied. Die herhaalbaarheid van die proses van bepaling word terselfdertyd moontlik gemaak. Die betroubaarheid van resultate kan verhoog word indien veranderlikes ten opsigte van die drie bogenoemde aspekte beperk word.

Die onderstaande vrae het na aanleiding van die voorafgaande ontstaan:

- Watter inligting moet ingesluit word in 'n standaardstelling vir 'n werkbepalingsarea?
- Watter metingskriteria sal die minimum standaard ten opsigte van die Struktuur van 'n werkbepalingsarea voorstel?
- Watter metingskriteria sal die minimum standaard voorstel vir die Bepalingsproses wat in 'n werkbepalingsarea uitgevoer word?
- Watter metingskriteria sal die minimum standaard voorstel waarteen die Uitkomst van werkbepalingsareas gemeet moet word?
- Hoe sal voorkeurmetingskriteria ten opsigte van bogenoemde drie aspekte geïdentifiseer word?

1.3 DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om gehalteversekering in werkbepalingsareas in Suid-Afrika te inisieer. Dit sal gedoen word deur metingskriteria te identifiseer wat gebruik sal word om die minimum standaard voor te stel waardeur die gehalte van die bepaling van pasiënte se werkvermoëns verseker kan word.

1.4 DOELWITTE

- Formuleer 'n standaardstelling waarin die standarde vir 'n werkbepalingsarea vervat is.
- Identifiseer metingskriteria wat die minimum standaard sal voorstel vir die Struktuur van 'n werkbepalingsarea.
- Identifiseer metingskriteria wat die minimum standaard sal voorstel waaraan die Bepalingsproses moet voldoen.
- Identifiseer metingskriteria wat die minimum standaard sal voorstel waaraan die Uitkomst van werkbepalingsareas gemeet word.

1.5 AFBAKENING VAN DIE STUDIEGEBIED

Die gehalteversekeringsiklus is die meganisme waardeur gehalteverbetering van dienste teweeggebring word. Die siklus bestaan uit nege stadia. In die studie word daar gefokus op Stadium II - Identifiseer Standaarde en Kriteria. Daar sal volgens Donabedian se Model gepoog word om 'n standaardstelling en generiese metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir werkbepalingsareas in Suid-Afrika te identifiseer.

Arbeidsterapeute met minstens een jaar ondervinding van werkrehabilitasie van pasiënte sal versoek word om hulle voorkeure ten opsigte van 'n voorkeurstandaardstelling en metingskriteria op vraeboë aan te dui.

1.6 DEFINIËRING VAN BEGRIPPE EN TERME

1.6.1 WERKBEPALINGSAREA

'n Werkbepalingsarea is 'n omgewing waar bepaling van 'n pasiënt se werkvermoëns geskied. Dit kan 'n gestruktureerde bepalingarea wees verbonde aan 'n tersiêre hospitaal of 'n spesifiek geselekteerde werksituasie in die ope-arbeidsmark.

1.6.2 WERKVERMOËNS

Die vermoëns wat 'n persoon in staat stel om die rol van 'n werker doeltreffend te vervul. Dit bestaan uit werkgewoontes, werkuithouvermoë, produktiwiteit en werkmotivering.

1.6.3 WERKREHABILITASIEPROGRAM

Die program bestaan uit 'n aantal prosesse wat opeenvolgend of in verskillende kombinasies gebruik word om 'n persoon se kennis, vaardighede en houdings ten opsigte van werkverrigting te verbeter tot die vlak waar die rol van 'n werker gehandhaaf kan word.

1.6.4 BEPALING VAN WERKVERMOËNS

"To assess and predict work behaviour and vocational potential through the application of practical, reality-based assessment techniques. The objectives include: testing and evaluating work abilities related to a specific job task; assessing the client's learning abilities and retention of skills; evaluating physical, psychological and social factors such as work tolerance, habits, and interpersonal qualities" (Jacobs, 1985: 14).

1.6.5 GEHALTEVERSEKERING

Dit is 'n proses van monitering en evaluering van die gehalte van dienste of produkte (Kuperman, Gardner & Pryor, 1991: 92).

1.6.6 GEHALTEVERBETERING

Dit is 'n proses wat aansluit by die gehalteversekeringsproses, maar hoofsaaklik daarop gerig is om op 'n deurlopende wyse te poog om die mees effektiewe wyse te vind waarop 'n taak verrig moet word en vermorsing as gevolg van foute uit te skakel (Kuperman, *et al.*, 1991: 105).

1.6.7 OMVATTENDE GEHALTEBESTUUR

"It is a structured, systematic process for creating organization-wide participation in planning and implementing continuous improvements in quality. Total Quality Management is a means to an end, with the end being the long term success of an organization" (Whetsell, 1995: 80).

1.6.8 STANDAARD

'n Maatstaf wat 'n bereikbare vlak voorstel waarteen uitsette van dienslewering gemeet kan word om die gehalte daarvan te evalueer.

1.6.9 STANDAARDSTELLING

"It is a statement of an agreed level of performance appropriate to the care group and relevant to the selected topic. It specifies a desirable, acceptable level of care" (Wright & Whittington, 1992: 63).

1.6.10 METINGSKRITERIA

Kriteria is kort stellings wat die aard van optrede of aksie om aan die standaard te voldoen presies spesifiseer. Kriteria moet haalbaar, meetbaar, verstaanbaar, waarneembaar en aanvaarbaar wees (Kitson, Hyndman, Harvey & Yerrell, 1990: 17).

1.6.11 STRUKTUUR IN 'N AREA

Verwys na al die faktore wat nodig is om 'n taak te verrig. Dit sluit onder andere die fisiese omgewing, materiaal, gereedskap en personeel in.

1.6.12 PROSES IN 'N AREA

Verwys na al die aksies (byvoorbeeld die arbeidsterapieproses) wat uitgevoer moet word om 'n diens aan te bied.

1.6.13 UITKOMS IN 'N AREA

Verwys na die effek wat die diens op die gezondheidstatus van die pasiënt het.

1.6.14 PROSES VAN GESTREMDHEID

'n Faktor soos siekte, die omgewing, houdings of sosiale vereistes presipiteer 'n negatiewe verloop wat vanaf beperking lei na gestremdheid en uiteindelik as gebreklikheid kan manifesteer.

1.7 VERLOOP VAN DIE STUDIE

'n Omskrywing van gehalteversekering en gehalteverbetering en die wyse waarop dit in gesondheidsdienste voorkom en bestuur word, soos verkry uit die literatuur, word in hoofstuk 2 bespreek. Die gehalteversekeringsiklus met toeligting, veral ten opsigte van stadium II waartydens standarde met behulp van metingskriteria gestel word, word in die hoofstuk uiteengesit.

Die metode waarvolgens die studiepulasie te identifiseer en die menings van arbeidsterapeute met kundige kennis van werkrehabilitasie ingewin is, word in hoofstuk 3 verduidelik.

Die verwerking van die resultate en die resultate as sulks word in hoofstuk 4 aangedui.

Hoofstuk 5 beslaan die gevolgtrekkings en aanbevelings waarvolgens die navorser voorstelle vir die implementering van gehalteversekering in arbeidsterapie werkbepalingsareas maak. Daar word ook aangedui hoe die studie uitvoering gee aan die aanbevelings wat in verskeie beleidsdokumente oor werkrehabilitasie voorkom.

HOOFSTUK 2

GEHALTEVERSEKERING EN WERKREHABILITASIE

2.1 INLEIDING

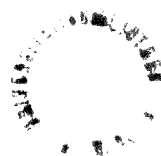
Daar word op alle vlakke van gesondheidsdienslewering erken dat 'n hoë gehalte diens essensieël is. Doeltreffende sisteme en prosedures moet ontwikkel word waardeur gehalteversekering en gehalteverbetering op 'n geordende wyse in die gesondheidsdienste daargestel en bestuur kan word.

Die bestuur van gehalteversekering in die vervaardigingsektor is, in teenstelling met gesondheidsdienste, sedert ongeveer 1840 'n gevestigde praktyk. Standaard vir gehalteversekering in die ingenieursbedryf was reeds in hierdie tyd in gebruik. Die uitgangspunt in die vervaardigingsektor is dat die bestuurslui 'n etos van gehalteversekering in firmas geskep het en dat 'n waardesisteem wat inherent deel van die bedryf is, dienoreenkomstig ontwikkel is.

Die insluiting van gehalteverbetering en gehalteversekering as 'n inherente komponent van gesondheidsdienslewering en gesondheidsbestuur word by herhaling in die literatuur beklemtoon. Volgens Racine (1995: 21) is die kernwoorde vir gesondheidsdienste vir die toekoms gehalte, dokumentasie en verantwoordelikheid.

Daar word toenemend op internasionale en nasionale vlak gefokus op gehalteversekering, gehalteverbetering, omvattende gehaltebestuur en akkreditering van gesondheidsdienste. Die uitkomste van gesondheidsdienste moet verantwoord word om op dié wyse te verseker dat koste-effektiewe, hoë-gehalte dienste gelewer word.

Verskeie stelsels van bestuur van gehalteversekering in gesondheidsdienste is in die proses van ontwikkeling. Daar is egter aanduidings dat die huiwering en selfs weerstand wat in gesondheidsdienste teen die gebruik van sommige stelsels en beginsels van gehalteversekering bestaan het, soos dit in die vervaardigingsektor die geval is, besig is om af te neem. Daar word toenemend gevind dat van dié kernbeginsels van gehalteversekering met vrug gebruik kan word om die gehalte van gesondheidsdienslewering te verbeter. "The journey to quality begins one step at a time, it is often arduous, but it is a matter of survival demanding superior clinical quality, superb service and innovation" (Graham, 1995: xvi).



Die navorser beplan om in die literatuurstudie inligting aangaande gehalteverbetering en gehalteversekering van gesondheidsdienste aan die hand van die onderstaande te bespreek:

- Omvattende Gehaltebestuur
- Omvattende Gehaltebestuur in Gesondheidsdienste
- Gehalteversekeringsiklus
- Akkreditering
- Omvattende Gehaltebestuur in Arbeidsterapie
- Gehalteversekering in Arbeidsterapie
- Werkrehabilitasie
- Bepaling van Werkvermoëns en Gehalteversekering

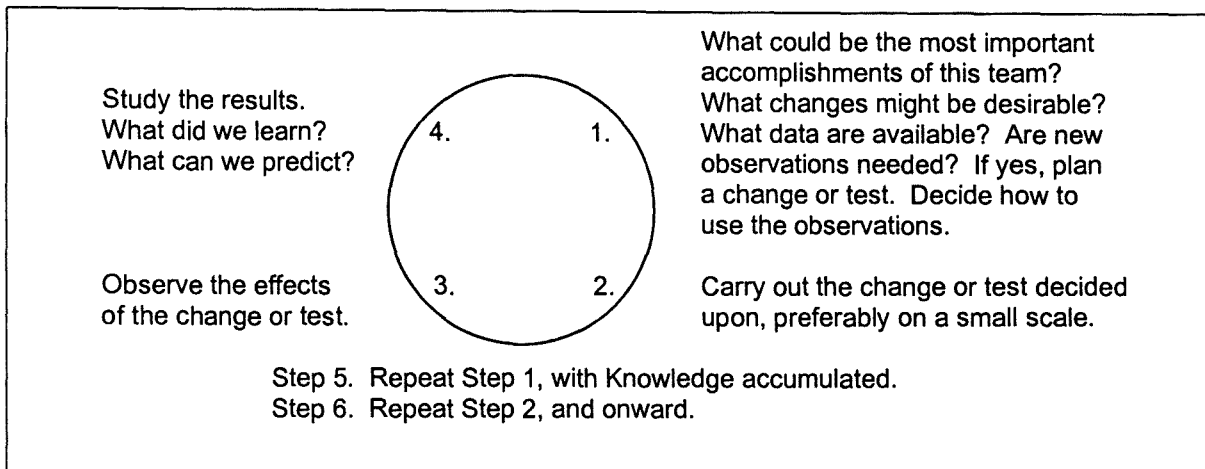
2.2 OMVATTENDE GEHALTEBESTUUR

Die sukses van die prosesse en metodes om die gehalte van produkte en dienslewering aan te spreek word bepaal deur die wyse waarop dit bestuur word. Whetsell (1995: 80) definieer Omvattende Gehaltebestuur soos volg: "Total Quality Management is a structured, systematic process for creating organization-wide participation in planning and implementing continuous improvements in quality. Total Quality Management is a means to an end, with the end being the long-term success of an organization".

Creech (1994: 7) is van mening dat 'n organisatoriese struktuur, 'n proses, 'n produk, leierskap en toewyding die basis vorm vir Omvattende Gehaltebestuur.

Die oorsprong van die filosofie van Omvattende Gehaltebestuur en die bedryf daarvan word met die vervaardigingsektor verbind. Gehalte-inspeksieprosesse voor 1930 was hoofsaaklik gerig op die inspeksie van voltooide produkte. Dié metode het egter nie produksiekoste bevoordeel nie, aangesien dit nie aanleiding gegee het tot die ondersoeking van die oorsake van foutiewe produkte nie. Shewhart (Deming, 1995: 88) word beskou as die meester wat die beginsels vir die verbetering van gehalte in die vervaardigingsektor daargestel het. Hy het in 1931 'n boek gepubliseer wat die gebruik van statistiese metodes om gehalte te kontroleer bespreek. Statistiese metodes word gebruik om alle stappe in die vervaardigingsproses te analiseer en op grond van dié inligting regstellings tydens die proses van uitvoering voor te stel. Die metodes word ook in gesondheidsdienste gebruik om te bepaal hoe konsekwent behandelingregimes uitgevoer word en tot watter mate uitkomst afwyk van die voorgestelde norm (Wakefield & Wakefield, 1995: 294).

Die onderstaande gehalteversekeringsiklus word voorgestel in 'n boek wat Shewhart in 1939 gepubliseer het.



Figuur 2.1: Die Shewhart-siklus.

Bron: Deming, 1995: 88.

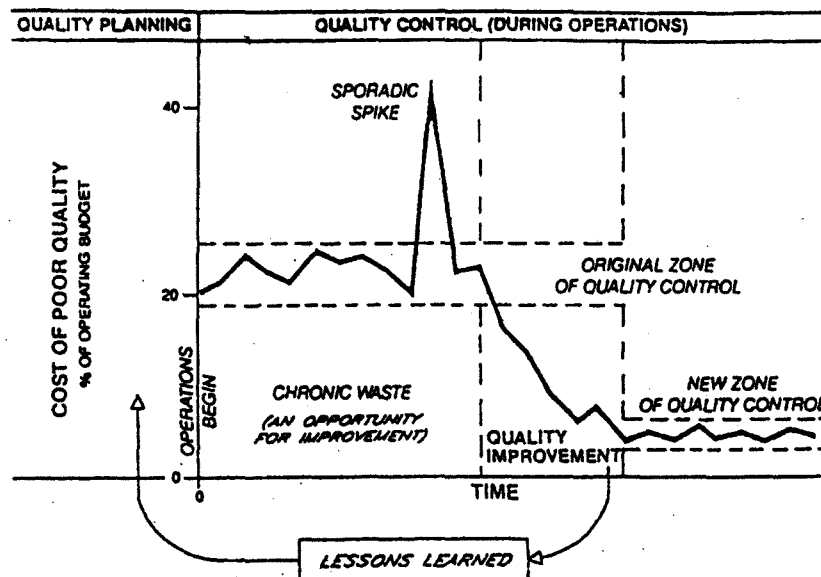
Gedurende die laat veertigerjare het Deming die konsep van "increasing quality results in competitive advantage" aan die Amerikaanse vervaardigingsektor voorgelê. Weens verskeie redes, onder andere die beeindiging van die Tweede Wêreldoorlog, het die Amerikaners nie op daardie stadium hierop gereageer nie. Deming het in 1950 die Shewhart-siklus aan die Japannese bekendgestel en dit is met groot entoesiasme deur hulle vervaardigingsektor ontvang. Hulle het die siklus herdoop na die Deming-siklus. Daar is ook veertien punte vir bestuur opgestel wat die siklus ondersteun (Parsley & Corrigan, 1995: 216) (Bylae A). Die veertien punte van Deming is die basis waarop die Omvattende Gehaltebestuursbeginsels geskoei is.

Die toewyding waarmee die Shewhart-siklus en dié veertien punte deur die Japannese vervaardigingsektor nagevolg is, het daartoe gelei dat Japan vandag as leier van die vervaardiging van 'n verskeidenheid produkte erken word. Gehalteversekeringsgroepe (Kaizen-groepe) het ongeveer in die sestigerjare in Japan ontstaan. 'n Groep van ses tot twaalf werkers wat dieselfde take verrig, kom op 'n vrywillige, gereelde basis byeen om werkverwante probleme te identifiseer, te analiseer en oplossings te genereer wat aan die bestuur van die firma voorgelê word. Die erkenning wat die bestuur van firmas in Amerika en veral Japan aan dié insette gegee het, het 'n groot bydrae gelewer tot die effektiewe verhoging van produktiwiteit en gehalte van produkte en dienste.

Die konsep van gehalteversekeringsgroepe word ook vir dieselfde redes in gesondheidsdienste gebruik (Haggard, 1983: 34; Oakland & Sohal, 1996: 170).

Een van die faktore wat deurlopend in die literatuur voorkom, is "The consumer is the most important part of the production line. Quality should be aimed at the needs of the consumer, present and future" (Deming, 1995: 5).

Juran en Feigenbaum was ook eksperte op die gebied van gehalteversekering wat as raadgevers in Japan opgetree het (Ellis & Whittington, 1993: 43). Die "Juran-trilogie" word ook as een van die boustone van gehalteversekering beskou. Die drie prosesse, naamlik beplanning vir gehalte, gehaltebeheer en gehalteverbetering, word deur Juran as volg voorgestel (Figuur 2.2).



Figuur 2.2: Die Juran-trilogie.

Bron: Juran, 1988: 12.

Volgens Creech is die interaksie en die sikliese aard van die drie prosesse, naamlik beplanning vir gehalte, gehaltebeheer en gehalteverbetering, uiteindelik bepalend vir die lewering van 'n hoë gehalte produk of diens (1994: 477).

2.2.1 OMVATTENDE GEHALTEBESTUURSBEGINSELS

Tydens Omvattende Gehaltebestuur word bestuursbeginsels, in kombinasie met hulpmiddels en tegnieke, deur alle werknemers gebruik tydens die uitvoering van hulle daaglikse pligte.

Die onderstaande is 'n oorsig van die uitgangspunte wat met Omvattende Gehaltebestuur gebruik word (Flarey, 1993: 21-30; Whetsell, 1995: 79-91; Oakland & Sohal, 1996: 129):

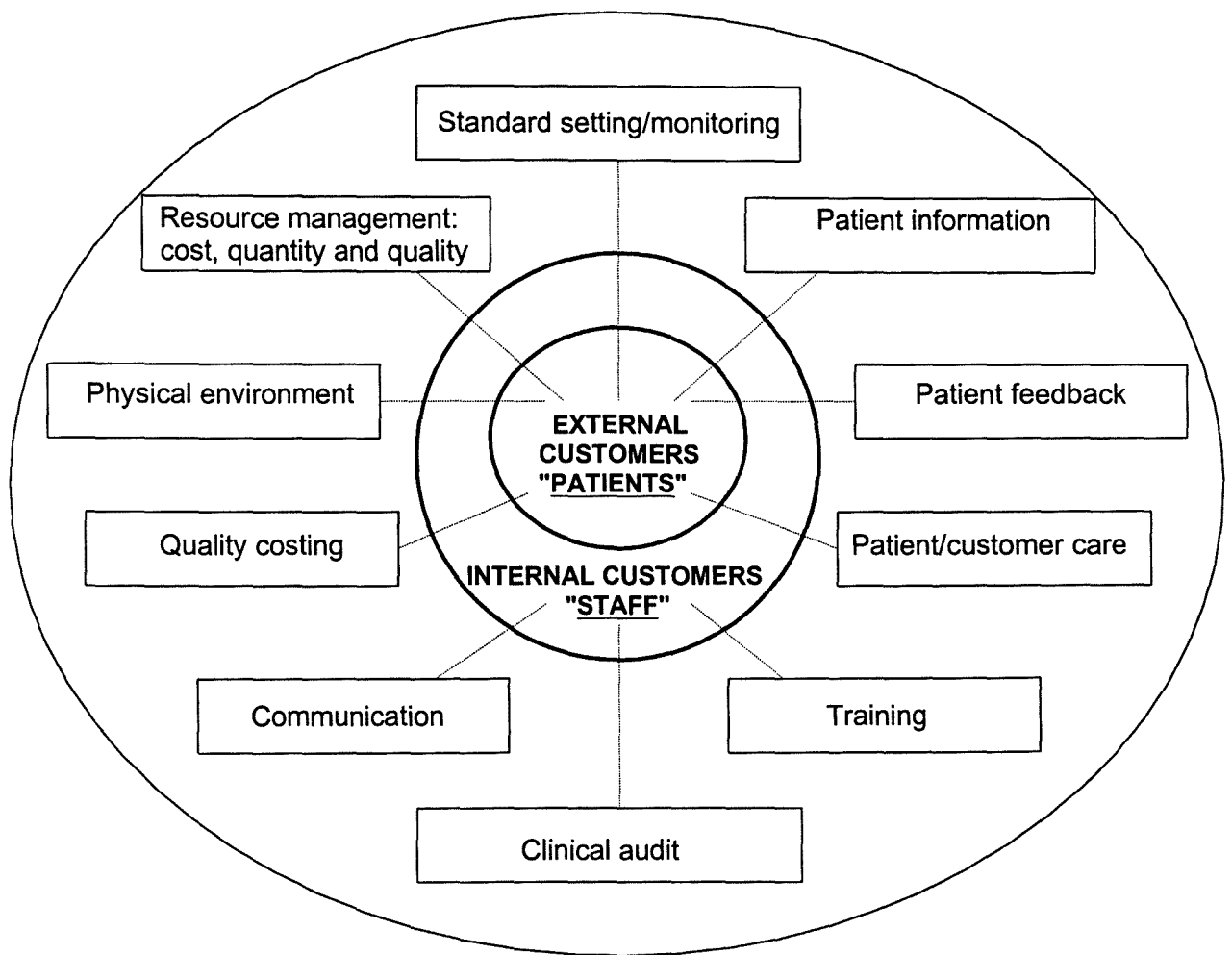
- Die fokus van Voortgesette Gehaltebestuur is enersyds gerig op die tevredenheid van die kliënt met die diens en andersyds op die verwagtinge wat die kliënt van die diens koester.

- Gehalte word altyd eerste gestel - selfs voor koste, begroting en skedules. Die gehalte van elke aspek van die vervaardiging van 'n produk of lewering van 'n diens moet duidelik gedefinieer wees en moet voortdurend geëvalueer word.
- Die proses van vervaardiging of dienslewering word sistematies ontleed en elke aspek word ondersoek met die doel om die gehalte daarvan te verbeter.
- Erkenning word gegee aan die raakvlakke wat tydens die proses van vervaardiging of dienslewering tussen departemente bestaan. Die raakvlakke word gesien as geleenthede waartydens idees kan ontstaan ter verbetering van die proses.
- Werkers is aktief betrokke by gehalteverbetering tydens vervaardiging van 'n produk of lewering van 'n diens. Alle werkers moet opgelei word om die filosofie van Omvattende Gehaltebestuur te verstaan, asook om probleme te kan identifiseer, analiseer en oplossings ter verbetering van gehalte voor te stel.
- Voortgesette gehalteverbetering is 'n kernbeginsel van Omvattende Gehaltebestuur. Die beplan-doen-kontroleer-tree-op-siklus (P.D.C.A.: plan-do-check-act) is die spil vir voortgesette gehaltebestuur. Elke werker moet tydens werkverrigting dié siklus deurlopend toepas om enige verbetering, hoe klein ookal, te kan identifiseer.
- Omvattende Gehaltebestuur vereis dat die proses van uitvoering gestandaardiseer moet word. Daar moet verseker word dat standaardmetodes gebruik word om die verlangde gehalte produk of diens te lewer.
- 'n Geselekteerde aantal hulpmiddels word gebruik waardeur data bekom kan word om die stappe in die proses van uitvoering te analiseer. Daar word beoog om alle inligting wat ingesamel en verwerk word visueel voor te stel. Die volgende hulpmiddels word meestal gebruik:
 - (i) Vloeikaarte (wat word gedoen?)
 - (ii) Oorsaak- en gevolg-diagramme (wat veroorsaak die probleme?)
 - (iii) Paretokaarte (wat is die grootste probleme?)
 - (iv) Histogramme (hoe lyk die variasies?)
 - (v) Strooidiagramme (scatter diagram) (wat is die verhoudings tussen faktore?)
 - (vi) Kontrolekaarte (control charts) (watter variasies kan met watter metode beheer word?)

- Variasie word as 'n inherente kenmerk van elke proses erken. Al word die proses elke keer op dieselfde wyse uitgevoer, is daar elke keer 'n variasie in uitvoering. Daar word egter aanvaar dat die variasies sekere statistiese kenmerke besit en dus gemeet kan word. Grense vir variasies word bepaal en daar word ten doel gestel om variasies tot die minimum te beperk. Waar moontlik word die oorsake van variasies uitgeskakel. Die gereelde analise van byvoorbeeld produksiedata lei daartoe dat die areas geïdentifiseer word waar die fout-persentasie te hoog is. Dit is ook die areas wat minder koste-effektief sal wees. Verbetering in gehalte sal dus meer koste-effektiwiteit tot gevolg hê.
- Foute, tekortkominge en swak gehalte produkte of dienste moet voorkom word en alle pogings moet daarop gerig wees. Hierdeur hoef daar nie tyd bestee te word aan regstellings of die herhaling van prosesse nie.
- Gereelde meting en monitering van alle prosesse moet plaasvind. Die gehalte van produkte of dienste moet deurlopend gemeet word om as indikator te dien vir die volgende meting. Daar moet verseker word dat die standaardmetodes gereeld gebruik word om die verlangde gehalte produk of diens te lewer.

Aanvanklik is die mening gehuldig dat die gehalteversekeringsbeginsels wat in die industrie gebruik word nie verenigbaar met gesondheidsorg sal wees nie. Sedert 1990 is ondersoeke geloods om te bepaal hoe die gehalteversekeringsbeginsels en prosesse van gehalteverbetering in gesondheidsdienste bevorder kan word (Koch, 1992: 2; Nelson & Niederberger, 1992: 246; Ellis & Whittington; 1993: 199, 64; Whetsell, 1995: 80). Dit het gelei tot die situasie wat Jeffer (1992: 36) soos volg opsom: "The adoption of the industrial model brought the health care tradition to a crossroad resulting in a new direction, or a paradigm shift in quality assurance".

Koch (1992) beskryf in "Total Quality Management in Health Care" hoe Omvattende Gehaltebestuur van gesondheidsdienste gedoen kan word. Hy is van mening dat die gebruik van Omvattende Gehaltebestuursbeginsels gesondheidsdienste in staat sal stel om aan die verwagtinge wat pasiënte van dienste het te voldoen en dit selfs te oortref. 'n Verandering in die kultuur van 'n organisasie is nodig om Omvattende Gehaltebestuur toe te pas. Die beginsel van hoë gehalte diens moet deur die organisasie onderskryf word alvorens 'n kultuur van Omvattende Gehaltebestuur gevestig sal word. 'n Kultuur van Omvattende Gehaltebestuur kan soos volg voorgestel word:



Figuur 2.3: Omvattende Gehaltebestuur: "Total Quality Management Culture".
Bron: Koch, 1992: 5.

Daar is bevind dat 'n aantal basiese kenmerke van die model van industriële Omvattende Gehaltebestuur ook in gesondheidsdienste gevind word.

Dit sluit kenmerke soos die volgende in:

- die spesifikasie van standaarde en metingskriteria wat as die vertrekpunt van gehalteversekering beskou word;
- die ontwikkeling van tegnieke vir die meting van die standaard van dienslewering;
- die aanvaarding van die sikliese model van hersiening en verbetering;
- verbruikersbetrokkenheid;
- oorweging van die verhouding tussen gehalte en koste daarvan; en
- erkenning dat alle lede van 'n organisasie moet deelneem aan gehaltebestuur (Ellis & Whittington, 1993: 65).

Laffel (1992: 371) is van mening dat gesondheidsdienste vier kenmerke het wat aansluiting vind by die Omvattende Gehaltebestuursbenadering:

- (i) Die opvoedkundige vlak van gesondheidswerkers is oor die algemeen hoog - dit bring mee dat die personeel die basiese statistiese metodes en beginsels in Omvattende Gehaltebestuur maklik behoort te snap.
- (ii) Die gebruik van 'n wetenskaplike benadering met die lewering van kliniese dienste.
- (iii) Gesondheidspersoneel het 'n inherente toewyding om sorg van 'n hoë gehalte te lewer. Die Omvattende Gehaltebestuursbenadering wat dieselfde oogmerke het sal 'n klimaat kan skep waarbinne die toewyding uitgeleef kan word.
- (iv) Pasiënte vereis dat koste van gesondheidsdienste in toom gehou word en dat gehalteverbetering van gesondheidsdienste op 'n sistematiese, verantwoordbare wyse geskied.

Die toepassing van Omvattende Gehaltebestuur in gesondheidsdienste vervang nie gehalteversekering nie, maar internaliseer dit. Dit bied 'n model waarvolgens die gehalte van dienslewering bevorder en verantwoord kan word.

Kemp en Richardson (1995: 151-152) verduidelik die verband tussen gehalteversekering en Omvattende Gehaltebestuur soos volg: "Quality Assurance, by its nature, is more concrete. It is concerned with the measurement of identified standards and criteria related to specific areas of practice. Total Quality Management involves more of a philosophical shift so that the whole culture of the organization is permeated by the need to value quality. It assumes that the values and beliefs embodied in that philosophy then underpin the behaviour of all members of that organization".

2.3 OMVATTENDE GEHALTEBESTUUR IN GESONDHEIDSDIENSTE

Verwysings in die literatuur dui daarop dat enkele beginsels van gehalteversekering in gesondheidsdienslewering reeds in 2000 v.C. ter sprake was. Gebeure wat opgeteken is dui daarop dat geneeshere in die Chou Dinastie (ongeveer 1100 v.C.) 'n staatseksamen moes slaag alvorens hulle kon praktiseer. Hulle bevoegdheid as geneeshere, asook betaling vir hulle dienste, was onderhewig aan die uitkoms van die behandeling wat pasiënte ontvang het. Die Egiptenare het reeds in 2000 v.C. standaarde vir mediese praktykvoering opgeteken (Racine, 1995: 27-31).

Verskeie mylpale in die ontwikkeling van gehalteversekering met betrekking tot gesondheidsdienste word in die literatuur gevind (Bylae B). Die name van die pioniers wat bydraes gelewer het om gehalteverbetering in gesondheidsdienste te weeg te bring word in geskrifte van Hammurabi van Babilon 2000 v.C. gevind (Bylae C).

Florence Nightingale word deur verskeie skrywers benoem as die eerste persoon wat verbetering in die gehalte van gesondheidsorg volgens 'n sistematiese, verstaanbare metode voorgestel het. Sy het die eerste standaard vir verpleegsorg geformuleer in haar boek "Notes on Nursing" wat in 1859 verskyn het (Anderson, 1994: 13).

Ernest Avery Codman word erken as die eerste geneesheer wat aktief betrokke geraak het by die bemaking van gehalteversekering in mediese dienste vroeg in die 20ste eeu. Hy het geglo dat die eindresultaat van dienslewering aan pasiënte van die grootste belang is. Hy het pasiënte 'n jaar na hulle ontslag gekontak om terugvoer oor die resultate (uitkomst) van behandeling en die nuwe-effekte van medikasie te verkry. Codman is ook die eerste persoon wat gereelde beoordeling van mediese praktykvoering voorgestel het. Hy het in 1916 'n boek gepubliseer waarin hy beskryf het hoe ekonomiese, organisatoriese en kliniese aktiwiteite in 'n hospitaal gelewer behoort te word. Sy kollegas was nie beïndruk met al sy sienings en voorstelle nie en dit het tot sy ontslag gelei. Daarna het hy 'n hospitaal opgerig volgens sy idees wat betref die gehalte van dienslewering en dit "The End Results Hospital" genoem (Racine, 1995: 17).

Gedurende die periode 1920-1950 was daar nie op groot skaal veranderinge op die gebied van gehalteversekering in die mediese dienste nie. Redes hiervoor is onder andere dat daar in die dertigerjare 'n groot depressie in Amerika was. Die periode het ook die herstelperiode na die Wêreldoorlog ingesluit. Ellis en Whittington (1993: 12) meld dat daar wel enkele belangrike studies begin is gedurende dié periode wat bygedra het tot die verbetering in die lewering van dienste in spesifieke areas. As voorbeelde word genoem die ondersoeke wat gedoen is om die oorsake van moederlike sterftes te bepaal asook 'n studie getiteld "The Fundamentals of Good Medical Care" wat in 1933 onderneem is. Die studie word as 'n belangrike mylpaal in gehalteverbetering van gesondheidsdienste erken (Racine, 1995: 18).

Die sestiger- en sewentigerjare word beskryf as die tydperk waartydens formele gehalteversekering in Amerika beslag gekry het. Die kwessie van die gehalte van gesondheidsdienste het vir beide die staat en versekeringsmaatskappye van meer belang geword as gevolg van die styging in koste. Hulle het vereis dat die kostefaktore van dienste sinvol verantwoord moes word. Vrae het veral rondom realistiese tydperke van hospitalisasie, tipe behandeling asook die uitskakeling van oorbodige behandeling ontstaan.

Die staat het gedurende dié periode gepoog om deur eksterne kontrolemaatreëls die gehalte van gesondheidsdienste te beheer. Dit het meegebring dat die fokus verskuif het na 'n statistiese ontleding van dienslewering. Hierdie beginsel van gehalteversekering wat eers in die sewentigerjare in gesondheidsdienste toegepas is, is reeds sedert 1930 in gehalteversekeringsprogramme in die industrie toegepas. Die sisteme wat deur die staat ingestel is, is deur professionele persone gekritiseer, aangesien veral die mediese professie dit as 'n eksterne kontrolemaatreël oor hulle praktykvoering beskou het (Greco & Eisenberg, 1995: 273). Verskeie studies wat in die tagtigerjare onderneem is, het bevind dat die formele beheersisteme wat die staat daargestel het, nie gelei het tot voortgesette gehalteversekering in gesondheidsorg in Amerika nie (Epstein, 1995: 193).

Die tagtigerjare kan beskou word as die tydperk waartydens verskeie sisteme van gehalteversekering op internasionale gebied op die proef gestel is. Verskillende benaderings tot die proses is voorgestel en meer groepe het betrokke geraak by gehalteversekering. Die verbruikers van gesondheidsdienste in Amerika het onder andere aktief deelgeneem om sodoende te verseker dat hulle 'n hoë gehalte gesondheidsdiens sal ontvang (Ellis & Whittington, 1993: 18).

Professionele organisasies wat die aanvullende beroepe verteenwoordig het sedert ongeveer 1985 verskeie dokumente met generiese riglyne en standaarde vir hulle praktykvoering gepubliseer. Gehalteversekeringsprogramme was op dié stadium monodissiplinêr van aard. Die professies gemoeid met rehabilitasie het egter in 1989 begin om interprofessionele sisteme vir gehalteversekering te ontwikkel (Ellis & Whittington, 1993: 29). Die aanvullende gesondheidsberoep word toenemend betrek by die multi-professionele gehalteversekering en gehalteverbeteringsaksies wat binne spanverband onderneem word. Dit word gepresipiteer deurdat meer klem geplaas word op multi-professionele insette asook die biopsigososiale benadering wat met die behandeling van pasiënte gevolg word (Sluijs & Dekker, 1999: 338).

Kritiek wat gelewer is oor die sisteme wat veral in Amerika in werking was, is dat almal dit ten doel gehad het om te kontroleer tot watter mate daarin geslaag is om die gestelde standaarde te bereik. Die benadering was baie staties van aard en het nie die aspek van verbetering van gehalte van sorg nagestreef nie. 'n Verslag oor Omvattende Gesondheidsorg aan die Amerikaanse "Accounting Office" in 1990 dui aan dat die aantal klagtes deur verbruikers oor wanpraktyke in gesondheidsdienslewering nie afgeneem het nie ten spyte van die bestaande gehalteversekeringsisteme wat in plek is (Ellis & Whittington, 1993: 17).

Die benadering om die lewering van hoë gehalte gesondheidsorg in die neëntigerjare te verseker, behels die gebruik van beginsels van omvattende en voortgesette gehaltebestuur soos dit in die industrie toegepas word. Dit is belangrik om daarop te let dat die klem verskuif het van suiwer gehalteversekering na 'n benadering van evaluering, verbetering en versekering van gehalte. Daar is in 1993 bevind dat meer as 4000 hospitale in Amerika die beginsels van omvattende gehaltebestuur en voortgesette gehaltebestuur reeds gebruik het. 'n Nasionale ondersoek het getoon dat die hospitale wat dié benadering gevolg het, gerapporteer het dat:

- daar bewyse is dat gehalteverbeteringsaksies 'n verbetering in die uitkoms van pasiënte-behandeling asook 'n besparing in mediese koste tot gevolg gehad het;
- die beheerliggame van die hospitale meer aktief betrokke is by die bestuursaspek; en
- bogenoemde positiewe resultate gevind word as gevolg van ontwikkelingsprogramme wat aan personeel gebied word (Graham, 1995: 9-11).

Beide gehalteverbetering en gehalteversekering in gesondheidsdienste is nog in 'n baie vroeë stadium van ontwikkeling in ander lande. Japan, wat as die leier op die gebied van omvattende gehaltebestuur op industriële gebied beskou word, het in die neëntigerjare eers begin om dié konsep in gesondheidsdienslewering toe te pas. Die beginsels van gehalteverbetering en gehalteversekering soos aangetref in die industriële model kan egter gebruik word om soortgelyke sisteme in gesondheidsdienste te ontwikkel.

Stricker en Rodriguez (1988: 43-44) noem verskeie tendense wat volgens hulle bygedra het tot die ontwikkeling van gehalteversekering in gesondheidsdienste. Hul verwys na die ontploffing van mediese en mediese tegnologiese kennis in die twintigste eeu wat tot groter spesialisasie in die mediese beroep gelei het. Daar het 'n vermeerdering van derdeparty-eise ontstaan en die maatskappye het kwalitatiewe inligting benodig om te kan besluit oor die toepaslikheid van die uitbetaling van eise. Die spesiale verantwoordelikheid van onder meer die staat om meer omvattende gesondheidsdienste aan die bevolking beskikbaar te stel het toegeneem. Koste van mediese dienste wat 'n steeds opwaartse neiging getoon het, het daartoe gelei dat die verbruikersorganisasies aangedring het op meer verantwoordbare dienslewering deur alle lede van die gesondheidsberoep.

Die motivering om 'n hoë gehalte diens te lewer is nie net op hospitale van toepassing nie, maar in alle situasies waar gesondheidsdienste gelewer word. Swak gehalte diens vereis dat regstellings gedoen word wat baie tyd in beslag neem en ook aanleiding kan gee tot

meer foute tydens die proses van regstelling. Die pogings is ook slegs daarop gerig om foute reg te stel, maar die oorsaak word nie ondersoek en aangespreek om toekomstige foute uit te skakel nie. Gehalteversekering word beskou as die fokuspunt in gesondheidsdienslewering en die voorsieners van die dienste moet verantwoording doen vir die wyse waarop die dienste gelewer word. "New evidence shows that high quality care costs less than poor quality care. High quality care encompasses the elimination of unnecessary or inappropriate services while providing better clinical outcomes, fewer avoidable complications and greater patient satisfaction" (Batchelor & Truman, 1992: 21).

Die verbruiker vereis toenemend dat die uitkomst van gesondheidsorg verantwoord moet word om op dié wyse te verseker dat koste-effektiewe, goeie gehalte dienste gelewer word (Shaw, 1993: 107). 'n Probleem is egter dat die voorsieners van die dienste en die verbruikers (pasiënte of kliënte) goeie gehalte dienste verskillend definieer en evalueer. Dit bring dus groot verskille mee ten opsigte van die interpretasie van die evalueringsresultate van die dienste. Daar moet 'n wyse gevind word waarop die verskille en sienings aangespreek en uitgeklaar sal word. Twee benaderings wat in die verband reeds met gehalteversekering in die industrie goeie resultate gelewer het, is:

- (i) betrek die kliënt by die stel van standarde
- (ii) ondersoek die proses aan die hand van data en statistiese gegewens en gebruik die resultate om regstellings in die proses te doen wat foute sal voorkom.

2.3.1 DIE PASIËNT SE DEELNAME AAN GEHALTEVERSEKERING

Die pasiënt word beskou as die verbruiker van gesondheidsdienste en die mate waarin hy deelneem, word gewoonlik bepaal deur die tipe behandeling. Dit is egter essensieël dat die behoeftes van pasiënte met meer erns oorweeg sal word wanneer standarde vir gesondheidsdienste ontwikkel word. Daar moet gelet word op die pasiënte se persepsies van wat 'n goeie gehalte diens vir hulle beteken en tot watter mate hulle tevrede met die diens is. Verbruikers is egter nie in staat om uitsprake te lewer ten opsigte van die wetenskaplike en tegniese aspekte van die diens nie weens die ingewikkeldheid van die prosedures. Dit bring mee dat hulle veel meer klem plaas op die verlangde funksionele en interpersoonlike aspekte, asook die verwagtings wat hulle van dienste het (McGeorge, 1994: 290; Willson, 1996: 131).

Lanning en O'Connor (1992: 238) en Willson (1996: 134) het die onderstaande verwagtings van verbruikers, wat die gehalte van dienste vanuit die verbruiker se perspektief bepaal, geïdentifiseer:

- Goeie fasiliteite en toerusting.
- Die lewering van die diens op 'n betroubare, akkurate wyse.
- Bereidwilligheid van personeel om pasiënte behulpsaam te wees.
- Voldoende kennis en hoflikheid van personeel teenoor die pasiënte.
- Empatiese houding van personeel teenoor pasiënte en geïndividualiseerde aandag.
- Konfidensialiteit
- Takt en sensitiwiteit.

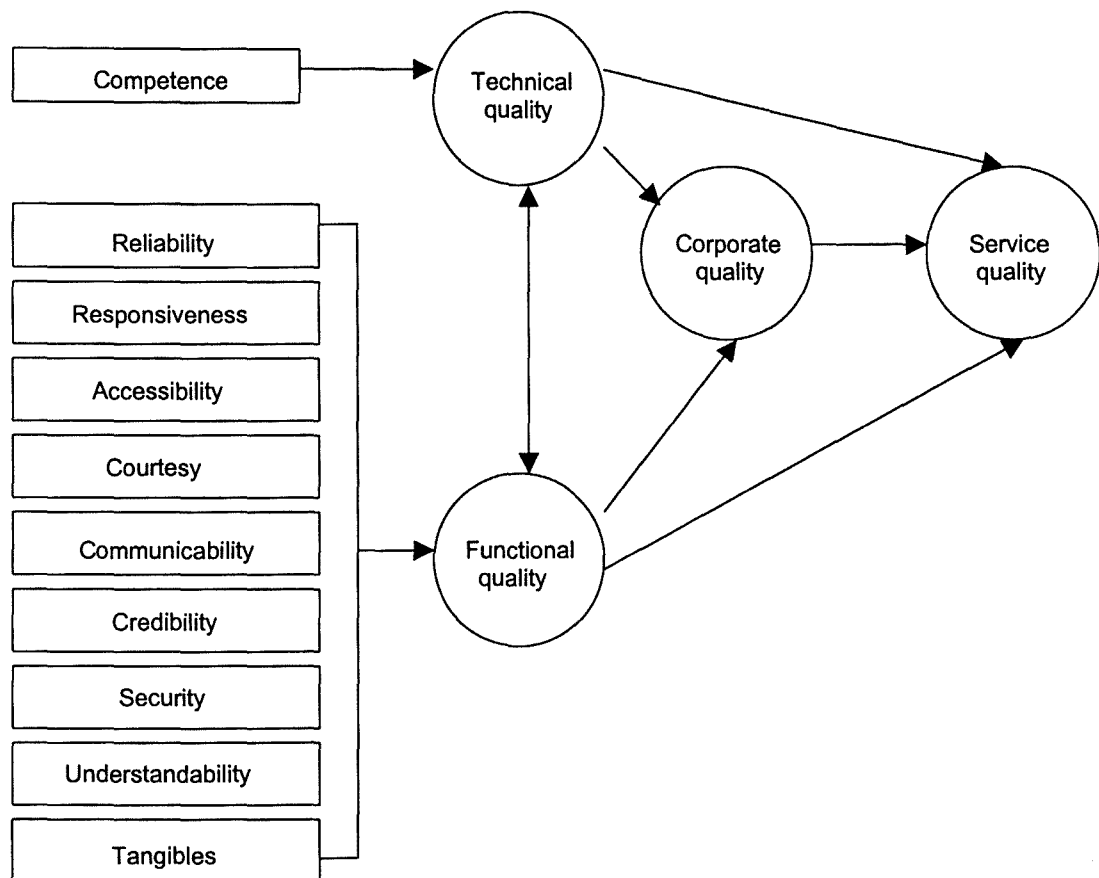
Die pasiënt se tevredenheid met gesondheidsorg word volgens Nelson en Niederberger (1992: 249) bepaal deur vier veranderlikes, naamlik:

- tevredenheid met die uitkoms van behandeling;
- kontinuïteit van sorg;
- verwagtinge wat deur pasiënte gekoester word; en
- die kommunikasie en interpersoonlike verhoudings met die personeel.

Feinholz (1992: 299) het in 'n studie met die titel "Using Consumer Evaluations of Health Care Quality to Identify Marketing Opportunities" bevind dat faktore wat deur 924 respondente in rangorde geplaas is eerstens aangedui het dat die dokter 'n akkurate diagnose moet maak. Die daaropvolgende faktore het almal gedui op die hoë premie wat op kommunikasie en goeie interpersoonlike verhoudings met gesondheidsdienspersoneel geplaas word. Dit sluit in die dokter se bereidwilligheid om na hulle te luister, te kommunikeer en inligting wat betref die probleme ter sprake met hulle te bespreek op 'n wyse wat hulle kan verstaan. Die wyse waarop personeel hulle hanteer het, was ook hoog op die prioriteitslys van verwagtings. Faktore soos onprofessionele en onvriendelike gedrag en onhulpvaardigheid is as probleme uitgelig. Pasiënte se persepsies van die gehalte sorg wat hulle ontvang, korreleer sterk met die uitkoms van behandeling en kan ook 'n groot invloed op die uitkoms van behandeling hê (Feinholz, 1992: 300).

Die voorstelling van O'Connor en Bowers (Figuur 2.4) bied ook aan arbeidsterapeute 'n riglyn om gehalte van dienslewering aan te spreek. Hierdie navorsingsprojek is daarop gerig om die tegniese gehalte van dienste te optimaliseer deur metingskriteria vir die minimum vlak van dienslewering in 'n werkbepalingsarea te ontwikkel. Die siening wat die pasiënt oor die funksionele gehalte van 'n diens het word volgens die diagram deur verskeie faktore bepaal.

Die faktore, onder andere betroubaarheid, hoffikheid, geloofwaardigheid en toeganklikheid, is inherent deel van die filosofie van arbeidsterapie. Die faktore kan ook as die interpersoonlike aspek van dienslewering beskou word. Dit is dus belangrik om kennis te neem dat die gehalte van 'n diens deur beide die tegniese en funksionele faktore bepaal word (Willson, 1996: 134).



Figuur 2.4: 'n Model van verbruikers se siening ten opsigte van gehalte van gesondheidsdienste.

Bron: O'Connor & Bowers, 1992: 355.

2.3.2 DIE PROSES VAN BEHANDELING

Alle stappe van die proses van behandeling moet ontleed word om die relevansie en noodsaaklikheid daarvan te bepaal. Dit sluit in die toelating van die pasiënt, die diagnosering, bepaling van probleemareas, uitvoering van toepaslike behandeling, die reëlins vir die opvolg en nasorg asook gesondheidsbevorderende en gesondheidsbeskermende aktiwiteite. Die proses het dus te doen met alle aktiwiteite wat tussen gesondheidsdienspersoneel en pasiënte plaasvind. Daar behoort 'n realistiese, bereikbare en meetbare standaard vir elkeen van die voorgenoemde stappe gestel te word. Gehaltebeheerprosesse het ten doel om te kontroleer of die gestelde standarde bereik

word. Dit stel egter 'n baie statiese benadering tot die proses van gehaltebeheer voor. Die beginsels van gehalteverbetering het egter die voortdurende strewe na die verbetering van die gehalte van die diens ten doel. Dit word gedoen deur die proses van behandeling voortdurend te ondersoek en te evalueer. Hierdeur word gepoog om onnodige variasies uit te skakel wat tydens uitvoering voorkom en gehalte kan benadeel. Laffel en Blumenthal (1992: 41) stel dit dat "process, not individuals, should be the objects of quality improvements".

Daar word van personeel verwag om met behulp van eenvoudige analitiese en grafiese metodes inligting aan te teken tydens die verloop van die proses van behandeling, veral tydens die stap van bepaling. Om 'n eenvormige benadering tot die proses daar te stel, moet alle betrokkenes op hoogte gebring word van wat die stappe van die proses en die standaarde behels. Die inligting wat aangeteken word, kan gebruik word om die volgende te bepaal:

- wanneer en hoeveel keer prosedures as gevolg van foutiewe uitvoering herhaal moet word;
- waar, wanneer en hoeveel tyd verlore gaan; en
- waar baie variasies in die proses voorkom.

Dié inligting word gebruik om die gehalte uitvoering van die proses te verbeter. Terselfdertyd sal die koste van uitvoering verlaag kan word as gevolg van die uitskakeling van die herhaling van prosesse of onnodige verliese van materiaal, tyd en onbenutte of foutiewe apparate. Relevante opleiding aan die persone wat die proses uitvoer sal ook die gehalte van die uitvoering aanspreek (Johnson, Keith & Hinderer, 1992: 54).

Arbeidsterapeute beskik oor 'n wye reeks vaardighede om 'n verskeidenheid van behandelingsprosesse aan pasiënte te bied oor die volle spektrum van ouderdomsgroepe, sosio-ekonomiese en opvoedkundige vlakke, diagnostiese groeperings, ontwikkelingsagterstande en aspekte wat betref alle menslike aktiwiteite en funksionering. Die gebruik van gehalteversekerings- en gehalteverbeteringsbeginsels ten opsigte van arbeidsterapie-behandeling het reeds in oorsese lande begin weerklank vind as gevolg van nasionale beleid of pogings van die professionele verenigings. Daar is egter nog geen inligting in verband met gehalteverbetering en gehalteversekering ten opsigte van arbeidsterapie-dienste in Suid-Afrika gepubliseer nie. Die navorser beoog om na afloop van die navorsingsprojek metingskriteria daar te stel vir werkbepalingsareas. Dit kan gebruik word om die proses van bepaling wat in dié areas plaasvind te analiseer, te meet en sodoende areas van gehalteverbetering te identifiseer. Die metingskriteria wat vir die bepaling van 'n persoon se

werkvermoëns daargestel sal word, sal die beroep in staat stel om op 'n nasionale vlak verantwoordbaar te wees vir die gehalte dienste wat in die werkbepalingsareas gelewer word. Die proses van werkbepaling sal op nasionale vlak volgens minimum standaarde uitgevoer kan word. Alle areas sal dus volgens die voorgestelde standaarde kan funksioneer.

2.3.3 ORGANISASIES BETROKKE BY GEHALTEVERSEKERING IN GESONDHEIDSDIENSTE

Een van die doelstellings met die totstandkoming van die Amerikaanse Kollege vir Chirurge in 1913 was om die gehalte van sorg aan pasiënte in hospitale te verbeter. Die sogenaamde "Hospital Standardization Program" is in 1915 deur hulle ontwikkel, waardeur hospitale verplig is om aansoek te doen om geakkrediteer te word as opleidingshospitale. Die konsep dat die geakkrediteerde hospitale goeie gehalte dienste lewer, het gou inslag gevind en gevolglik meer pasiënte getrek.

Die Kollege van Chirurge het in 1952 saam met 'n paar ander professionele verenigings die "Joint Commission on the Accreditation of Hospitals" (J.C.A.H) in Amerika tot stand gebring. Die naam van die kommissie is in 1987 verander na "Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations" (J.C.A.H.O.). Dit is 'n nie-winsgewende organisasie wat vir hulle befondsing afhanklik is van donasies en 'n vasgestelde fooi wat vir inspeksies betaal word. Die organisasie doen inspeksies en akkrediteer hospitale en ander gesondheidsdiensfasiliteite. Hierdeur word erken dat die hospitale en fasiliteite aan "Medicare" en "Medicaid" vereistes voldoen. Die twee stelsels stel staatsfondse beskikbaar vir die lewering van gesondheidsdienste in Amerika. Die J.C.A.H.O. is ook betrokke by opvoeding in en navorsing oor gehalteversekering.

Die J.C.A.H.O. het in 1994 'n "Indicator Measurement System" (IM system) bekend gestel. Dit is 'n nasionale databasis van proses- en uitkomsmaatstawwe. Dit is sedert 1994 'n vereiste dat alle hospitale in Amerika aan die "IM" sisteem of 'n ander metode van gehalteversekering moet deelneem. Die akkrediteringshandleiding van J.C.A.H.O. vir hospitale is geherorganiseer om meer klem te plaas op die hospitaal se prestasie eerder as op die strukturele standaarde. Dit word beoog dat die J.C.A.H.O. in drie seksies verdeel sal word:

- (i) Pasiëntesorg
- (ii) Organisatoriese funksies
- (iii) 'n Essensiële strukturele komponent (Graham, 1995: 9-12).

Soortgelyke akkrediteringsisteme bestaan in Australië ("The Australian Council of Hospital Standards", 1979) en Nieu Zeeland ("The Joint Commission on Accreditation of Hospitals", 1980) (Sale, 1990: 3).

Die Amerikaanse "Health Maintenance Organizations" (H.M.O.'s) is gesondheidsorg-organisasies wat aan 'n spesifieke groep persone mediese dienste lewer teen 'n vasgestelde tarief. Werkgewers gaan met dié organisasies kontrakte aan waardeur mediese dienste teen 'n vaste maandelikse bedrag aan hulle werknemers voorsien word. Dié dienste sluit ook voorkomende dienste en buitepasiënte-dienste in (Stricker & Rodriguez, 1988: 487). Die omvattende geïntegreerde dienste wat deur die H.M.O.'s voorsien word, word deur die staat befonds. Dit is dus noodsaaklik dat daar die versekering bestaan dat die dienste ook aan gehalteversekering onderwerp sal word. Twee organisasies wat gehalteversekerings-ondersoeke uitvoer, is die J.C.A.H.O. en die "National Committee for Quality Assurance" (N.C.Q.A.). Laasgenoemde komitee is nie 'n akkrediteringsorganisasie nie - hulle doel is om instansies te help om sisteme te ontwikkel waardeur die gehalte van dienslewering deur die organisasie bevorder kan word. Beide die N.C.Q.A. en die J.C.A.H.O. fokus sterk op die beginsels van voortgesette gehalteverbetering.

Die navorser stem saam met skrywers soos Ellis en Whittington (1993: 15) dat dit blyk dat die gehalteversekering in gesondheidsdienste in Amerika baie gefragmenteerd is. Daar word, bo en behalwe die voorafgaande, ook verskeie ander liggame en organisasies genoem wat betrokke is by gehalteversekering van gesondheidsdienste in die Amerikaanse samelewing.

Ellis en Whittington (1993) meld dat daar beperkte inligting oor gehalteversekering in gesondheidsdienste voor 1980 in gepubliseerde literatuur in Engeland gevind kan word. Die "Royal College of General Practitioners" het in 1983 'n gehalteversekeringsinisiatief geloods en in 1990 is verskeie voorbeelde van gehalteversekeringsaktiwiteite in die algemene mediese praktykvoering gerapporteer. Daar was ook pogings om mediese oudit in hospitale van stapel te stuur (Shaw, 1990).

Die professionele verenigings van die nie-geneesheer groepe was egter baie aktief en het 'n verskeidenheid gehalteversekeringsprojekte en -inisiatiewe ontwikkel. Die verpleegkundiges het reeds in 1965 'n projek getitel "Standards of Care" onderneem en dit het intussen ontwikkel tot 'n volledige program van navorsing, ontwikkeling en opvoeding wat betref gehalteversekering in gesondheidsdienste. Die beroepe wat na verpleegkunde die voortou neem met gehalteversekering in kliniese dienste is arbeidsterapie, spraakterapie en fisioterapie (Ellis, 1989: 172).

Die "National Health Service" (N.H.S.) is in 1948 in Engeland ingestel met die doel om aan alle verbruikers van gesondheidsdienste dieselfde vlak dienste te lewer. Die "National External Quality Assessment Scheme" (N.E.Q.A.S.) het in 1969 tot stand gekom. Hierdeur is die inspeksies van alle N.H.S. laboratoria en die toetsprosedures wat gebruik is, verpligtend gemaak. Die "Health Advisory Service" het in 1969 tot stand gekom met die doel om inligting in te win oor die standarde van sorg wat aan bejaardes en geestesversteurde persone gebied is, en aanbevelings ter verbetering van die standarde voor te stel. Ondersoeke in 1988 het egter getoon dat min verandering gedurende dié periode in die gehalte van sorg van hierdie persone plaasgevind het (Ellis & Whittington, 1993: 16-17).

Dit blyk dat Engeland nie soos Amerika, Kanada en Australië staatsgesteunde rade ingestel het om gehalteversekering en akkreditering van private en publieke sektor gesondheidsdiensfasiliteite (insluitend hospitale) te hanteer nie. Onder leiding van Charles Shaw is 'n onafhanklike "Board of Hospital Accreditation Programme" vir gemeenskapshospitale saamgestel. Adviseurs van kolleges vir verpleegkunde en professionele verenigings van die aanvullende gesondheidsberoep is benoem om op die Raad te dien. 'n "Hospital Accreditation Programme" (H.A.P.) is in 1990 in die suid-weste van Engeland as 'n loodsprojek onderneem met die doel om die riglyne vir standarde wat in hospitale moet geld te toets. Gedurende die drie jaar wat die loodsprojek onderneem is, het 70% van die hospitale in die streek aan die projek deelgeneem en is 75% van hulle geakkrediteer. Die H.A.P. is sedert April 1993 beskikbaar vir alle gemeenskapshospitale om aansoek te doen om akkreditering. Die hospitale betaal 'n fooi vir die ondersoek ter plaatse, 'n gedeelte van die ondersoekers se uitgawes en die uiteindelijke akkreditering wat gegee word. Die fondse wat op dié wyse verdien word, word gebruik om die H.A.P. mee te finansier.

'n Soortgelyke gehalteversekeringsorganisasie - die "King's Fund Programme" - is ook operasioneel in Engeland en het sedert ongeveer 1984 verskeie projekte geïnisieer om gehalte te verbeter in algemene gesondheidsorgfasiliteite. 'n Verteenwoordiger van die "King's Fund Programme" dien in die Raad wat die H.A.P. bestuur. Die "Kings's Fund Programme" lewer ook 'n diens om inligting oor gehalteversekering aan belangstellendes beskikbaar te stel (Ellis & Whittington, 1993; Kemp & Richardson, 1995).

Die internasionale vereniging vir gehalteversekering in gesondheidsorg staan bekend as "The International Society for Quality in Health Care" (ISQua). Die vereniging het in 1985 tot stand gekom as 'n privaat-, nie-winsgewende, nie-staatsondersteunde, professionele vereniging. Die vereniging se doelstellings is daarop gemik om:

- deurlopende gehalteverbetering in gesondheidsorg te verseker deur jaarlikse kongresse en gereelde vergaderings te reël;
- die "International Journal for Quality in Health Care" te publiseer;
- navorsing aangaande gehalteversekering te bevorder en terminologie te ontwikkel aangaande gehalteversekering;
- kontak te behou met relevante internasionale en ander streek-organisasies betrokke by gehalteversekering in gesondheidsdienste; en
- 'n internasionaal aanvaarde metode vir akkreditering van kursusse in gehalteversekering te voorsien.

Die organisasie is vanaf 1986 tot 1994 in Swede gebaseer en sedert 1995 is 'n permanente sekretariaat van die vereniging in Melbourne, Australië gevestig. ISQua het in 1993 'n nuwe grondwet aanvaar waardeur meer verteenwoordigende lidmaatskap moontlik gemaak is en groter finansiële stabiliteit daargestel is. Die jaarlikse internasionale kongresse vind elke jaar in 'n ander land plaas - die 1999-kongres het in Melbourne, Australië plaasgevind. Daar word beoog om die 2000 kongres van 13 tot 16 September 2000 in Dublin, Ierland aan te bied. Individue en organisasies kan lede word van ISQua. Lede word die geleentheid gebied om ondervinding en vakkundigheid in 'n internasionale multi-dissiplinêre forum te deel.

Die organisasie "The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa" (C.O.H.S.A.S.A) is as 'n nie-winsgewende maatskappy in Oktober 1995 in Suid-Afrika geregistreer en het in 1996 begin funksioneer as 'n maatskappy. Die organisasie het vier doelwitte, naamlik om:

- 'n nasionale standaard van diens en gehalte vir Suid-Afrikaanse gesondheidsorganisasies te ontwikkel;
- die huidige stand van dienslewering in gesondheidsorgdienste te bepaal en tekortkominge te identifiseer en reg te stel;
- 'n beleid daar te stel waardeur personeel hulle volle potensiaal kan bereik deur deelnemende bestuur en gehalteversekering; en
- die optimale gebruik van bronne beskikbaar te verkry.

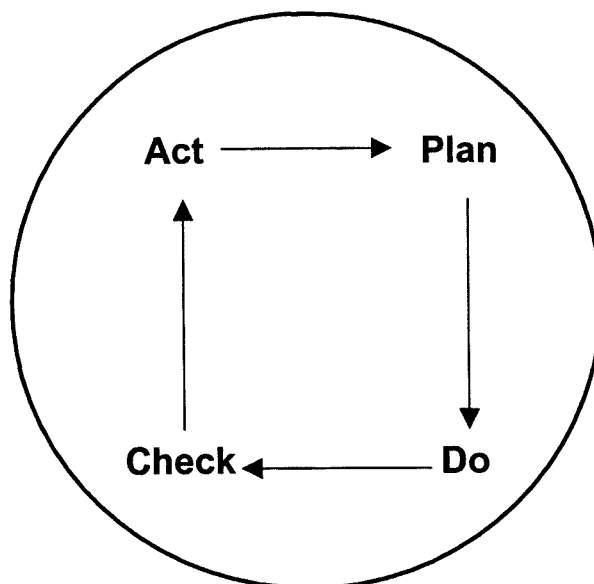
C.O.H.S.A.S.A. poog om 'n primêre rol in gehalteverbetering in alle gesondheidsdienste te speel deurdat die organisasie gereeld terugvoer gee aan deelnemende geakkrediteerde gesondheids-organisasies (soos hospitale en primêre gesondheidsorgfasiliteite) oor hul sterk- en swakpunte, watter aspekte van die diens verbeter moet word en hoe om die verbetering in gehalte te behou. Die terugvoer word gegee na aanleiding van data wat ingesamel word en statisties verwerk word. Die organisasie is ook deurlopend betrokke by die ontwikkeling van standaarde en die opstel van metingskriteria vir die verskillende tipes gesondheidsdienste.

2.4 DIE GEHALTEVERSEKERINGSIKLUS

Omvattende Gehaltebestuur het ten doel om hoë gehalte produkte en/of dienste te lewer. Een van die fasette wat bestuur moet word is die gehalteversekeringsiklus wat uit 'n aantal stadia bestaan.

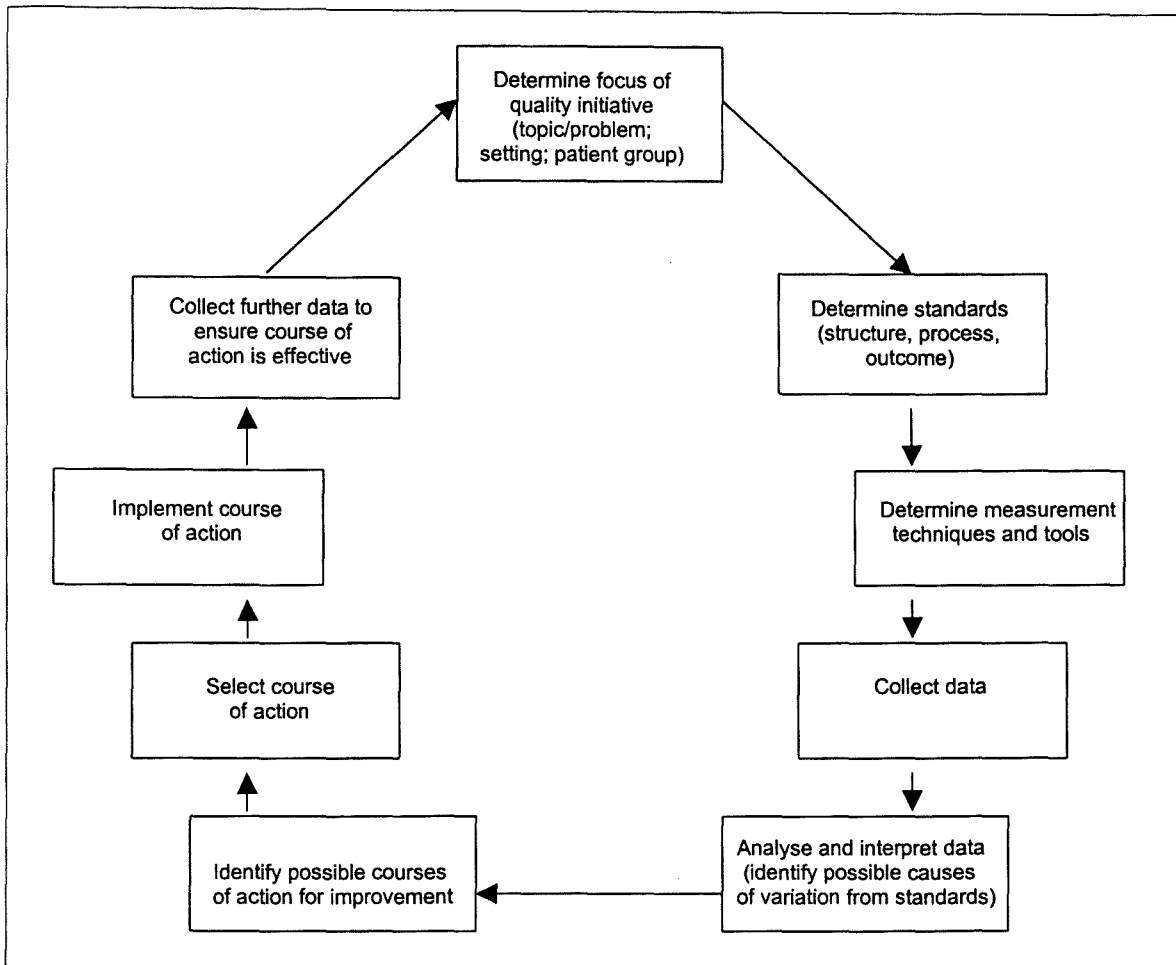
Die gebeure tydens elke stadium beïnvloed die besluite en aksies in die daaropvolgende stadia. Indien 'n stadium nie uitgevoer is of ondoeltreffend uitgevoer is, sal die daaropvolgende stadium daaronder ly.

Verskeie voorstellings van gehalteversekeringsiklusse word in die literatuur aangetref. Die onderstaande is 'n vereenvoudigde weergawe wat as die basis van die gehalteversekeringsiklus beskou word.



Figuur 2.5: Gehalteversekeringsiklus.
Bron: Berwick, 1995: 75.

'n Meer gedetailleerde weergawe van 'n gehalteverbetering- en gehalteversekeringsiklus waarop die navorsers besluit het, is dié van Ellis en Whittington (1993: 67) wat uit nege stadia bestaan:



Figuur 2.6: Stappe in die Gehalteversekeringsiklus.
Bron: Ellis & Whittington, 1993: 67.

Stanhope (1989: 3) stel die doel van 'n gehalteversekeringsiklus soos volg: "To set standards for care and production, to evaluate care provided and productivity of providers based on chosen standards and to take action to bring about change in care or productivity when they do not meet the standards".

Die stadia van die gehalteversekeringsiklus wat vervolgens bespreek sal word, is:

- Stadium I Besluit op die fokus vir gehalteversekeringsaksie
- Stadium II Identifiseer standaarde en kriteria
- Stadium III Identifiseer metingsmetodes

Stadium IV	Data insameling
Stadium V	Analiseer en interpreteer van data
Stadium VI	Identifiseer aksieplanne om gehalte te verbeter
Stadium VII	Selekteer 'n plan van aksie
Stadium VIII	Implementeer die aksieplan
Stadium IX	Herevalueer

Stadium II sal in detail bespreek word aangesien die navorsing gerig is op die identifisering van standarde en kriteria.

2.4.1 STADIUM I - BESLUIT OP DIE FOKUS VIR DIE GEHALTE-VERSEKERINGSAKSIE

Gehalteversekering sal onderneem word vir 'n onderwerp wat geselekteer is na aanleiding van 'n probleemsituasie in praktykvoering of 'n onderwerp waarop gefokus word op 'n gegewe tydstep, na aanleiding van gebeure in gesondheidsdienste, in die beroep self, of as gevolg van pasiëntebehoefte of -omstandighede.

Daar word op 'n onderwerp besluit na aanleiding van bogenoemde en daarna word 'n subonderwerp geselekteer. Laasgenoemde is 'n spesifieke, hanteerbare aspek waarvoor standarde en kriteria gestel sal word. Die subonderwerp word geselekteer op grond van uitkomst wat moontlik is, maar nog nie gerealiseer het nie. 'n Standaardstelling word hierna voorgestel om as riglyn te dien vir die kriteria wat geïdentifiseer moet word, "A standard statement is a statement which describes the broad objectives of your standard" (Kitson, *et al.*, 1990: 16).

Die onderwerp waarop die navorser vir die studie besluit het, is werkrehabilitasie en die subonderwerp is werkbepaling, wat die eerste stap in die werkrehabilitasieproses is. Die redes vir die keuse van die onderwerp en subonderwerp is in hoofstuk 1 bespreek.

2.4.2 STADIUM II - IDENTIFISEER STANDAARDE EN KRITERIA

Die stadium sal breedvoerig bespreek word aangesien dit die doel van die projek is om standarde en metingskriteria vir werkbepalingsareas daar te stel.

Die stadium sal na aanleiding van die volgende onderwerpe bespreek word:

2.4.2.1 Standaard en gehalte

2.4.2.2 Kriteria

2.4.2.3 Raamwerke vir kriteria

2.4.2.4 Metodes om konsensus oor kriteria te verkry

2.4.2.1 **STANDAARDE EN GEHALTE**

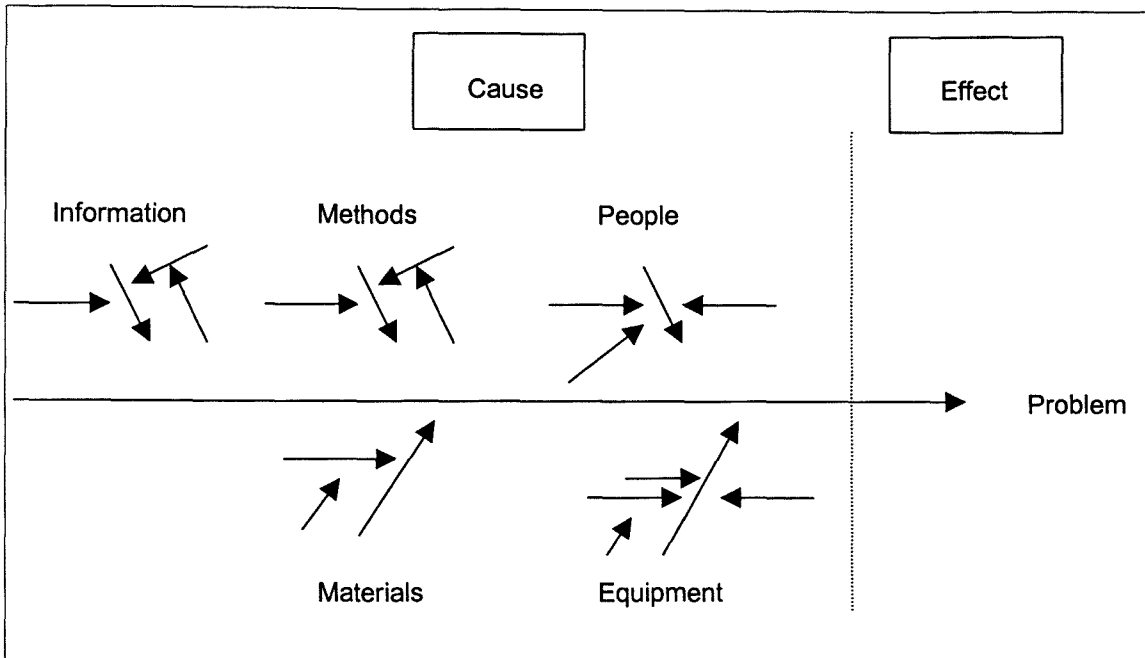
Die stel van standaard en die konsep van gehalte is onlosmaaklik aan mekaar verbonde. Standaard word gestel om die gehalte van 'n produk of diens te verseker. Gehalte kan egter net verseker word as daar spesifieke standaard gestel is wat sal aandui wat in elke stap van die proses bereik moet word om die verlangde gehalte te verkry.

In die vervaardiging- en diensleweringsektore word klem geplaas op die gehalte van 'n diens of produk, op die beïnvloeding daarvan deur omstandighede, op die tydgleuf en op die mate waarin aan 'n spesifieke behoefte van verbruikers voldoen word. Die besluit of die gehalte van 'n voertuig goed of swak is, sal totaal verskillend beoordeel word deur 'n vervoerkontraakteur en besturende direkteur van 'n groot firma. Dit is dus belangrik om in ag te neem wat van 'n diens verlang word asook watter faktore bestaan wat die besluit oor die gehalte diens kan beïnvloed voordat die gehalte voorgestel kan word en standaard daarvoor ontwikkel kan word (Walen, 1993: 581).

Wright en Whittington (1992: 18) omskryf 'n standaard soos volg: "A standard is an acceptable or approved example or statement of something against which measurement and/or judgement takes place; a level of quality relevant to the activity". Die belangrike aspekte rakende 'n standaard wat ter sprake is, is:

- Die teikenpopulasie op wie dit van toepassing is, moet aangedui word;
- Daar moet aangedui word wat bereik moet word;
- Die vlak wat bereik moet word moet gespesifiseer word (Parsley & Corrigan, 1995: 3-5).

Die faktore wat gehalte van gesondheidsdienslewering kan beïnvloed en dus in ag geneem moet word wanneer standaard gestel word, word met behulp van 'n Ishikawa-diagram voorgestel.



Figuur 2.7: Oorsaak- en gevolgdiagram.
Bron: Oakland & Sohal, 1996: 135.

Die standaard wat vir elkeen van die vyf oorsaaklike faktore gestel word, sal 'n effek hê op hoe doeltreffend en effektief 'n situasie of probleem aangespreek sal word.

Duidelike standaard is 'n essensiële voorvereiste vir doeltreffende en geloofwaardige gehalteversekering (Fry, 1990: 62; Crombie, Davies, Abraham & Florey, 1993: 86). Standaard wat gestel word stel die basislyn waarteen dienslewering gemeet kan word, en vandaar kan verbetering in die gehalte van die diens op 'n sistematiese, verantwoordbare wyse geskied. Die daarstel van standaard is 'n vertrekpunt in alle vorme van gehalteversekering. Beginsels waarmee die toepaslikheid van standaard bepaal kan word, word deur Crombie, *et al.* (1993: 86-92) soos volg aangedui:

Die standaard moet:

- aan die pasiënt se verwagtinge van sorg voldoen;
- die verbruikers se behoeftes aanspreek;
- meetbaar wees;
- verband hou met die gehalte dienslewering wat verlang word asook die tipe omgewing waarin die diens gelewer kan word;
- doeltreffende en effektiewe gebruik van bronne aandui;
- aanvaarbaar in terme van die bepaalde praktykvoeringbeginsels wees;
- die meganismes aandui waardeur doelwitte bereik kan word;
- aandui hoe menslike hulpbronne optimaal benut kan word;
- aanleiding gee tot voortgesette gehalteversekering.

Die standaard van die onderskeie aksies wat in 'n geselekteerde situasie uitgevoer moet word, word saamgevat in 'n standaardstelling. Willson (1996: 136) definieer 'n standaardstelling soos volg: "The standard statement is then prepared which is relevant to the topic, sub-topic and client group. It must be acceptable to all who will be using it and may require revisions before this is the case".

2.4.2.2 KRITERIA

Kriteria word deur Sale (1990: 11) gedefinieer as: "Criteria make standards work because criteria are detailed indicators of the standard and can be specific to the area or type of patient".

Die standaard wat van 'n diens verlang word, word in kriteria vervat om in die praktyk gebruik te word as metingskriteria. Die metingskriteria spesifiseer dus die verlangde gehalte en standaard van die produk of diens wat gelewer behoort te word. Die produk of diens wat gelewer is, word met die metingskriteria vergelyk om te bepaal of die verlangde gehalte gelewer is.

Metingskriteria moet gebaseer wees op 'n wetenskaplik gegronde kennisbasis. Indien voldoende inligting nie in die literatuur gevind kan word nie, kan die opinies van kundiges oor 'n bepaalde onderwerp as alternatief gebruik word om die verlangde standaard te stel en metingskriteria te ontwikkel. Fry (1990: 61) beklemtoon dat dit essensieel is om duidelike definisies van gehalte te hê wat as 'n betroubare vertrekpunt kan dien vanwaar geldige metingskriteria ontwikkel word.

Metingskriteria kan implisiet of eksplisiet van aard wees. Implisiete kriteria word gestel wanneer inligting rakende byvoorbeeld 'n siektetoestand en die behandeling daarvan met 'n kundige bespreek word en daar gevra word dat die kundige op grond van sy of haar kennis en persoonlike ervaring die proses van behandeling en die uitkomste daarvan moet evalueer. Die kundige doen dit aan die hand van kriteria wat hy of sy self genereer. Eksplisiete kriteria word in teenstelling hiermee vooraf vir die behandeling van 'n gegewe siektetoestand of probleem geformuleer deur 'n paneel van kundiges voordat evaluering van die behandeling en uitkomste gedoen word. Dit is 'n baie duur en tydsame proses om eksplisiete kriteria te ontwikkel, maar baie akkurate evaluering is hiermee moontlik (Ellis & Whittington, 1993: 27; Donabedian, 1995: 42-43).

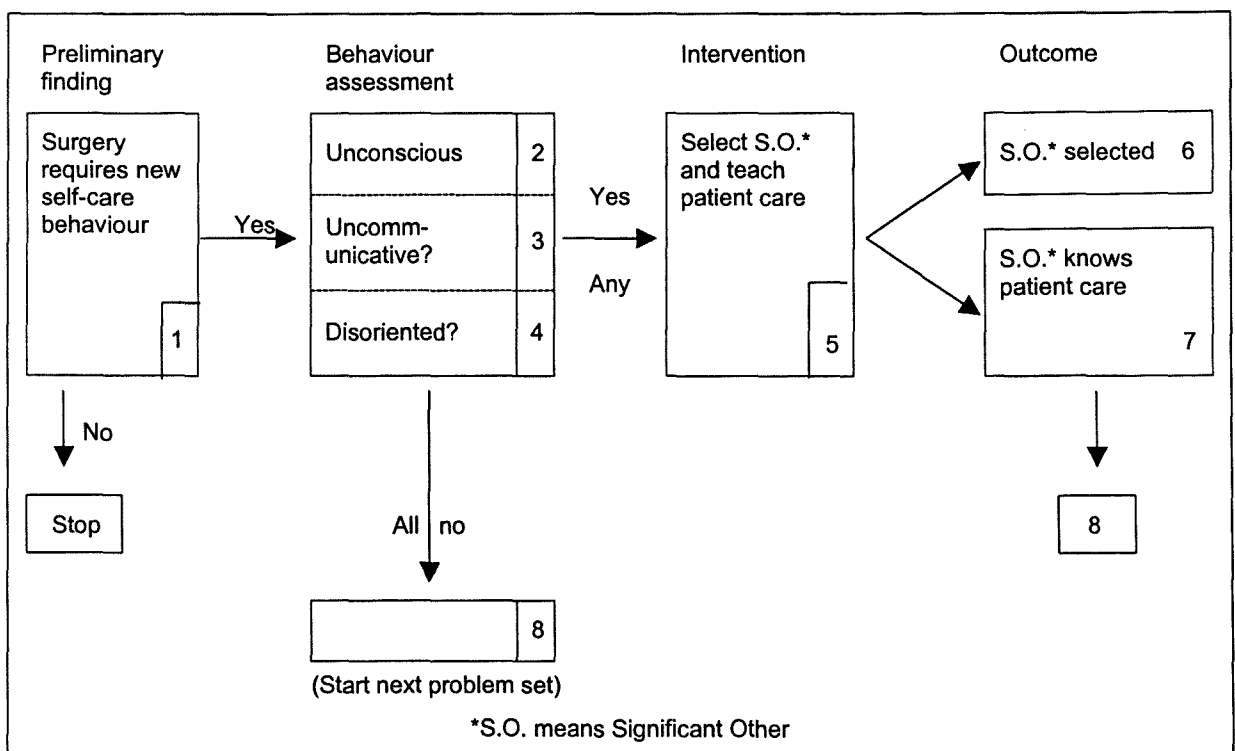
Dit is wenslik dat metingskriteria vir gesondheidsdienste in Suid-Afrika ontwikkel word. Indien die metingskriteria vir 'n spesifieke diens bestaan en vanuit 'n omvattende gehalteversekeringperspektief bestuur word, kan daar tot 'n groot mate verseker word dat die diens van 'n aanvaarbare gehalte op nasionale vlak sal wees. Die gehalte van gesondheidsdienslewering sal hierdeur positief beïnvloed word.

Die ontwikkeling van metingskriteria vir gehalteversekeringdoeleindes is sinoniem met die daarstel van indikatore waarteen die praktykvoering of dienslewering gemeet kan word. "Criteria are not meant to provide a summary of all aspects of care, but to focus attention on key items which are indicative of good care" (Crombie, *et al.*, 1993: 87).

2.4.2.3 RAAMWERKE VIR KRITERIA

Kriteria kan volgens 'n kriteriakaart ("criteria mapping") of volgens 'n kriterialys aangebied word. 'n Kriteriakaart word volgens Ellis en Whittington (1993: 27) beskryf as 'n stel eksplisiete kriteria wat deur verskeie vertakkinge voorgestel word waardeur besluite aangaande die verloop van 'n proses van behandeling of dienslewering onderneem kan word om goeie gehalte uitkomst van die behandeling te verkry. Die metode is in 1975 deur Greenfield, Cretin, Worthman, Dorey, Solomon en Goldberg (1981: 256) voorgestel vir gebruik in die behandeling van toestande soos borskaspyne en diabetes. Ellis (1989: 31) is van mening dat dié metode met meer vrag gebruik kan word in gevalle waar tegniese behandeling domineer en die verloop daarvan só aangedui kan word.

Verpleegkundiges het in 1982 'n projek onderneem met pasiënte wat aan kanker ly. Hulle het die kriteriakaartbenadering gebruik om standarde en kriteria te ontwikkel vir onder andere die selfsorg van die pasiënte wat geopereer is. Figuur 2.8 is 'n voorbeeld van 'n kriteriakaart wat vir dié doel ontwikkel is:



Figuur 2.8: Kriteriakaart.

Bron: Kemp & Richardson, 1995: 138.

Volgens Ellis en Whittington (1993: 103) het arbeidsterapeute ook in 1989 in Amerika 'n kriteriakaart ontwikkel vir gebruik met pasiënte wat probleme met selfsorgaktiwiteite ervaar het.

Kriterialyste word ontwikkel volgens raamwerke, byvoorbeeld Donabedian se raamwerk van Struktuur, Proses en Uitkoms vir gehalteversekering. Metingskriteria word vir die voorafgaande drie afdelings gestel. Die gehalte van die werklike diens wat gelewer word, word bepaal deur dit met die metingskriteria te vergelyk en te evalueer tot watter mate dit ooreenstem of verskil.

Die onderstaande is 'n voorbeeld van kriterialys volgens Struktuur, Proses en Uitkoms vir 'n arbeidsterapiediens:

FIFE HEALTH BOARD OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE		
Standard Ref. No: _____		Achieve Standard by: 1 August 1989
Topic: _____		Review Standard by: _____
Sub-Topic: _____		Signature of Area OT: _____
Care Group: _____		Signature of Head OT: _____
Source of Production: _____		Date: _____
STANDARD STATEMENT: The occupational therapist will ensure that any child who attends Robert Henryson School and lives at home will have an annual home visit to enhance a community of approach between school staff and parents and up-to-date knowledge and provision of specialist equipment.		
Structure	Process	Outcome
<ol style="list-style-type: none"> 1. The occupational therapist will have access to the child's record of needs. 2. The occupational therapist will have access to other members of the school staff to discuss the child's current needs and functioning. 3. The occupational therapist will discuss the child with physiotherapy and community occupational therapy staff to assess the need for a joint home visit. 4. The occupational therapist will ensure that time out with normal school hours is made available to carry out home visits. 5. The occupational therapist will contact parents to arrange a mutually convenient time to carry out the visit. 6. The occupational therapist will have transport suitable for the visit. 7. The occupational therapist will have records of his/her previous contacts with the child in keeping with local occupational therapy policy. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. The occupational therapist will discuss the child's needs and abilities with parents in the areas of: seating bathing toileting feeding positioning and others as indicated by earlier assessment. 2. The occupational therapist will offer advice and guidance to parents in the above areas, and reinforce their role in using particular techniques or equipment. 3. The occupational therapist will discuss with the family the range of statutory and non-statutory services available to them. 4. The occupational therapist will assess the suitability of the house for the child and family and where the present environment is unsuitable, make recommendations as in adaptations required, or support a re-housing application. 5. The occupational therapist will review with the parents any equipment in the home, its use by them and appropriateness in meeting current needs of themselves and the child. 6. The occupational therapist will record the home visit in keeping with Fife Health Board occupational therapy policy and forward this to team members. 7. The occupational therapist will record the home visit in his/her monthly returns. 8. The occupational therapist will contact the Social Work Department occupational therapist regarding any additional requirements for equipment. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Every child living at home and attending Robert Henryson School will be visited in his/her home by the occupational therapist at least once a year. 2. Parents will understand the practise and principles of occupational therapy and the equipment used with their child, and reinforce the approach used in the school in the home setting. 3. Parents with children attending the Robert Henryson School will have access to specialist occupational therapy advice regarding the home environment. 4. The therapist will be able to meet parents out with the school setting to ensure a greater understanding of the home situation, and that parents have the opportunity to discuss the child's functioning at home in that setting. 5. There will be written evidence available as to the appropriateness of the home environment and recommendations for any action to improve this. 6. Team members working with the child will receive an annual update on the child's functioning in the home environment, with particular emphasis on activities of daily living and the use of special equipment. 7. The occupational therapy register will identify the frequency of home visits with a child.

Figuur 2.9: Kriterialys.
Bron: Crawford, 1989: 296.

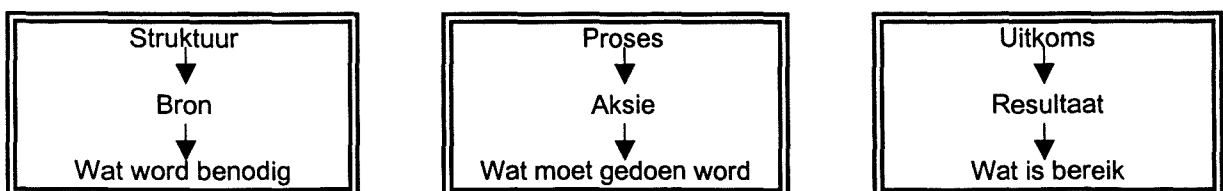
Die verskil tussen die gebruik van kriteriakaarte en kriterialyste tydens behandeling word deur Greenfield, *et al.* (1981: 256) aangedui. Kaarte word gebruik om 'n logiese formaat daar te stel om 'n simptoom(e) te ondersoek, om 'n diagnose te maak en tegniese behandeling daar te stel. Kemp en Richardson (1995: 139) stel voor dat kriteriakaarte 'n logiese gedagtegang en die kronologiese verloop van behandeling aandui. Dit gee ook 'n metode waarvolgens uitkomst van behandeling by elke fase ondersoek kan word. Die kriterialys word meestal gebruik om kernaspekte van behandeling aan te dui. Die meeste artikels wat gepubliseer is oor gehalteversekering in verpleegkunde verwys hoofsaaklik na die gebruik van kriterialyste.

Generiese kriterialyste wat vir spesifieke onderwerpe ontwikkel word stel die minimum vlak van gehalte vir die lewering van 'n spesifieke diens voor. McColl en Quinn (1985: 577) is van mening dat generiese kriterialyste nie die holistiese, pasiënt-gerigte benadering van arbeidsterapie behandeling van pasiënte sal beïnvloed nie. Die lyste word alleenlik gebruik om die gehalte te meet van die aktiwiteite van behandeling wat uitgevoer is.

Die navorser het besluit om kriterialyste vir werkbepalingsareas te ontwikkel. Die rede vir die ontwikkeling van generiese kriterialyste vir werkbepalingsareas is om 'n minimum standaard voor te stel wat in die areas gehandhaaf moet word. Hierdeur word gepoog om 'n meer regverdig en vergelykbare beoordeling van pasiënte se werkvermoëns te doen. Effektiewe werkrehabilitasie kan alleenlik plaasvind nadat akkurate inligting na aanleiding van bepaling van die pasiënte se werkvermoëns bekom is.

Die benadering tot gehalteversekering soos deur Donabedian in 1966 voorgestel, word dikwels in die literatuur bespreek wat oor die onderwerp handel. Donabedian se voorstel behels dat metingskriteria vir Struktuur, Proses, en Uitkoms gestel moet word wat gebruik kan word as 'n maatstaf om die gehalte diens wat gelewer is te meet. 'n Kriterialys wat saamgestel is sal metingskriteria ten opsigte van Struktuur, Proses en Uitkoms vir 'n gekose onderwerp vervat.

Sale (1990: 12) gee 'n kort opsomming van die model soos volg weer:



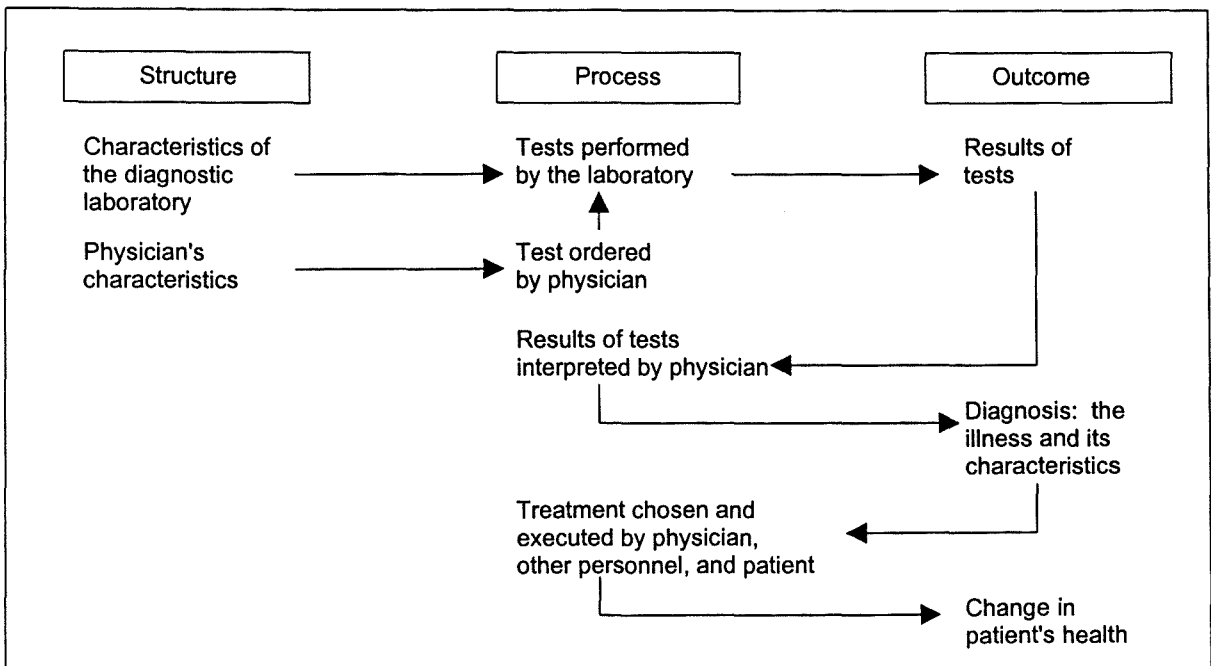
Figuur 2.10: Donabedian-model vir gehalteversekering.
Bron: Sale, 1990: 12.

- **Struktuur:** verwys na die faktore wat deur die organisasie voorsien moet word om te verseker dat werk uitgevoer kan word. Dit sluit in die fisiese omgewing, geboue, verwante dienste, finansies, toerusting, materiaal, personeel (aantal, kennis, vaardigheid en houdings van personeel, ondervinding) en inligtingstelsels (Sale, 1990: 11).
- **Proses:** verwys na die aksies wat verrig moet word en sluit die tegniese sowel as interpersoonlike vaardighede in - wat moet gedoen word, deur wie, aan wie, wanneer en hoe. Dit sluit alle bepalings, intervensies, gesondheidsopvoeding en -bevordering, benutting van bronne en ontslagprosedures in. Die tegniese, interpersoonlike en morele aspekte is tydens dié proses ter sprake. Die aksies omsluit dus alle gesondheidsorgdienste aan pasiënte, hulle families en die gemeenskap (Willson, 1996: 133).
- **Uitkoms:** verwys na die effek of resultate wat as gevolg van behandeling verkry word waarvan die vervulling van die werkerrol 'n prioriteit is (Anthony, Cohen & Vitalo, 1978: 373). Die gesondheidstatus van pasiënte en hulle gedrag, response en vlak van kennis wat getoon word ter bevordering van lewenskwaliteit is van primêre belang. Die uitkoms vervat ook pasiënte se persepsies van en tevredenheid met die gesondheidsorg wat ontvang is. Die inligting moet op 'n spesifiek meetbare wyse weergegee kan word (Rudman, Hall & Langlois, 1997: 20). Uitkomstriteria word toenemend belangrik in gehalteversekering van gesondheidsdienste beskou aangesien daarmee aangedui kan word of behandeling suksesvol was al dan nie (Bauman, 1991: 12). Dit is ook die moeilikste area om standarde en kriteria voor te stel aangesien 'n hele aantal ander professies dikwels ook insette tot behandeling gelever het. 'n Ander faktor wat ook 'n effek op uitkoms mag hê, is die pasiënt se eie verwagtinge van die behandeling. Vanuit die arbeidsterapeut se perspektief is Uitkoms gemoeid met die herstel, bevordering en instandhouding van funksie ("occupational performance").

Die beskouing van Donabedian en verskeie ander skrywers (Donabedian, 1995; Kemp & Richardson, 1995) is dat Struktuur, Proses en Uitkoms interafhanklik van mekaar is. Dit blyk dat daar aanvanklik meer klem geplaas is op die daarstel van kriteria vir Struktuur en met verloop van tyd het Proseskriteria en veral Uitkomstriteria meer aandag gekry. Die wisselwerking tussen Proses- en Uitkomstriteria word as 'n prioriteit gesien. Donabedian (1989: 7) stel dit soos volg: "Process and outcome are therefore compliments to each other in the assessment of quality, not alternatives. A preference for the one over the other must be based not on usual validity but something else - the availability of information, for example, ease of measurement, or timeliness relative to the uses to which the information is to be put". Dit is soms moeilik om te besluit of 'n kriterium by Struktuur, Proses of Uitkoms

hoort. Dit is nie 'n onoorkomelike probleem nie, solank die veronderstelling aanvaar word dat daar 'n reeks van samehangende gebeure is waaruit 'n gesondheidsdiens bestaan. Gehalteversekering word vir dié diens in sy geheel onderneem.

Die interverwantskap en wisselwerking wat tussen Struktuur, Proses en Uitkoms bestaan, word vir behandeling in die onderstaande figuur voorgestel:



Figuur 2.11: Voorbeeld van Donabedian se model in die praktyk.
Bron: Donabedian, 1995: 203.

Society for Hospital Social Work Directors (1981: 27) stel voor dat die kriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms aan die sogenaamde R.U.M.B.A.-beginsels moet voldoen.

- "Relevant" - dit moet relevant wees tot die onderwerp.
- "Understandable" - dit moet verstaanbaar en vry van potensiële misinterpretasies wees.
- "Measureable" - meetbaarheid in terme van tyd en frekwensie moet aangedui word.
- "Behaviourable" - dit moet gedragsgeoriënteerd wees en aandui watter gedrag gewysig moet word.
- "Achievable" - dit moet haalbaar wees in terme van gegewe omstandighede en faktore ter sprake.

Wright en Whittington (1992: 26) stel die onderstaande A.M.O.U.R.-beginsels vir kriteria voor wat in 'n groot mate met die voorafgaande ooreenstem:

"Achievable"	- haalbaar
"Measureable"	- meetbaar
"Observable"	- waarneembaar
"Understandable"	- verstaanbaar
"Reasonable"	- redelik

Alle kriteria wat ten opsigte van Struktuur, Proses en Uitkoms voorgestel word, moet teen die voorafgaande beginsels evalueer word alvorens hulle as geldige metingskriteria beskou sal word.

Verskeie skrywers bespreek die voor- en nadele verbonde aan die toeken van gewigte ("weighting") aan metingskriteria wat gebruik word om die gehalte van dienste wat gelewer word te beoordeel. Daar word verskeie metodes bespreek waarvolgens die weging van metingskriteria gedoen kan word. Die gewig word meestal volgens 'n tienpuntskaal toegeken. Die metingskriteria wat met die veiligheid van pasiënte te doen het sal byvoorbeeld 'n gewig van 10 toegeken word (Wright & Whittington, 1992: 80-82; Ashton, Kuykendal, Johnson, Chuan, Wray, Carr, Slater, Lu & Busch, 1994: 757-760).

Kemp en Richardson (1995: 44) is van mening dat alle metingskriteria 'n gelyke gewig behoort te dra. Volgens hulle het die meeste meetinstrumente drie responskolomme naamlik "ja", "nee" en "nie van toepassing". Alle "nie van toepassing"-response behoort voor die finale berekening afgetrek te word om 'n realistiese berekening ten opsigte van die gehalte van die diens te kan doen. Die redes vir die "nie van toepassing"-response moet egter ondersoek word aangesien dit aspekte kan aandui waar regstellende aksie moet plaasvind.

Die navorser is van mening dat gelyke gewig aanvanklik aan die metingskriteria wat verkies is toegedeel sal word in die geval van werkbepalingsareas. Die kwessie van weging van metingskriteria sal in 'n verdere studie ondersoek kan word.

2.4.2.4 METODES OM KONSENSUSBESLUIE OOR KRITERIA TE NEEM

Konsensusbesluite oor metingskriteria moet tydens die verskillende stadia van die gehalteversekeringsiklus geneem word. 'n Stadium waar dit veral van groot belang is om konsensus te verkry, is tydens stadium II: Identifiseer Standaarde en Kriteria. Besluite moet geneem word om standarde en kriteria daar te stel of om bestaande standarde en kriteria aan te pas of te verander om toepaslik te wees in 'n spesifieke situasie.

Ellis en Whittington (1993: 158) stel vier metodes voor waardeur konsensusbesluite aangaande standarde en kriteria in gesondheidsdienste verkry kan word:

- Standaardkomiteeprosedures
- Dinkskrum
- Nominale groeptegniek
- Delphi-tegniek

Groepe persone word by elk van bogenoemde metodes betrek om sodoende 'n verteenwoordigende opinie asook 'n groter mate van kreatiewe denke oor 'n onderwerp te verkry. 'n Groot groep persone sal voorstelle vir standarde en kriteria meer krities beskou wat daartoe sal bydra dat realistiese standarde en kriteria voorgestel sal word. Persone wat betrokke was by konsensusbesluite verstaan die implikasies van die besluite en is meer geneig om daarby te hou. Daar moet egter altyd gewaak word teen sydighele wat mag insluip waaronder lidmaatskap-, gediensdighele-, kognitiewe dissonansie- en seleksie-sydighede.

Die eerste drie metodes om konsensusbesluite te neem, word vervolgens kortliks bespreek. Die Delphi-tegniek sal meer breedvoerig toegelig word aangesien die navorser die tegniek gewysig gebruik het om opinies aangaande standarde en metingskriteria vir werkbepalingsareas te verkry.

(i) **Standaardkomiteeprosedure**

Dié metode word dikwels deur professionele organisasies gevolg wanneer 'n werkgroep of komitee aangewys word om byvoorbeeld nasionale standarde vir 'n aspek van dienslewering of bestuur te ontwikkel. 'n Reeks vergaderinge word gehou waartydens konsepontwerpe voorgestel en bespreek word totdat 'n finale dokument realiseer. Ellis en Whittington (1993: 159) meld dat die kritiek teen die metode is dat relevante literatuur oor die onderwerp dikwels nie deur alle lede bestudeer is nie, persoonlike menings van deelnemers dikwels kritiese evaluering van 'n onderwerp oorheers en neutraliteit asook 'n tekort aan spesifisiteit in die finale dokument aangetref word. Ten spyte van die kritiek is die standaardkomiteeprosedure 'n maklike metode om te volg, het dit sigsgeldigheid ("face validity") en is die prosedures waarvolgens komitees funksioneer, aan almal bekend.

Die navorser is van mening dat verskeie tipes sydighele, onder andere lidmaatskap-, seleksie-, kognitiewe dissonansie-, en gediensdighele-sydighede om 'n paar te noem, veral met die gebruik van dié metode die resultate op 'n sistematiese wyse kan beïnvloed.

Die navorser beveel aan dat die metode nie as 'n eerste opsie gebruik word om standarde en kriteria te identifiseer nie. Indien dié metode wel gebruik word, moet die voorsitter 'n persoon wees wat die voorafgaande sydighede op 'n oordeelkundige wyse sal hanteer en uitskakel.

(ii) **Dinkskrummetode**

Dié metode het ten doel om 'n groot aantal kreatiewe idees met die hulp van 'n groep persone te genereer. 'n Probleem wat met dié metode gevind word, is dat die junior lede van dié groep se deelname deur die senior lede inhibeer word en dat voorstelle soms geïgnoreer of gekritiseer word voordat dit deur die groep oorweeg is.

'n Oplossing is dat die fasiliteerder die doel van die dinkskrum, asook die verloop daarvan baie duidelik aan deelnemers moet stel, naamlik dat almal moet deelneem en alle idees wat genereer word sonder bespreking op 'n lys geplaas moet word. Hierna word idees gegroepeer en daarna volg die bespreking, herformulering en finale besluite.

Dit is 'n ope vraag of die aantal en kwaliteit idees wat deur middel van die dinkskrum metode genereer word, meer en beter as dié van ander metodes is. Die metode is ook oop vir sydighede, veral gedienstigheids- en kognitiewe dissonansiesydighede. 'n Voordeel van dié metode is die geleentheid vir maksimale deelname van alle groeplede.

(iii) **Nominale Groeptegniek**

Dit is 'n gestruktureerde tegniek wat gebruik word om besluitname deur 'n groep te verkry. Die onderwerp of probleem word aan die groep gestel, hulle kry tyd om op hulle eie voorstelle of oplossings neer te skryf. Daarna kry elke persoon 'n geleentheid om 'n voorstel of oplossing te stel en word dit sonder bespreking op die hooflys aangeteken. Alle deelnemers se idees word op dié wyse verkry. 'n Bespreking volg om idees uit te klaar, te evalueer en soortgelyke idees saam te voeg om 'n kortlys op te stel. Daarna word 'n prosedure gevolg waar elke groeplid in stilte die idees wat op die finale kortlys verskyn, in prioriteitsorde plaas deur 'n getal tussen 1-5 aan elke idee toe te ken. Alle deelnemers kry hierna die geleentheid om hulle puntetoekennings vir elke idee te gee en die leier teken die getalle by elke idee aan, byvoorbeeld idee een: 5, 3, 1, 3, 3, 1 punte. Die punte word opgetel en die met die hoogste telling(s) dui op moontlike oplossings. Die punte word weer bespreek om te bepaal of daar konsensus in die groep is oor die belang van die idees (Meisenheimer, 1989: 69; Grol & Lawrence, 1995: 53).

Navorsing deur Delbecq en Van de Ven (1974: 337-342) het getoon dat die nominale groep-tegniek veel meer idees van hoë kwaliteit genereer as gewone probleemoplossingsgroepe. Die deelnemers het meer tevredenheid met die proses wat gevolg is en die resultate wat verkry is, uitgespreek. Die deelnemers was dit ook eens dat dié metode besluitname vergemaklik het en dat deelnemers ook meer gelykheid ervaar het.

Die gebruik van dié tegniek in gehalteversekering in gesondheidsdienste is nog nie ten volle ondersoek nie. Ellis en Whittington (1993: 163) handhaaf die mening dat dit veral van waarde kan wees by elke stadium in die gehalteversekeringsiklus waar konsensusbesluite nodig is.

Dit sal logisties moeilik wees om genoeg kundige arbeidsterapeute op een slag bymekaar te kry om op dié wyse konsensusbesluite oor standaarde en kriteria vir 'n spesifieke diens te neem. Die tegniek sal waarskynlik meer produktief deur die multi-dissiplinêre span gebruik kan word om besluite oor standaarde en kriteria te neem aangaande die diens wat dié span lewer. Konsensusbesluite oor rehabilitasiedienste sal binne spanverband volgens die metode geneem kan word.

(iv) **Die Delphi-Tegniek**

Die Delphi-tegniek is in die vyftigerjare in Amerika ontwikkel om navorsing in die verdedigingssektor te doen. Die "Rand Corporation" was betrokke en dié tegniek is gebruik om menings oor moontlike teikens asook die impak van 'n Russiese bomaanval op Amerika te ondersoek. Die tegniek was tot 1964 hoofsaaklik tot die verdedigingssektor beperk. Daarna is dit ook gebruik vir tegnologiese voorspellings (Ellis, 1989: 235).

Sedertdien word die tegniek gebruik in die velde van die sosiale wetenskappe, bestuurswetenskappe, opvoedkunde en gesondheidsdienste, om net 'n paar te noem. Die tegniek word in laasgenoemde geval veral gebruik in studies wat in verband met gehalteversekering onderneem is (Hutchinson & Fowler, 1992: 227).

Relevante inligting word op 'n gestruktureerde wyse aan kundiges gebied om na aanleiding van hulle opinies konsensusbesluite oor spesifieke vraagstukke of onderwerpe te verkry. Alle deelnemers word individueel genader in 'n poging om verstrengelende faktore en sydigheide te beperk.

Die proses wat met die Delphi-tegniek gevolg word, word deur Ellis en Whittington (1993: 163) soos volg beskryf:

- Identifiseer 'n groep van kundige persone.
- Stel relevante inligting of vrae saam oor 'n probleem of onderwerp wat geïdentifiseer is.
- Stuur die pakket met inligting aan die kundige deelnemers, bevestig hulle anonimiteit, versoek hulle om hulle eie menings te gee en dui 'n antwoord-terug-datum aan.
- Verwerk die inligting wat ontvang word om die mate van konsensus te bepaal.
- Ontwerp 'n terugvoerpakket met bogenoemde inligting waarby die terugvoer van die eerste rondte asook enige addisionele inligting wat ontvang is ingesluit is.
- Stuur bogenoemde weer aan die kundige deelnemers en versoek hulle om weer hul opinies te gee. Verstrek 'n antwoord-terug-datum.
- Herhaal bogenoemde twee stappe tot 'n totale of aanvaarbare vlak van konsensus van opinies van die kundiges verkry is. McKenna (1994: 1222) noem dat 'n 51% ooreenstemming as konsensus beskou kan word.

Die onderstaande is 'n opsomming van die uitstaande kenmerke van die Delphi-tegniek wat in literatuur aangetref is:

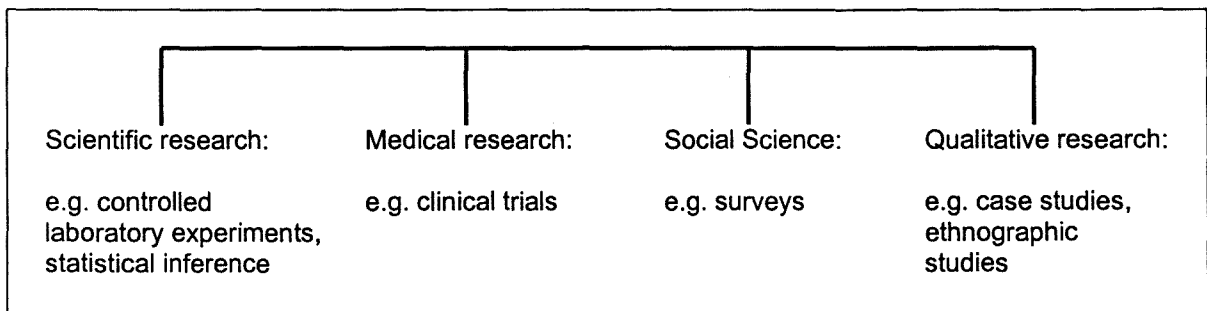
1. Kundiges word in alle gevalle genader om inligting (opinies) of data te bekom.
2. Die tegniek word altyd skriftelik uitgevoer - vraeboë word uitgestuur, response word verwerk en weer aan deelnemers gestuur.
3. Daar word ten doel gestel om op 'n sistematiese wyse 'n konsensus van opinie te verkry of te identifiseer waar daar 'n probleem bestaan om konsensus van opinie te verkry.
4. Anonimiteit van deelnemers en hulle opinies word te alle tye gewaarborg.
5. Tydens die gebruik van die Delphi-tegniek word herhaling en gekontroleerde terugvoer gebruik.
6. Delphi-ondersoeke vind plaas met 'n reeks rondtes - minstens twee rondtes is nodig.
7. 'n Statisties verwerkte groepsrespons word verkry.
8. Deelnemers het tydens elke rondte die geleentheid om die inligting volgens hulle eie opinies te evalueer.

(Cronin & Owsley, 1993: 59; Ketelaars, Saad, Halfens & Wouters, 1994: 82; Stheeman, Van't Hof, Mileman & Van der Stelt, 1995: 194; Butterworth & Bishop, 1995: 25).

Ellis (1989) bespreek verskeie studies wat onderneem is om die voor- en nadele van die gebruik van die Delphi-tegniek te bewys. Die tegniek word deur verskeie persone gekritiseer. Sommige kritici beskou dit "as more an art than a science" (Ellis, 1989: 240). Die kritiek wat gelewer word, is veral ten opsigte van:

- die totale herhaalbaarheid van die ondersoek;
- of konsensus blywend is;
- die hoë uitvalsifer, veral as die paneel van kundiges baie groot is;
- hoe om te besluit wanneer 'n persoon 'n kundige is;
- die tydwende aspek;
- die veralgemening van resultate, veral as die paneel van deelnemers baie klein was (McKenna, 1994).

As daar na die onderstaande voorstelling vir navorsingsbenaderings gekyk word, is dit duidelik dat die Delphi-tegniek definitief nie 'n kwantitatiewe metode is nie. Dit is egter ook nie suiwer kwalitatief van aard nie, alhoewel dit in dié rigting van die kontinuum neig.



Figuur 2.12: Navorsingsbenaderings.

Bron: Ellis, 1989: 231.

Die kwalitatiewe metodes is veral vir die aanvullende gesondheidsberoepes van belang vanweë die mensgerigte benadering tot behandeling wat in die beroepes gevolg word. Die kwalitatiewe metodes word egter nie deur beleidmakers, befondsingsliggame en sommige wetenskaplikes erken nie. Hulle verwag kwantitatiewe data om besluite te kan neem. Dit kan moeilik verkry word in beroepes waar omgee ("caring") 'n belangrike komponent van dienslewering is. Daar kan egter met behulp van die Delphi-tegniek geslaag word om beide kwalitatiewe en kwantitatiewe data te voorsien (Stokes, 1997: 266).

Linstone en Turoff (1979) wat baanbrekerswerk ten opsigte van die Delphi-tegniek gedoen het, het bevind dat 10-50 persone as 'n paneel van kundiges gebruik kan word. Ellis (1989: 241) stel dit dat 'n paneel van twintig persone of minder die tendens toon dat deelnemers behou word. Indien die groep klein is, bestaan die moontlikheid dat die deelnemers met mekaar kontak maak en dat daar 'n mate van gedeelde opinie of selfs groepsdenke kan ontstaan.

Die resultate van die studie deur Delbecq en Van de Ven (1974) het aangedui dat 'n geselekteerde groep individue (kundiges in die geval van die Delphi-tegniek) wat elk aan die spesifieke opdrag werk, meer idees van hoë kwaliteit genereer as wanneer hulle in 'n groep sou werk. Die Delphi-tegniek bied juis dié geleentheid aan kundiges.

Die navorser het met die literatuursoektog gevind dat verskeie van die gesondheidsberoepes reeds die Delphi-tegniek gebruik het met die ontwikkeling van standaarde en kriteria vir gehalteverbetering en gehalteversekering. Enkele voorbeelde is:

- Verpleegkunde, wat reeds verskeie studies in dié verband gepubliseer het
- Geneeskunde, verskeie vertakkings binne die beroep het reeds studies gepubliseer
- Tandheelkunde
- Fisioterapie
- Mediese Maatskaplike Werk
- Arbeidsterapie
- Spraakheelkunde en Oudiologie

Baie variasies van die Delphi-tegniek word in die literatuur bespreek. Kitson, Harvey, Hyndman en Yerrell, (1994: 160) stel voor dat die nominale groeptegniek en die Delphi-tegniek in kombinasie gebruik kan word. Voorstelle vir kriteria kan met behulp van die nominale groeptegniek genereer word en daarna aan 'n paneel kundiges voorgelê word om volgens die Delphi-tegniek hanteer te word. 'n Verdere variasie is om slegs die kriteria waarvoor nie 'n konsensusbesluit met die nominale groeptegniek bereik kon word nie, aan die paneel kundiges te stuur om 'n konsensusbesluit met behulp van die Delphi-tegniek te verkry.

Die aantal rondtes wat tydens die Delphi-tegniek uitgevoer word, kan varieer en word bepaal deur die tydstip waarop die vlak van konsensus wat ten doel gestel is bereik word.

2.4.3 STADIUM III - IDENTIFISEER METINGSMETODES

Metingskriteria wat ten opsigte van Struktuur, Proses en Uitkoms geïdentifiseer is in die vorige stadium sal as metingsinstrument gebruik word. Wanneer metingskriteria daargestel is, moet daar ook besluit word hoe en wanneer daar gemonitor sal word om te bepaal tot watter mate die diens wat gelewer word aan die metingskriteria voldoen.

Daar word tussen twee metodes van meting onderskei, naamlik retrospektiewe waardering en gelyktydige waardering (Wright & Whittington, 1992: 70).

Retrospektiewe waardering vind plaas wanneer 'n oudit van pasiënte se lêerinligting gedoen word. Die lêer word bestudeer om aan die hand van die gestelde metingskriteria te bepaal watter van die aspekte van behandeling wat uitgevoer is voldoen aan die gestelde standarde al dan nie.

Die rekordhouding van behandeling moet baie gereeld en noukeurig geskied om volledige inligting beskikbaar te hê om die gehalte van die behandeling te kan bepaal. Probleme wat ondervind word, is dat gehalte van sorg kan afneem as die voltooiing van rekords te veel tyd in beslag neem of dat rekordhouding perfek voltooi kan wees, maar nie verband hou met die gehalte van behandeling wat gebied is nie. 'n Algemene probleem wat tydens retrospektiewe waardering gevind word is inligting wat swak of onvolledig is of glad nie in die lêer aangeteken is nie.

Daar bestaan verskeie erkende ouditmetodes wat gebruik word tydens retrospektiewe waardering. Voorbeelde van die metodes is:

- (i) Phaneuf-oudit wat in die sestigerjare in Engeland ontwikkel is as een van die eerste sistematiese metodes om gesondheidsorg te evalueer (Sale, 1990: 20-23).
- (ii) Die Probleem Georiënteerde Mediese Rekord is in 1971 deur Weed ontwikkel om veral die gehalte van behandeling van individuele pasiënte te bepaal (Wright & Whittington, 1992: 71).
- (iii) Onderhoude kan ook met die pasiënt, familie of versorgers gevoer word. Tydens gestruktureerde onderhoude word spesifieke vrae gestel en opsies vir antwoorde aangedui. Ongestruktureerde onderhoude word gevoer as daar duidelikheid is ten opsigte van die inligting wat verkry moet word. Tydens onderhoude word baie gratis inligting deur pasiënte aangebied. Verskeie sydighede kan onderhoudvoering benadeel, onder andere respons-, kognitiewe dissonansie-, lidmaatskap- en herroepingsydigheid (Ellis & Whittington, 1993: 171; Hagedorn, 1995: 278).
- (iv) Vraeboë bestaande uit geslote of oop vrae word na ontslag aan die pasiënt, familie of versorgers gestuur. Responssydigheid blyk 'n effek te hê weens die feit dat dit eerder persone met 'n hoër opvoedingsvlak is wat die vraeboë voltooi (Cunningham, 1991: 63; Lawrence & Schofield, 1993: 186).

Die metode van **gelyktydige waardering** word gebruik terwyl die pasiënt behandel word. Die voorafgaande metodes van oudit kan ook vir gelyktydige waardering gebruik word. Die enigste metode wat slegs tydens gelyktydige waardering gebruik word, is dié van direkte waarneming.

Wright en Whittington (1992: 74) en Grol en Lawrence (1995: 81) beveel aan dat personeel van soortgelyke afdelings mekaar se behandeling in die afdelings gaan observeer en gebruik maak van voorafopgestelde vorms wat voltooi word. Probleme wat met die metode ondervind word is dat mense anders optree as hulle weet hulle word waargeneem of dat hulle soms nie wil instem om deel te neem aan die oefening nie.

Die algemene aanbeveling in die literatuur is dat voorafopgestelde kontrolelyste tydens direkte waarneming gebruik moet word. Hierdeur word inligting ingesamel wat vir navorsingsdoeleindes en verbetering van standarde gebruik kan word (Kemp & Richardson, 1995: 112).

Voorafopgestelde kontrolelyste soos "Qualpacs" en "Monitor" is deur verpleegkundiges ontwerp en word gebruik om gehalte van dienslewering te bepaal:

(i) **"Qualpacs"**

"Quality Assurance Measures - Performance Quality Patient Care Scale" is in 1974 gepubliseer en het ten doel die meting van die gehaltesorg wat deur verpleegkundiges aan pasiënte gebied word. Dit lê veral klem op die evaluering van direkte en indirekte interaksie van die personeel met pasiënte. Twee opgeleide verpleegkundige waarnemers word gebruik om waarnemersydigheid te beperk (Sale, 1990: 24).

(ii) **"Monitor"**

Dié metode is oorspronklik ontwikkel om in akute mediese en chirurgiese sale gebruik te word om gehalte van sorg te beoordeel. Dit is egter met verloop van tyd aangepas en word oor 'n wye veld gesondheidsdienste gebruik.

"Monitor" is 'n pasiëntgeoriënteerde benadering met twee oogmerke, naamlik evaluering van geïndividualiseerde pasiëntesorg en pasiëntebehoefes. Tesame hiermee word die ondersteunende dienste wat die lewering van goeie gehaltesorg kan beïnvloed ook gemonitor (Sale, 1990: 30).

"Monitor" is 'n gewilde metingsinstrument wat redelik algemeen in Engeland gebruik word om op 'n redelik koste-effektiewe wyse 'n geheelbeeld van die gehalte van pasiëntesorg aan die bestuur te bied. Daar is bewyse dat verbetering en gehalte van sorg in Engeland reeds plaasgevind het op grond van die gebruik van hierdie metingsinstrument (Ellis & Whittington, 1993: 126).

2.4.4 STADIUM IV – DATA-INSAMELING

Tydens hierdie stadium moet besluit word wanneer data aangaande die huidige gehalte van dienslewering ingesamel moet word, wie betrokke sal wees en hoe die data ingesamel sal word. 'n Datum(s) waarop die ondersoek uitgevoer sal word, word vroegtydig aan die betrokke groep, beroep of span bekend gemaak.

Verskillende persone of groepe kan betrokke wees by dié proses om data in te samel, onder andere die persone wat die standaard gestel het; die bestuur van 'n organisasie; kollegas en gehalteversekeringsgroepe wat aangestel word deur die staat.

Die data aangaande die gehalte van die huidige dienslewering word ingesamel met behulp van geselekteerde metodes wat in stadium III - Identifiseer Metingsmetodes bespreek is. Die data wat ingesamel word, word vergelyk met die standaard en metingskriteria wat in stadium II - Identifiseer Standaard en Metingskriteria gestel is.

Die doel van meting is om inligting in te win oor die resultate van aksies wat uitgevoer is en om, indien nodig, regstellende aksie voor te stel. Terselfdertyd word die mate van vermorsing ("waste") wat tydens dienslewering kan voorkom ook bepaal. Die vermorsing kom in gesondheidsdienste voor as gevolg van herhaling, duplikasie of swak koördinasie van dienste aan pasiënte (Berwick, 1998: 437).

2.4.5 STADIUM V - ANALISEER EN INTERPRETEER DATA

Die resultate van die analise van die data kan tweërlei van aard wees - die gehalte dienslewering voldoen of voldoen nie aan die standaard wat gestel is nie. Om die besluite te kan neem, moet daar deeglik besin word of alle metings as geldig beskou kan word en alle inligting wat tydens stadium IV ingesamel is, moet oorweeg word. Probleme sowel as goeie resultate moet met behulp van die data geanaliseer en geïnterpreteer word. Die mate van afwyking van die standaard moet ondersoek en verklaar word.

Rekenaarprogramme word toenemend gebruik om data te verwerk. Rye en kolomme kan gemaklik gemanipuleer word en koerse kan bereken word om byvoorbeeld tendense aan te dui. Die analise van die data is daarop gerig om te bepaal of probleme in gehalte voorkom as gevolg van beperkte kennis en/of vaardighede van personeel of vanweë strukturele- of omgewingsfaktore, of motiveringsprobleme. Dit word gedoen deur die aard van ontbrekende data en/of patrone van tekortkominge te ondersoek (Society for Hospital Social Work Directors, 1981: 32-33).

Lawrence en Schofield (1993: 74) stel voor dat die onderstaande vrae met betrekking tot die interpretasie van data gestel behoort te word:

- Is koerse gerapporteer?
- Is die noemer en teller klinies verantwoordbaar?
- Is die steekproef verteenwoordigend?
- Is die effek van variasie oorweeg?
- Is regressie na die gemiddeld uitgesluit as 'n rede vir verandering?

2.4.6 STADIUM VI - IDENTIFISEER AKSIES OM GEHALTE TE VERBETER

Planne moet opgestel word om die gehalte dienslewering op die vlak van gestelde standaarde te kry indien die interpretasie aandui dat dit nie voldoen aan die gestelde standaarde nie. Indien die gehalte dienslewering gunstig vergelyk met standaarde, kan aksies ter verbetering van gehalte gestel word wat sal kan lei tot verdere gehalteverbetering in dié dienste (Dove, 1999: 277).

"Change is about making a journey from a position where you are now to a redefined position sometime in future" (Lawrence & Schofield, 1993: 77).

Tegniese wat gebruik kan word om aksieplanne te identifiseer is volgens Lawrence en Schofield (1993: 79):

- deelnemers moet hulle visie vir goeie gehalte voorstel en dit bespreek;
- nominale groeptegniek;
- dinkskrummetode;
- kragveldontleding ("force field analysis") kragte wat die gehalte van sorg mag bevorder moet geïdentifiseer word en daar moet besluit word om die positiewe aspekte hiervan te benut. Terselfdertyd moet die kragte wat 'n negatiewe effek sal hê ook aangespreek word.
- 'n analise moet gemaak word waardeur sterkpunte, swakpunte, geleenthede en gevare vir gehalte van sorg geïdentifiseer word.

2.4.7 STADIUM VII - SELEKTEER 'N PLAN VAN AKSIE

Die probleemoplossingsbenadering word gebruik om die voor- en nadele van aksieplanne wat in stadium VI voorgestel is op te weeg.

Wright en Whittington (1992: 91) stel voor dat die onderstaande vrae ten opsigte van elke aksieplan gestel moet word:

- Is die aksie realisties in terme van die beskikbare bronne?
- Sal dit daartoe lei dat die probleme in 'n realistiese tyd opgelos kan word?
- Sal die probleme met realistiese insette aangespreek kan word?
- Is dit aanvaarbaar vir senior bestuur?
- Is dit aanvaarbaar vir kollegas?
- Is dit in verhouding met die beleid van die organisasie?
- Wie en wat sal deur die implementering van die planne geraak word?
- Is geskikte, entoesiastiese personeel beskikbaar om die planne uit te voer?
- Is die resultate wat verwag word meetbaar?
- Is die implementeringskoste vergelykbaar met die effek van die verwagte resultate?

Na aanleiding van hierdie vrae kan die mees uitvoerbare aksieplan opgestel word.

2.4.8 STADIUM VIII - IMPLEMENTEER DIE AKSIEPLAN

'n Voorvereiste vir die implementering van aksieplanne is die motivering van die personeel om betrokke te wees by veranderinge in dienslewering om sodoende die gehalte daarvan te verbeter. Goeie kommunikasie met en tussen alle personeel betrokke is essensieel om planne suksesvol te kan implementeer.

Wright en Whittington (1992: 96) stel voor dat die onderstaande aspekte in plek geplaas moet wees tydens die stadium:

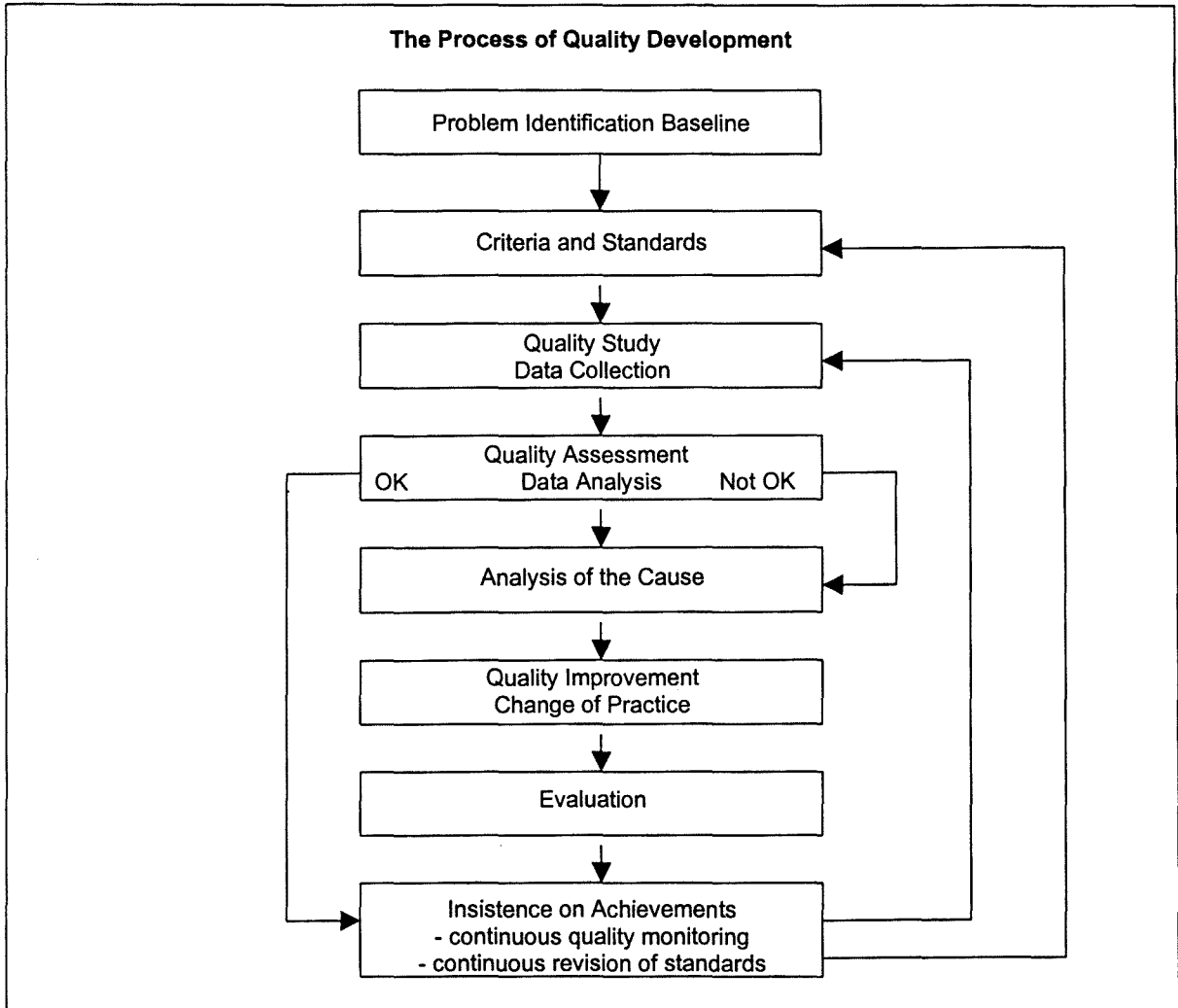
- 'n tydskedule moet opgestel wees
- teikendatums moet streng gekontroleer word
- terugvoer oor vordering moet gegee word
- werkende kommunikasiestelsels moet verseker word en daar moet gereeld met mekaar gekommunikeer word
- daar moet besluit word wanneer die aksieplanne afgehandel is.

2.4.9 STADIUM IX - HEREVALUEER

Tydens dié stadium moet data weer ingesamel word om te kan bepaal of die implementering van stadium VIII - Implementeer die Aksieplan, die gewenste effek op die gehalte van dienslewering gehad het. Dit word gedoen deur 'n herwaardering van die spesifieke dienslewering.

Gelyktydige waardering van die dienslewering aan pasiënte word gedoen in gevalle waar probleme wat met die oudit bevind was, reggestel moet word (Society for Hospital Social Work Directors, 1981: 35).

'n Opsomming van die proses wat tydens gehalteversekering gevolg word, word deur Anderson (1994: 15) soos volg voorgestel:



Figuur 2.13: Die proses van gehalteversekering.
Bron: Anderson, 1994: 15.

Die navorser beoog om stadium II - Identifiseer Standaarde en Kriteria vir die subonderwerp werkbepaling uit te voer in die projek. Stadia III-IX sal as opvolgstudies onderneem kan word. Dit sal belangrik wees aangesien die voltooiing van 'n volle siklus die standaarde en kriteria van stadium II wat tydens die navorsingsprojek geïdentifiseer is kan verifieer en verder verfyn, sodat die metingskriteria met vertroue gebruik kan word om die gehalte van dienslewering in werkbepalingsareas te evalueer.

2.5 AKKREDITERING

Akkreditering word gedefinieer as 'n proses waardeur 'n groep, firma of organisasie 'n program van onderrig of dienslewering evalueer en dan erkenning gee indien dit aan vooraf-opgestelde standarde voldoen (Wright & Whittington, 1992: 119).

Gehalteverbetering en gehalteversekering is die proses waardeur gehalte van dienslewering aangespreek word. Gehalte word erken deur die proses van akkreditering. 'n Sertifikaat waarop die akkrediteringserkenning verskyn word aan die organisasie, instansie of fasiliteit gegee.

Daar word slegs 'n opsomming van die akkrediteringsiklus hieronder weergegee:

- (i) Die fase waartydens standarde deur 'n organisasie, instansie of fasiliteit ontwikkel word (verwys na die gehalteversekeringsiklus).
- (ii) Die fase waartydens die organisasie, instansie of fasiliteit wat aansoek gedoen het vir akkreditasie hulle eie voorbereiding doen (interne evaluering).
- (iii) Die fase waartydens die ondersoekspan van die akkrediteringsorganisasie hulle voorberei om die ondersoek vir akkreditasie te doen.
- (iv) Die fase waartydens die diens of produk wat gelewer word ter plaatse deur die ondersoekspan ondersoek word (eksterne evaluering).
- (v) Die fase waartydens die akkrediteringsraad die verslag van die ondersoekspan bestudeer met die oog op die akkreditering van die organisasie, instansie of fasiliteit.
- (vi) Die fase van sertifisering en bekendmaking van akkreditering van die organisasie, instansie of fasiliteit (McMahon & Winters, 1993: 4; de Villiers, Whittaker & Muller, 1995: 5; Arce, 1999: 425).

2.6 GEHALTEVERSEKERING IN ARBEIDSTERAPIE

Protokolle, riglyne en beskrywings van behandelingsprosedures is met verloop van tyd deur arbeidsterapeute opgestel om metodes van behandeling te beskryf, asook om die aanvaarde vlak van dienslewering in verskillende situasies voor te stel. Die voorafgaande is egter nie volgens gehalteversekeringsterminologie en -prosedures opgestel nie. Beleidsbesluite rakende die voorsiening van fondse vir gesondheidsdienste vereis tans dat metingsinstrumente wat aan spesifieke vereistes moet voldoen gebruik moet word om te bepaal of die gehalte van 'n diens volgens 'n aanvaarbare standaard gelewer word. Vereistes in die verband word deur Ellek (1993: 639) soos volg gestel: "Along with the higher level of accountability for the quality of care, it is also expected that quality be developed with a higher degree of validity and reliability than in the past".

Die J.C.A.H. se herbenaming in 1987 na J.C.A.H.O. het meegebring dat die fokus op gehalteversekering in Amerika multi-dissiplinêr van aard geword het. Daar word sedert 1987 verwag dat alle dissiplines wat betrokke is by gesondheidsdienslewering rekord moet hou van die gehalte dienste wat hulle lewer. Hulle moet daarvolgens kan aandui of die diens gelewer word volgens die standaard wat gestel is (Jacobs & Logigian, 1994: 183-184).

Die Amerikaanse Arbeidsterapie Vereniging het in 1987 'n "Quality Assurance Monitoring Manual" uitgegee. Die doel hiermee is om aan Arbeidsterapie Departemente leiding te gee om te kan voldoen aan die vereistes wat deur J.C.A.H.O. rakende die monitering van dienste gestel is (Ellis & Whittington, 1993: 92).

Die gebruik van die gehalteversekeringsiklus deur arbeidsterapie word in die handleiding verduidelik. Die hoofklem word geplaas op die ontwikkeling van standaard vir dienste deur kliniese arbeidsterapeute en pasiënte op die plaaslike vlak. Daar word voorgestel dat indikatore identifiseer moet word en metingskriteria daarvolgens geformuleer word. Die handleiding het voorbeelde van gehalteversekering vir die behandeling van die onderstaande groepe, pasiënte of kliënte:

- serebro-vaskulêre ongelukke
- fisiese gestremdhede
- geestesgesondheid.

Alhoewel die handleiding ontwerp is om hoofsaaklik in die konteks van die J.C.A.H.O. akkrediteringstelsel gebruik te word, is Ellis van mening dat dit ook in ander lande en deur ander professies gebruik kan word (Ellis & Whittington, 1993: 90-93).

McCull en Quinn het reeds in 1985 gemeld dat gehalteversekering in alle gesondheidsdienste in Amerika vereis word na aanleiding van publieke en professionele besorgdheid aangaande tekortkominge wat in dienslewering voorgekom het. Laasgenoemde het gelei tot 'n toename in regsgedinge in dié verband (McCull & Quinn, 1985: 570).

Die Kollege van Arbeidsterapeute in Engeland het in 1986 'n Gehalteversekeringwerkgroep saamgestel. 'n Reeks dokumente getitel "Standards, Policies and Proceedings" is in 1989 deur dié Kollege gepubliseer. Die publikasies het gespruit uit 'n aantal gehalteversekering-werkwinkels wat sedert 1986 deur die Werkgroep aangebied is. Verskeie publikasies oor gehalteversekering van arbeidsterapiedienste het reeds verskyn. Die publikasies spreek aspekte rakende beleid in verskillende velde van arbeidsterapiedienste aan en stel standaard vir dienste voor vir onder andere:

- pasiënte met fisiese gestremdhede
- pasiënte met ontwikkelingsagterstande of geestesvertraagde ontwikkeling
- tuisversorging van pasiënte
- pasiënte in die veld van geestesgesondheid.

Die standaard vir die bogenoemde dienste kan as generiese standaard beskou word aangesien die metingskriteria vir elkeen van die areas redelik algemeen geformuleer is.

Die Kollege van Arbeidsterapeute in Engeland het in Junie 1999 'n dokument getiteld "Position Statement on Clinical Governance" gepubliseer. Die doel hiermee is om die Kollege se standpunt rakende gehalteversekering van arbeidsterapiedienste weer te gee.

Die raamwerk wat vir standaard en metingskriteria deur Donabedian voorgestel is, word ook dikwels in arbeidsterapie gebruik om standaard en metingskriteria voor te stel (Ellis & Whittington, 1993: 34). Monitering van die gehalte van dienste kan alleenlik geskied as standaard bestaan en metingskriteria dienooreenkomstig gestel is. Crawford, Court en Ellis (1993: 33) stel voor dat 'n senior arbeidsterapeut leiding moet gee aan kliniese arbeidsterapeute om standaard te stel om deur gehalteverbetering en gehalteversekering 'n doeltreffende en effektiewe diens te kan lewer.

Die belang van veral Proses- en Uitkomstkriteria word deur verskeie arbeidsterapeute beklemtoon (Austin & Clark, 1993: 23; Jacobs & Logigian, 1994: 189). Die ontwikkeling van kriteria vir Struktuur word as redelik eenvoudig beskou teenoor dié van Proses en Uitkoms. Laasgenoemde is veral moeilik aangesien sekere arbeidsterapie-uitkomst, soos kwaliteit van deelname, moeilik kwantifiseerbaar voorgestel kan word.

Tydens die Kollege van Arbeidsterapeute se jaarlikse kongres in 1992 het Shaw aanbeveel dat arbeidsterapeute op die kriteria van Proses moet konsentreer en die kriteria hiervoor verfyn deur die gehalteversekeringsiklus te volg (Shaw, 1992: 318).

Volgens Austin en Herbert (1995: 483) is daar verskillende groepe in Engeland wat poog om op nasionale vlak kliniese riglyne vir behandeling voor te stel, onder andere "The National Audit Information and Dissemination Centre; Relevant Clinical Resource and Audit Group". Die kliniese riglyne kan as vertrekpunte gebruik word om metingskriteria vir Proses te formuleer.

Uitkomstmetingskriteria moet nie agterweë gelaat word nie, aangesien dié kriteria noodsaaklik is om gehalteverbetering en gehalteversekering te kan evalueer. Die woorde wat by herhaling na verwys word in die literatuur is "Uitkoms" en "Effektiwiteit".

Dit is ook belangrik dat terugvoer aan personeel gegee moet word as daar bevind is dat daar voldoen word aan die standaard wat gestel is. Die terugvoer lewer 'n groot bydrae om die personeel te motiveer (Willson, 1996: 143; Sealy, 1999: 238).

Die ontwikkeling van metingskriteria vir Uitkoms word gekompliseer deur 'n aantal faktore, onder andere:

- (i) Die verwagtinge wat die pasiënt van die diens koester wat beïnvloed word deur die pasiënt se:
 - insig
 - waardesisteme
 - vorige ondervinding van gesondheidsdienslewering
 - ontwikkeling- en opvoedingsvlak
 - kennis van die siekte
 - persoonlike behoeftes en aanlegte.
- (ii) Die arbeidsterapeut se:
 - Kennis en vaardigheid
 - Ondervinding in die spesifieke area
 - Mate van insette in spanverband (kollektiewe insette)
 - Besluit oor wanneer meting van uitkoms moet geskied om die pasiënt se algemene funksionering te bepaal, byvoorbeeld direk na behandeling of ses maande na ontslag.
 - Gebruik van geldige en betroubare evaluasieprosedures.
- (iii) Die bestuur se verwagtinge rondom koste-effektiewe benutting van fondse en bronne (Austin & Clark, 1993: 21; Thompson & Sunol, 1995: 135).

Volgens McCulloch (1991: 219) is die gewin vir arbeidsterapie wat kan spruit uit die gebruik van sinvolle uitkomsriteria dat professionele verantwoordbaarheid en outonomie sal verhoog word en koste-effektiewe behandeling gebied sal word. Dié faktore word ook deur Wright en Whittington (1992: 33) en Willson (1996: 142) uitgelig as aansporingsmaatreëls vir gehalteversekering in arbeidsterapie.

Navorsingstudies oor Uitkomsriteria van arbeidsterapiedienste moet onderneem word om die gehalte van arbeidsterapiedienste wetenskaplik te kan bepaal en terselfdertyd aan die pasiënte bekend te maak wat hulle by arbeidsterapiebehandeling kan baat (Frankum, Bray, Ell & Philp, 1995: 372).

Acheson (1987: 248) stel voor dat die arbeidsterapeut 'n sleutelrol het in die besluit om pasiënte te ontslaan. Hy motiveer dit na aanleiding van die rol wat die arbeidsterapeut speel by die voorbereiding vir ontslag en die herintegrasie van die pasiënte in die gemeenskap. Arbeidsterapeute beskik oor die kennis en vaardigheid om 'n groot bydrae te lewer tot die ontwikkeling van Uitkomstriteria in dié verband. 'n Studie wat onderneem is om na-ontslag-uitkomst te ten opsigte van funksionering vir bejaarde pasiënte in hulle tuisomgewing te voorspel, het 'n tendens getoon dat arbeidsterapeute meer akkuraat as die bejaardes self en as die primêre sorg verpleegkundige die vlak van funksionering in die tuisomgewing vir elke bejaarde in die studie voorspel het (Frankum, *et al.*, 1995).

Volgens Crawford (1989: 294) is die rede vir die ontwikkeling van standarde in arbeidsterapie die volgende: "Considerable pressure is being put on managers to use resources effectively and efficiently; provide a quality service, measure outcomes, monitor activities and set standards, and to be sure that their service is responsive to consumer need and opinion".

Rudman, *et al.* (1997: 16-24) beskryf hoe daar in Kanada van 'n suiwer gehalteversekeringsbenadering na voortgesette gehalteverbetering beweeg word. Die aspekte wat as gevolg van die verandering meer doelgerig aangespreek word, is:

- 'n meer kliënt-gerigte benadering met die fokus op kliënt-uitkomst;
- opleiding van alle personeel in voortgesette gehalteverbetering;
- groter betrokkenheid by multi-dissiplinêre gehalteverbeteringprosesse in byvoorbeeld hospitale.

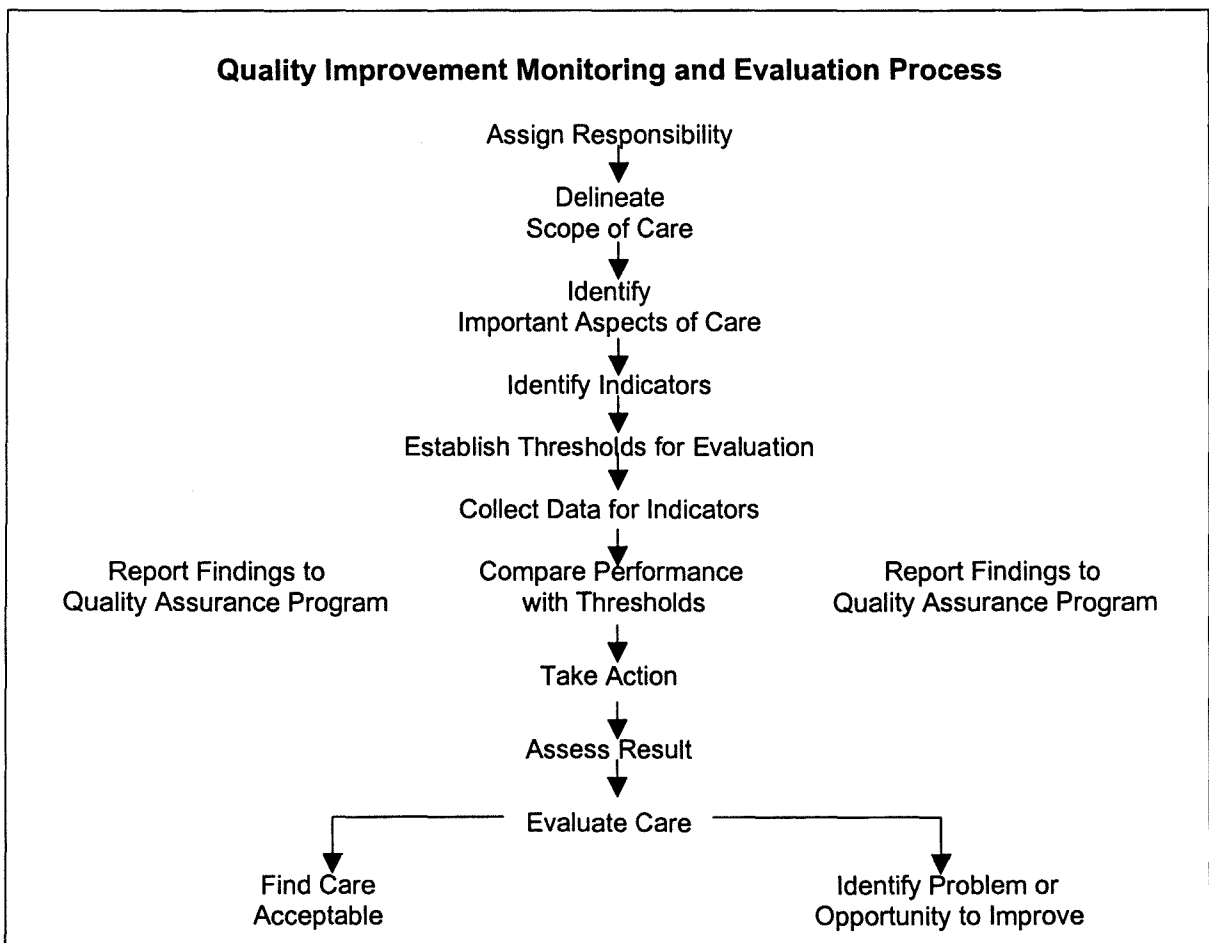
2.7 OMVATTENDE GEHALTEBESTUUR IN ARBEIDSTERAPIE

Dit blyk uit die bespreking van Omvattende Gehaltebestuur vroeër in die hoofstuk dat die voortgesette verbetering en behoud van gehalte gesondheidsdienste slegs binne die konteks van Omvattende Gehaltebestuur verwesenlik kan word.

Bespreking van Omvattende Gehaltebestuur in Arbeidsterapie is slegs tot 'n beperkte mate in die beskikbare literatuurbronne gevind. Alhoewel Crawford, *et al.* (1993) nie Omvattende Gehaltebestuur by naam noem nie, bevat hulle onderstaande siening van gehalte van dienslewering die belangrikste komponente van Omvattende Gehaltebestuur.

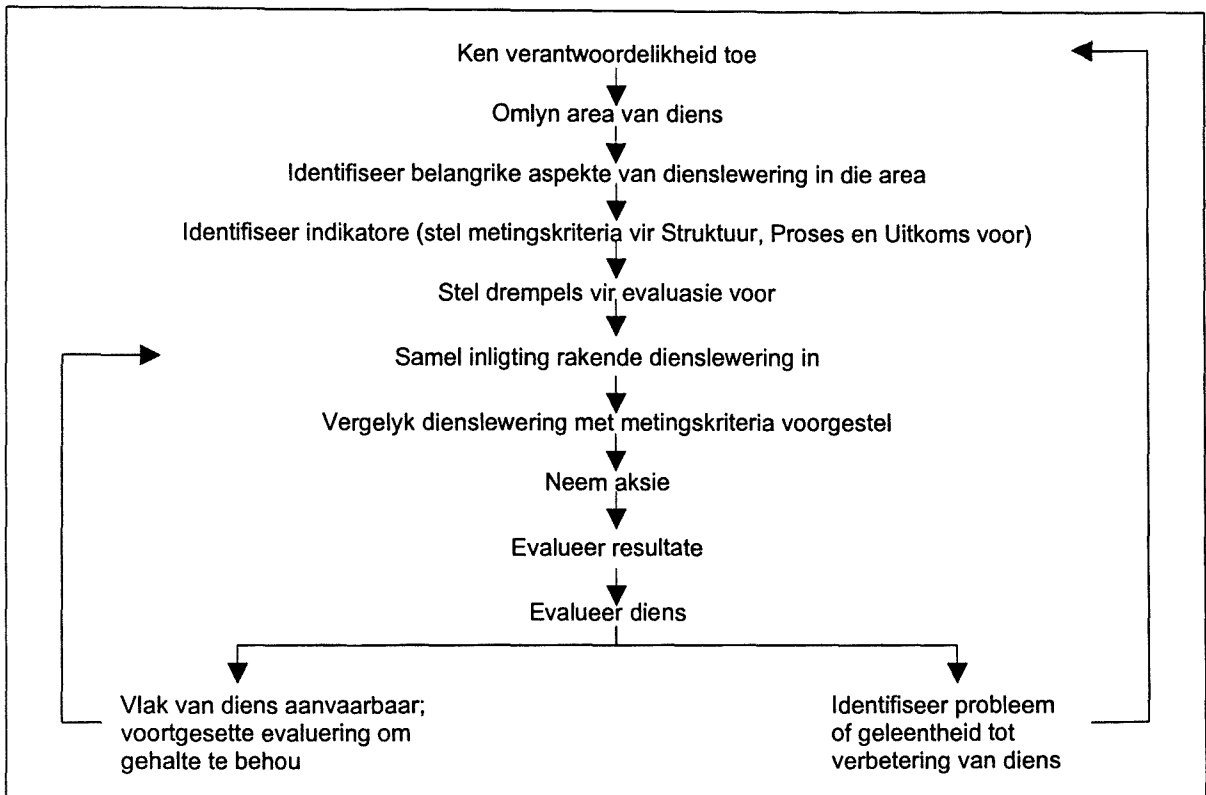
"Quality means: getting things right first time; have standards which can be monitored and evaluated; a way of working where everyone understands its purpose so that the service is both effective and efficient; and everyone is dealt with fairly and equitably. Paramount in quality and the delivery of a safe and effective service for staff and customers are: communication, efficiency and effectiveness, standards, training, information, skills mix and outcomes" (Crawford, *et al.*, 1993: 33).

Jacobs en Logigian (1994: 184,187) noem dat alhoewel Omvattende Gehaltebestuur as 'n bestuurstrategie eers onlangs in gesondheidsorg in Amerika in gebruik geneem is, word daar verwag dat elke area of departement wat 'n diens lewer die beginsels van gehaltebestuur moet toepas. Verslaggewing aangaande resultate van gehalteversekering moet gereeld deur die betrokke area of departement aan die bestuur voorgelê word. Die onderstaande tien stappe word deur Jacobs voorgestel vir die ontwikkeling van 'n gehalteversekeringsprogram in arbeidsterapie.



Figuur 2.14: Die proses van monitoring en evaluering van gehalteverbetering.
Bron: Jacobs & Logigian, 1994: 188.

Die navorser stel voor dat die stappe soos volg aangepas sal word om die sikliese aard van gehalteverbetering en gehalteversekering uit te beeld:



Figuur 2.15: 'n Aangepaste voorstel vir die monitering en evaluering van gehalteverbetering.

Die volgende vier aspekte speel 'n belangrike rol tydens die toepassing van Omvattende Gehaltebestuur in arbeidsterapie:

2.7.1 DIE ROL VAN DIE PASIËNT

"The views of the patient/client are now being considered to be vital for the setting of service standards" (McGeorge, 1994: 290). Volgens Cunningham (1991: 13), Roberts (1992: 5), Thompson en Sunol (1995: 139) en Grol en Lawrence (1995: 129) het die belangstelling in die meting van verbruikerstevredenheid op alle gebiede, insluitend gesondheidsorg, baie toegeneem. Aandag word toegespits op die oorsake vir tevredenheid wat veral rondom verwagtinge van pasiënte sentreer. Shaw (1992: 317) stel dit onomwonde dat die behoeftes van die verbruikers (kliënt of pasiënt) van gesondheidsdienste eerste gestel moet word as gehalteversekering ter sprake kom. Die betrokkenheid van pasiënte word egter nie net verlang om standarde voor te stel nie, maar ook om die gehalte dienste wat gelewer word te beoordeel. Die resultate van die beoordeling word weer gebruik om die standarde dienoreenkomstig aan te pas. Die gehalte van 'n diens kan met behulp van die standarde

aan pasiënte gekommunikeer word. Hierdeur word hulle outonomie verhoog deurdat hulle self kan besluit van watter diens hulle gebruik wil maak. Pasiënte stel al meer eise om inligting oor die gehalte van dienste te bekom en eis ook dat die inligting gepubliseer moet word (Mebius, 1999: 102).

Roberts (1992: 5) meld dat die tipe pasiënte wat deur arbeidsterapeute behandel word probleme kan skep tydens die bespreking om standarde voor te stel of evaluering van dienste te doen, byvoorbeeld pasiënte met hoofbeserings of pasiënte met geestesvertraagde ontwikkeling. Die navorser is egter van mening dat een van die sterkpunte van arbeidsterapeute hulle kennis en vaardigheid is om aanpassings te maak. Aanpassings word gemaak om deelname van pasiënte moontlik te maak, die aanpassings moet ook tydens besprekings gedoen word om die behoeftes van pasiënte rakende dienste volgens hulle vlak van funksionering te kan identifiseer of dienste te kan evalueer.

Die deelname van pasiënte aan die behandelingsproses is 'n kernbeginsel van alle arbeidsterapiebehandeling. Dit is egter nie die beginsel van deelname wat bevraagteken word nie, maar vrae soos:

- Tot watter mate word die opinie van die pasiënte oor die behandeling en hulle ervaring daarvan deur arbeidsterapeute versoek?
- Indien wel, hoe dikwels word arbeidsterapiebehandeling daarvolgens aangepas?
- Word die evaluering wat deur die pasiënt aangebied is in ag geneem wanneer standarde vir 'n arbeidsterapiediens gestel word?

2.7.2 DIE ROL VAN SENIOR LEDE VAN DIE PROFESSIE

Die leiers in die professie moet die leiding neem en hulleself daartoe verbind om gehalteversekering in arbeidsterapiedienste tot stand te bring, in stand te hou en metodes daar te stel waardeur die gehalte van dienste op 'n sistematiese wyse gemoniteer sal word (Packham, 1999: 279). Die Amerikaanse Arbeidsterapievereniging en die Kollege vir Arbeidsterapie in Engeland het reeds verskeie dokumente gepubliseer wat standarde in verskillende areas van arbeidsterapie-praktykvoering voorstel (Ellis & Whittington, 1993: 70). Daar word ook gemeld dat arbeidsterapieverenigings in lande soos Kanada en Australië reeds leiding geneem het om gehalteversekering in arbeidsterapie te inisieer (Rudman, *et al.*, 1997: 16).

Die Departement van Gesondheid in Nederland het in 1996 ongeveer R33 miljoen aan die Aanvullende Gesondheidsberoepe beskikbaar gestel vir 'n gehalteversekeringsprojek gedurende die periode 1997-2000. Die opdrag is om standaarde en metingskriteria vir die kliniese aktiwiteite van die onderskeie Aanvullende Gesondheidsberoepe te ontwikkel (Sluijs & Dekker, 1999: 344).

2.7.3 OPLEIDING

"Training is broadly accepted as an essential step in implementing quality assurance programs. One cannot expect quality assurance to develop unless health professionals are provided with the appropriate knowledge and tools" (Saturno, 1995: 119).

Opleiding in voorgraadse kursusse sowel as voortgesette onderrig aan gekwalifiseerde personeel aangaande die onderwerpe van voortgesette gehalteverbetering en gehalteversekering word benodig. Werkswinkels oor die onderwerpe word sedert ongeveer 1986 deur die Kollege vir Arbeidsterapeute in Engeland aangebied. Die tipe inligting wat aangebied word behels onder andere: (Ellis & Lorentzon, 1987: 234-235; Acheson, 1987: 247-248; Shaw, 1992: 317-318; Crawford, *et al.*, 1993: 33-34; College of Occupational Therapists, 1994: 328; College of Occupational Therapists, 1999: 261).

- Doel en tegnieke van gehalteverbetering en gehalteversekering.
- Die gehalteversekeringsiklus, met veral baie klem op die stel van standaarde en metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms.
- Die gebruik van bogenoemde inligting om die gehalte van kliniese werk te bevorder.

Dit blyk dat voortdurende invoere en voortgesette opleiding aangaande gehalteversekering aan kliniese personeel gebied moet word om gehalteversekering in kliniese werk te bevorder (DePoy, 1990: 415). Hierdeur kan probleme aangaande die gehalte dienste geïdentifiseer en reggestel word, wat weer direk lei tot 'n bevordering in gehalte dienste. Die metode van opleiding wat meer suksesvol blyk te wees, is 'n probleemoplossingsbenadering. Die deelnemers moet tydens die kursus geleentheid gebied word om die inligting oor gehalteversekering wat hulle ontvang prakties toe te pas (Saturno, 1995: 119; Dove, 1999: 277). Hierdeur sal die arbeidsterapeut se vaardigheid en houding oor gehalteverbetering bevorder word.

2.7.4 DIE ROL VAN DIE KUNDIGE

Erkenning word gegee aan die beginsel dat die kundiges in 'n gegewe kliniese area instrumenteel is in die opstel van standaarde (Ellis, 1987: 197; Roberts, 1992: 5; Wright & Whittington, 1992: 21; Jacobs & Logigian, 1994: 185). "By setting own standards for care,

practitioners can ensure that they are situation specific and can take into account the nature of the health care system in which they will be applied" (Duff, Harvey, Handa, Kitson, 1995: 144).

'n Interessante ontwikkeling in die nasionale gesondheidsdiensstelsel in Engeland wat die ontwikkeling van gehalteversekering, ook in arbeidsterapie, verhaas het, is die kwessie van die inkoop van verskillende gesondheidsdienste deur gesondheidsowerhede. Arbeidsterapie word dikwels as deel van 'n totale diens aangekoop. Die diens moet dus in totaal van 'n goeie gehalte wees om aangekoop te word.

Daar is egter ook arbeidsterapiedienste wat hulle eie bemerking behartig en op hulle eie aangekoop kan word ("stand-alone services"). Die gehalte van die dienste moet verseker kan word deur die standarde wat daarvoor gestel is. Ovretveit (1994: 317) stel dit soos volg: "Specifying and measuring quality is part of the process of improving quality and is essential for an occupational therapy service to enter a market and improve its competitive position".

Privatisering van gesondheidsdienste vind reeds toenemend in Suid-Afrika plaas en arbeidsterapiedienste is nie hiervan uitgesluit nie. Dit sal veral moontlik wees dat spesialiteitsdienste soos onder andere werkbepalingsprogramme volgens behoefte aangekoop kan word. Die gesondheidsowerhede en verbruikers wil egter verseker wees dat die diens wat aangekoop word van 'n hoogstaande gehalte sal wees. Die gehalte van dienste kan alleenlik verseker word indien standarde vir die dienste bestaan. Ovretveit beskou prys, kwantiteit en kwaliteit as die drie belangrikste elemente wat oorweeg word tydens die onderhandelinge om dienste aan te koop. Kwantiteit is redelik eenvoudig om te spesifiseer deur tyd of aantal gevalle te stel. Die prys kan ook redelik maklik bepaal word na gelang van wat dit die verskaffer sal kos om die diens te lewer plus 'n mate van wins. Kwaliteit is meer kompleks om te spesifiseer en gehalteversekering word hiervoor benodig. "A good quality system insures that those things that are essential to quality are specified and that performance is documented" (Ovretveit, 1994: 317).

Gehalteverbetering en gehalteversekering in arbeidsterapie is nog in 'n vroeë stadium van ontwikkeling, veral in Suid-Afrika waar geen inligting in dié verband nog gepubliseer is nie. Die twee onderwerpe moet egter veel meer aandag kry op alle gebiede van dienslewering deur die beroep. Roberts (1992: 4) stel die noodsaaklikheid van gehalteversekering in arbeidsterapie soos volg: "The occupational therapy profession must continue to set standards, examine processes and measure outcome in order to thrive as a profession and become a marketable resource. If it does not, the profession may have its standards set by others or, worse still, it may flounder entirely".

2.8 WERKREHABILITASIE

"Occupational rehabilitation is defined as the restoration of injured worker(s) to the fullest physical, psychological, social, vocational and economic usefulness of which they are capable, consistent with pre-injury status. It is a managed process aimed at maintaining injured or ill workers in or returning them to suitable employment. It involves early intervention with appropriate, adequate and timely services based on assessments of the injured worker's needs" (Work Cover Authority, 1993 a: 9).

Arbeidsterapeute word beskou as die kundiges om werkrehabilitasieprogramme aan kliënte te bied vanweë "knowledge of injury and illness, understanding psychological and social aspects of disability, knowledge of the rehabilitation system, and training in both task analysis and adaptation of the physical environment" (DeKraker, Lindstrom-Hazel, Cooper & Ambrosius, 1995: 124).

Alhoewel nie elke beseerde werker volle werkrehabilitasie sal benodig nie, is dit wel nodig om 'n bepaling van die persoon se werkvermoëns te doen om 'n behoefte aan werkrehabilitasie of stadia daarvan te identifiseer, al dan nie (Innes 1995: 148).

'n Interessante ontwikkeling in die veld van werkrehabilitasie is dat die tradisionele benadering waardeur kliënte ingeskakel word by bestaande vaste programme besig is om te verander. Die programme word al hoe meer as raamwerke gebruik en rehabilitasieprogramme word, met die raamwerke as agtergrond, deur die kliënt en arbeidsterapeut gebruik om 'n werkprogram vir die kliënt te ontwerp. Hierdeur word daar gepoog om kliënte sinvolle uitkomst as gevolg van werkrehabilitasie te laat ervaar. "Success is measured by the attainment of outcomes defined by the person - such as employment, self-efficiency, reasonable compensation, social connection, and the realization of personal goals and satisfaction - through the process of providing supports" (Gardner & Campella, 1995: 113).

Werkplekgebaseerde rehabilitasie word toenemend deur werknemers, werkgewers en arbeidsterapeute gesteun. Tydens dié programme neem werkers deel aan aangepaste werkprogramme wat met die oog op hulle behoeftes en bestaande vermoëns binne hulle werksituasies ontwerp word. Soos die uitsette van die kliënt se werkverrigting vorder, word vereistes opgradeer totdat die persoon se optimale herstel wat op daardie stadium moontlik is gerealiseer het. Die werkplekgebaseerde programme word in Australië hoog aangeskryf en die persentasie persone wat kan terugkeer na hulle vorige werk as gevolg hiervan wissel tussen 74% tot 98%. Daar word gemeld dat arbeidsterapeute in dié genoemde situasies 'n kernrol vervul ten opsigte van werkrehabilitasie (Innes, 1995: 150-151).

Dit is belangrik dat bo en behalwe die werkersrol, daar ook behandeling van alle ander rolle met betrekking tot die deelname aan die aktiwiteite van die daaglikse lewe aan kliënte gebied moet word. Die versorgers en/of familielede van die kliënt word ook van inligting voorsien om 'n bydrae tot die rehabilitasie van die kliënt te kan lewer. Die werkgewer behoort ook aktief betrek te word veral in dié aspekte wat tot die vervulling van die werkersrol kan lei.

Die integrasie van persone met gestremdhede in die arbeidsmark word deur die Verenigde Nasies in hulle beleidsdokument "Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities" wat in Desember 1994 verskyn het, soos volg aangespreek: "States recognise the principle that persons with disabilities must be empowered to exercise their human rights, particularly in the field of employment. Both in rural and urban areas they must have equal opportunities for productive and gainful employment in the labour market". Die "Disability Rights Charter of South Africa" wat in Desember 1992 verskyn het, eis in artikels 3 en 5 dat rehabilitasie van 'n hoë gehalte, en daarmee saam, geleenthede vir indiensneming van persone met gestremdhede, beskikbaar gestel moet word (Concerned Lawyers Group, 1992: 2).

Die Witskrif getitel "Integrated National Disability Strategy" is in November 1997 gepubliseer. Die Regering erken met die dokument dat die ontwikkeling en implementering van 'n nasionale Rehabilitasie-strategie 'n prioriteit is. Een van die doelstellings in die dokument is om ten opsigte van rehabilitasie 'n nasionale beleid, riglyne, asook minimum standaarde in sleutelareas daar te stel. Die Nasionale Indiensnemingstrategie en -beleid vir Gestremde Persone word as een van die sleutelareas uitgelig.

Die "Employment Equity Act, no 55 of 1998" lewer 'n verdere bydrae om gelyke werkgeleenthede vir persone met gestremdhede te bied. Die wetgewing verbied diskriminasie teen spesifieke groepe, naamlik swart mense, vroue en persone met gestremdhede.

Die Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste het in Maart 2000 'n voorstel aangaande die toekenning van ongeskiktheidstoelaes aan die Direkteur van Gesondheid, provinsie Wes-Kaap ingedien. Die voorstel behels dat mediese evaluasiepanele saamgestel sal word met die opdrag om:

- Mediese verslae van persone wat geskik bevind is vir die ope arbeidsmark te beoordeel.
- Eenvormige evaluasie- en klassifikasiekriteria vir die toekenning van ongeskiktheids-toelaes te ontwikkel.

Daar is voorgestel dat vyf mediese evaluasiepanele geskep sal word in die Wes-Kaap. Twee van die panele sal in die Metropooldistrik gesetel wees en die ander drie in die Suid-Kaap en Karoo, Boland-Overberg en die Weskus-Wynland streke. Twee van die panele sal as loodsprojekte in die volgende areas funksioneer:

- Suid-Kaap en Karoo (George, Oudtshoorn en Beaufort-Wes)
- Metropool (Wynberg, Mitchells Plain, Kaapstad)

Die mediese paneel sal uit die volgende persone bestaan:

- 'n mediese dokter wat as voorsitter sal optree
- 'n arbeidsterapeut
- 'n fisioterapeut
- 'n senior verpleegkundige met psigiatryse opleiding
- 'n afdelingshoof van 'n sosiale sekuriteitsafdeling.

Die panele sal die mediese verslae bestudeer van aansoekers vir ongeskiktheidstoelaes wat aan hulle voorgelê word. Hulle beskik oor die gesag om die besluite oor die toekenning van 'n ongeskiktheidstoelaag te steun of te wysig. Die paneel kan ook die aansoeker verwys om spesialis opinies te bekom om hulle besluite te ondersteun. Die arbeidsterapeut sal een van die spesialiste wees wat aan die paneel inligting oor 'n persoon se werkvermoëns kan voorsien. Die inligting sal bepalend wees in die besluit van die paneel om die aansoek om 'n ongeskiktheidspensioen goed te keur of nie (Department of Health and Social Services, Provincial Administration, Western Cape, 2000b).

'n Verdere ontwikkeling wat werkrehabilitasiedienste sal beïnvloed, is die aanbeveling in April 2000 van die munisipaliteitgebaseerde gesondheidsstelsel in die Wes-Kaap. 'n Belangrike voorstel in dié dokument is dat daar by elkeen van die 64 gemeenskapsgesondheidsentrums 'n pos vir 'n arbeidsterapeut of arbeidsterapie-assistent geskep sal word. Dit sal meebring dat arbeidsterapiedienste meer geredelik in plattelandse areas beskikbaar gestel sal word (Department of Health and Social Services, Provincial Administration, Western Cape, 2000a, 31-32).

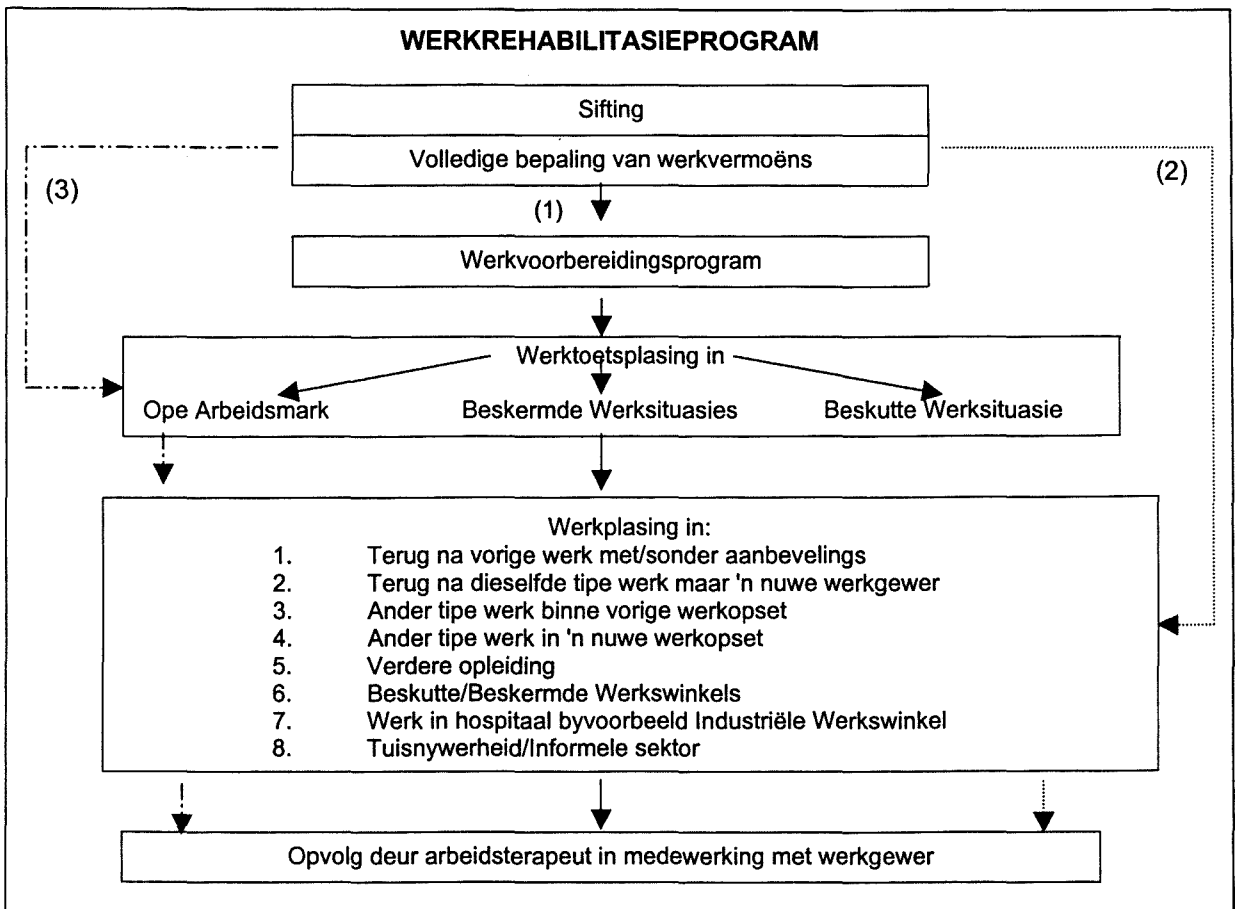
Tans word die meeste werkbepalingsareas in en om tersiêre hospitale in stedelike gebiede aangetref. Bogenoemde bepaling sal egter meebring dat daar ook op sentrale punte in die platteland werkbepalingsareas tot stand gebring word.

Daar word op grond van die voorafgaande aangeneem dat daar beide op internasionale en nasionale gebied erkenning gegee word aan werkrehabilitasie waardeur persone met gestremdhede geleenthede gebied moet word om as werkers te kan funksioneer.

2.8.1 'N RAAMWERK VIR 'N WERKREHABILITASIEPROGRAM

Verskeie raamwerke vir die proses van werkrehabilitasie word in arbeidsterapieliteratuur aangetref, maar die kernbegrippe blyk deurgaans dieselfde te wees. Jacobs (1985: 17) stel dit soos volg: "You will find that the formats differ, however, the skills and behaviours assessed remain fairly constant from assessment to assessment".

Die onderstaande raamwerk word deur die Departement Arbeidsterapie, Universiteit van Stellenbosch vir die onderrig van studente aangaande werkrehabilitasie gebruik. Die raamwerk vind aanklank by die Suid-Afrikaanse situasie.



Figuur 2.16: Voorstelling van 'n werkrehabilitasieprogram.
Bron: Departement Arbeidsterapie: Notas oor Werkrehabilitasie, 1991: 1.

Verskeie kombinasies van stadia is moontlik en die kliënt en arbeidsterapeut besluit saam op die kombinasies en verloop van die proses. Drie moontlike kombinasies word ter illustrasie op bogenoemde program aangedui:

- Kombinasie 1 = _____
- Kombinasie 2 =
- Kombinasie 3 = - . . - . . -

Die onderstaande dui kortliks aan wat elke stadium van die werkrehabilitasieprogram behels:

Sifting

Tydens sifting, wat meestal bestaan uit 'n onderhoud, werkgeskiedenis-inligting en moontlik kort toetse of deelname deur die kliënt aan aktiwiteite vir 'n kort tydsduurte, word beoog om 'n oorsigtelike beeld van 'n kliënt se werkpotensiaal te verkry. Indien 'n werkrehabilitasieprogram aangedui is, word die kliënt vir 'n volledige bepaling van werkvermoëns verwys.

Bepaling van werkvermoëns

Dit is veral dié stadium van bepaling wat van belang is, aangesien die bepaling sinligting die basis stel waarop alle ander aksies van die werkrehabilitasieproses gebaseer is. Tydens bepaling word die werkvermoëns van die kliënt bepaal en werkpotensiaal op grond van die bevindinge voorspel. Die bepaling vind plaas na aanleiding van die kliënt se uitvoering van werkmonsters, werktoetse, gesimuleerde werktake of werklike werk. Daar moet duidelike metingskriteria (standaarde) bestaan vir elkeen van die bepalingmetodes wat tydens bepaling uitgevoer word sodat die data wat die arbeidsterapeut na aanleiding van die kliënt se werkverrigting insamel daarmee vergelyk kan word. Die omvang en aard van probleme word na aanleiding van die vergelyking van die prestasie van die pasiënt met die gestelde metingskriteria bepaal (Simmons & Oland, 1992: 6; Oxley, 1992: 449).

Die kliënt kry reeds tydens die bepalingstadium terugvoer oor sy of haar werkverrigting wat 'n effek het op eiewaarde, selfbeeld en belangstellings (Stein, 1984: 115).

Veloza (1993: 207) is van mening dat, tesame met die bepaling van kliënte se werkvermoëns, daar ook op die bepaling van die werkomgewing (Struktuur) gefokus moet word.

Zeske (1995: 320) vat bepaling soos volg saam: "As with any solid treatment plan, the first step is to establish a sound baseline".

Beplanning vir die behandeling van werkvermoëns

Die finale bepalingverslag vorm die basis vir die beplanning van die kliënt se daaropvolgende behandeling. Die kliënt, arbeidsterapeut en werkgewer (indien beskikbaar) is primêr betrokke by die beplanning van lang-, hoof- en korttermyn doelstellings vir die kliënt se werkrehabilitasieprogram. 'n Plan van aksie word opgestel om die verloop van die behandeling aan te dui, asook wie wat, waar en wanneer doen.

Dit is baie belangrik dat die kliënt die plan van aksie aanvaar en intrinsiek gemotiveerd is om daarvolgens deel te neem aan die behandeling wat sal volg.

Uitvoering van behandeling om werkvermoëns te bevorder

Die hoofdoel tydens dié stadium is om die kliënt se werkvermoëns te optimaliseer in 'n arbeidsterapie werkvoorbereidingsarea of in die werklike werkomgewing. Werktake word deur die arbeidsterapeut ontleed, aangepas, en gegradeer tot die optimale vlak van funksionering wat ten opsigte van elke werkvermoë bereik is.

Tydens dié stadium moet voldoende oefengeleenthede aan kliënte gebied word om hulle werkvermoëns en vaardighede te verbeter of te ontwikkel en ander bestaande vaardighede in stand te hou. Die holistiese benadering tot die kliënt bring mee dat die werkerrol asook alle ander rolle wat vir die kliënt van belang is, aktief behandel sal word.

Werktoetsplasing

Werkers word vir periodes van drie maande in werklike werksituasies geplaas. Aangesien die periode as deel van die werkrehabilitasieprogram beskou word, ontvang hulle nie 'n vaste salaris nie. Die periode bied aan die werker die finale geleentheid om die vervulling van die werkerrol en ander relevante rolle met betrekking tot persoonlike handhawingsaktiwiteite in te oefen en te bemeester. Enige oorblywende probleme wat die kliënt mag ervaar en deur verslae van die werkgewer aangedui word, kan tydens dié periode in 'n veilige omgewing, sonder verlies van die werkgeleentheid, aangespreek word. Sukseservaring en positiewe terugvoer vanuit die werklike werkomgewing, bou selfvertroue op en beïnvloed die persoon se selfbeeld positief. Die werktoetsplasingseleentheid bied ook aan die kliënt 'n verwysingsbron wanneer hy aansoek doen om 'n betrekking.

Opleiding

Die arbeidsterapeut bied nie opleiding aan werkers nie, maar die kliënt word deur die arbeidsterapeut verwys na ander toepaslike bronne wat opleiding in verskillende werktipes bied.

Werkplasing

Die besluit oor watter werktipe geskik sou wees vir werkplasing van 'n kliënt word tydens werkvoorbereiding en/of werktoetsplasing en/of werkopleiding deur die arbeidsterapeut en werker saam besluit.

Die arbeidsterapeut evalueer maandelike werksituasies om te bepaal of die vereistes wat die werk stel en die vermoëns van die kliënt in ooreenstemming met mekaar is.

Die werkgewer en medewerkers moet voorberei word op die plasing van die werker in die gekose werkarea voordat die plasing 'n aanvang neem.

Opvolg

Die arbeidsterapeut, werker en werkgever besluit saam op die roetine en plek van opvolg. Die doel met die opvolg is om ondersteuning aan die werker te bied en 'n mate van kontrole oor sy of haar inskakeling in die werklike werksituasie te hê.

Die werkgever is op dié stadium 'n belangrike lid van die span en kan deur gereelde kontak met die arbeidsterapeut daartoe bydra dat probleme wat kliënte kan ervaar vroegtydig geïdentifiseer en hanteer kan word.

Die werkrehabilitasieproses soos hierbo bespreek, het ten doel die herstel, verbetering, bevordering en ontwikkeling van 'n kliënt se werkvermoëns ter vervulling van die werkerrol.

Werkvermoëns word in die literatuur op verskillende wyses uiteengesit. Die onderstaande uiteensetting van werkvermoëns is nog in gebruik, al is dit reeds in 1966 deur Lowes voorgestel:

- Werkgewoontes
 - persoonlike aanbieding
 - sosiale aanbieding
 - werkbevoegdheid
- Werkuithouvermoë
 - fisiese uithouvermoë
 - psigiese uithouvermoë
- Produksie
 - kwaliteit
 - kwantiteit
- Werkmotivering (Bylae D: Werkvermoëns).

Bron: Lowes, 1966.

2.8.2 ALGEMENE INLIGTING RAKENDE DIE STADIUM VAN "BEPALING"

Daar moet onderskei word tussen die terme "bepaling" en "evaluering". Bepaling verwys na die volle proses waartydens probleme geïdentifiseer en ondersoek word. Evaluering verwys na die situasie waar 'n spesifieke deel van die proses ondersoek word om te identifiseer tot watter mate 'n oplossing wat toegepas is, doeltreffend was al dan nie (Simmons & Oland, 1992: 11).

Tydens bepaling is die arbeidsterapeut en pasiënt daarop gefokus om die pasiënt se werkverrigting te bepaal en potensiaal vir werkverrigting te voorspel. Werkverrigting behels die gedrag van die pasiënt as werker en die gebruik van sy of haar kennis en vaardighede in die praktyk om die werktaak te verrig. Katz en Snow (1980: 13) stel voor bepaling "is to systematize the way the observations are to be sampled, recorded, accumulated and used. The performance assessment is a generalization based on the observation of an individual carrying out an activity".

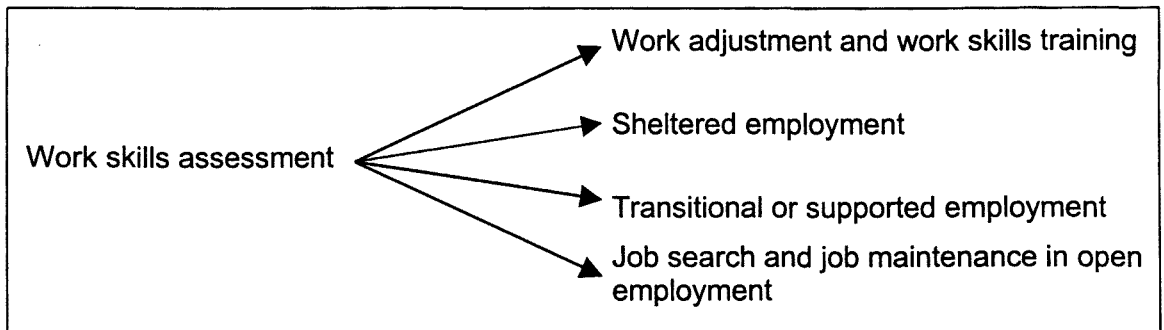
Terugvoer rakende bepalinginsligting kan vormend ("formative") of opsommend ("summative") van aard wees. Dit word deur Katz en Snow soos volg voorgestel:

	Formative (feedback purposes)	Summative (decision purposes)
Institutional level	Programme revision	Programme adoption
Individual level	Diagnosis of deficiencies Remedial action Self-evaluation	Selection Certification of ability Promotion

Figuur 2.17: Formaat vir terugvoer.
Bron: Katz & Snow, 1980: 15.

Dit word voorgestel deur Katz en Snow (1980: 16) dat deurlopende, vormende terugvoer aangaande werkverrigtinge vir die pasiënt van meer belang sal wees. Tydens dié tipe terugvoer word daar ook geïdentifiseer watter oefen- of leergeleenthede ten opsigte van optimale vervulling van die werkersrol aan die pasiënt gebied moet word.

Opsommende terugvoer word aan die einde van 'n periode verskaf en in die bepalingstadium verteenwoordig dit die finale verslag en die gevolgtrekking en aanbevelings wat hieruit spruit. Oxley (1995: 466) stel die aanbevelings wat na aanleiding van werkbepaling gedoen kan word soos volg voor:



Figuur 2.18: Uitkomst van werkbepaling.
Bron: Oxley, 1995: 466.

Daar word met bepaling beoog om profiele van die pasiënte se huidige werkvermoëns saam te stel (werkerprofiel) wat met die profiele van 'n spesifieke werktipe (vereistes van die werksituasie) vergelyk kan word. Die resultate van die vergelyking dui aan of die vermoëns van die pasiënte pas by die vereistes van die werk. Die bepaling van die werkerprofile moet holisties van aard wees en nie net aspekte ten opsigte van die werksituasie dek nie, maar ook die aspekte waardeur die pasiënte in staat sal wees om in hulle gemeenskap doeltreffend en effektief te kan funksioneer (Oxley, 1995: 466).

Daar word ook toenemend in die literatuur aanbeveel dat nie net werkvoorbereiding in werklike situasies moet plaasvind nie, maar dat bepaling van werkvermoëns ook in vooraf geselekteerde werkplekgebaseerde situasies moet plaasvind. "The workplace, and not a medical institution or the home, may be the most appropriate place to rehabilitate the majority of injured workers" (Work Cover Authority, 1993a: 9).

Die voordele van die benadering is volgens die navorser die volgende:

- (i) Dit is meer koste-effektief aangesien daar nie ekstra fasiliteite ingerig en apparaat aangekoop hoef te word nie.
- (ii) Pasiënte word blootgestel aan 'n werklike werksituasie reeds tydens bepaling en hulle werkverrigting word met die werklike, bestaande metingskriteria in die area vergelyk wat meer realistiese resultate tot gevolg kan hê.
- (iii) Professionele outonomie verhoog aangesien die arbeidsterapeut verantwoordelik is om 'n sinvolle, verantwoordbare diens aan pasiënte te lewer en terselfdertyd die diens aan werkgewers moet kan verduidelik om bepalingssituasies te bekom.
- (iv) Die beginsel van aktiewe gemeenskapsbetrokkenheid by gesondheidsorg word toegepas aangesien die werkgewer en medewerkers 'n aktiewe rol speel om die bepalingssituasie beskikbaar te stel en op 'n direkte of indirekte wyse betrokke is by die terugvoer aan pasiënte oor hulle werkverrigting.

Dit is belangrik om tydens bepaling ook die werkvaardighede te identifiseer waarvoor 'n pasiënt beskik en wat oorgedra of aangewend kan word in 'n ander tipe werk. Dié aspek word dikwels agterweë gelaat, onder andere as gevolg van beperkte kennis wat personeel oor bestaande werktipes het. Kettle (1995: 18) beskou die identifisering van oordraagbare werkvaardighede as een van die uitkomstes van bepaling.

'n Leemte wat oor die algemeen in werkbepalingsareas aangetref word, is dat arbeidsterapeute nie omvattende kennis dra van vereistes van verskillende werktipes nie. Die "Dictionary of Occupational Titles (DOT)" wat werktipes in redelike detail beskryf, word in die Amerikaanse opset gebruik en word beskou as die mees omvattende werktipe databasis ter wêreld. Die "Standard Occupational Classification (SOC)" is in Engeland beskikbaar (Kettle, 1995: 19). Dié tipe dokument behoort ook vir die Suid-Afrikaanse situasie opgestel te word en hierdeur kan soveel meer opsies gevind word waardeur vermoëns van kliënte met vereistes van werktipes gekorreleer kan word.

Daar is op internasionale en nasionale vlak aanduidings dat versekeringsmaatskappye en howe die waarde van 'n volledige bepaling van 'n pasiënt se werkvermoëns al hoe meer erken. "Insurance companies also are beginning to realize the benefits of vocational assessments and are beginning to request their solicitors to obtain such an assessment whenever there is doubt over the extent to which a injury has affected an individual's employability" (Kettle, 1995: 21). Versekeringsmaatskappye in Suid-Afrika het die afgelope vyf jaar verskeie arbeidsterapieposte geskep vir bogenoemde rede.

2.9 **BEPALING VAN WERKVERMOËNS EN GEHALTEVERSEKERING**

Dit blyk uit bestaande literatuur, asook uit die ondervinding van die navorser, dat die bepaling van 'n kliënt se werkvermoëns waarskynlik beskou kan word as die spil waarom die werkrehabilitasieproses draai. Dié diens wat tydens bepaling gelewer word moet van hoë gehalte wees om ekonomies, professioneel en sosio-polities verantwoordbaar te wees. Laasgenoemde drie faktore skep volgens Wright en Whittington (1992: 33) die behoefte vir die gehalteversekering van die dienste.

Die Amerikaanse Arbeidsterapievereniging het in Desember 1992 'n "Statement: Occupational Therapy Services in Work Practice" gepubliseer. Daar word aan die hand van breë riglyne in die dokument aangedui hoe dienste aangaande werkrehabilitasie aan persone met gestremdhede gelewer behoort te word. Daar word egter nie metingskriteria vir elke aspek van die diens aangedui nie (American Occupational Therapy Association, 1992: 1086-1088).

Kemp en Richardson (1995: i) stel dit onomwonde dat gehalte die belangrikste faktor in die lewering van gesondheidsdienste in die neëntigerjare is. Die bepaling van 'n pasiënt se werkvermoëns moet van hoë gehalte wees om as 'n sinvolle diens in gesondheidsorg erken te word. Die enigste manier om die gehalte van 'n diens te kan bepaal, is om dit met voorafgestelde (eksplisiete) standaarde te vergelyk. Dit bring die gehalteversekeringsiklus ter sprake, waardeur standaarde en kriteria vir dienste ontwikkel moet word.

Die struktuur van 'n werkbepalingsarea, hetsy in 'n Arbeidsterapie Departement, in die ope arbeidsmark of in 'n Beskutte of Beskernde Werkswinkel, bepaal die aard en die verloop van die bepalingproses van pasiënte se werkvermoëns wat uitgevoer word. Metingskriteria vir Struktuur en Proses kan direk 'n effek uitoefen op die gehalte diens wat gelewer word.

Uitkomstmetingskriteria word ook beïnvloed deur die voorafgaande. Dié metingskriteria kan egter meer realisties opgestel word indien Struktuur- en Prosesmetingskriteria bekend is. Indien nie, en daar slegs van Uitkomstmetingskriteria gebruik gemaak word, kan verwagtinge ten opsigte van gehalte gestel word wat nie realiseerbaar is nie.

Gehalteversekering van 'n diens vereis dat metingskriteria gestel sal word wat realisties, verstaanbaar, meetbaar en aanvaarbaar is. Indien die metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms van werkbepalingsareas beskikbaar is, kan die areas die gehalte van hulle dienste aan die hand van die metingskriteria self monitor. Die metingskriteria kan ook gebruik word om geskikte werkbepalingsareas in die ope arbeidsmark te identifiseer.

Die uiteindelige doelwit is dat die metingskriteria, wat na aanleiding van die navorsingsprojek saamgestel is, deur 'n akkrediteringsorganisasie soos C.O.H.S.A.S.A. erken en gebruik sal word as hulle op nasionale vlak die gehalte van dienste aangaande bepaling van werkvermoëns ondersoek.

Dit is met voorafgaande in gedagte dat daar beoog word om metingskriteria vir arbeidsterapie-werkbepalingsareas te ontwikkel. Die navorser stel voor dat die metingskriteria wat voorgestel word as generiese kriteria gebruik word. Aanpassing en/of byvoegings kan gemaak word in elke werkbepalingsarea afhangende van die pasiëntegroep, maar die generiese kriteria behoort as die minimum standaard beskou te word. Hierdeur kan gepoog word om te verseker dat alle bepalinge van werkvermoëns van pasiënte aan minimum standarde sal voldoen en dat 'n aanvaarbare gehalte diens dienooreenkomstig gelewer word.

Die beskikbaarheid van die generiese metingskriteria vir werkbepalingsareas sal aan arbeidsterapeute leiding gee om meer aktief betrokke te raak om standarde en kriteria saam te stel wat spesifiek en relevant vir hulle plaaslike omstandighede is. Dit sal daartoe bydra dat arbeidsterapeute betrokke raak by gehalteverbetering en gehalteversekering van arbeidsterapiedienste.

2.10 SAMEVATTING

Die doel van die literatuuroorsig was om te bepaal watter inligting oor gehalteversekering in gesondheidsdienste, en spesifiek gehalteversekering in arbeidsterapie, beskikbaar is. Die aspek waarop gefokus is met betrekking tot arbeidsterapie was gehalteversekering in werkrehabilitasie. Inligting rakende gehalteversekering en arbeidsterapiebehandeling is in Amerikaanse en Britse literatuur gevind en tot 'n mindere mate in Australiese en Kanadese bronne. Dié inligting beskryf, op enkele uitsonderings na, meestal riglyne waarvolgens en motiverings waarom gehalteversekering van arbeidsterapiedienste behoort te geskied.

Geen inligting oor standarde en kriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir die werkrehabilitasieproses of vir enige een van die stappe van dié proses kon in die literatuur opgespoor word nie.

Karen Jacobs, die redakteur van die joernaal "Work - A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation" het in Julie 1996 die volgende per e-pos geantwoord op 'n navraag van die navorser of sy bewus is van metingskriteria vir werkbepalingsareas: "As for other publications, I am unfamiliar with any on the topic you requested. You are describing what I would consider 'best practice' and in the US we have not developed any documents in the area of work or work assessments".

Gesien teen die agtergrond van die toenemende belangrikheid van gehalteversekering in gesondheidsdienste, is die navorser oortuig dat arbeidsterapeute in Suid-Afrika ook betrokke moet raak om hierdeur hul dienste professioneel, ekonomies en sosio-polities te kan verantwoord.

Die aanbod van werkrehabilitasieprogramme word erken as 'n area waar die arbeidsterapeut 'n spesialiteitsdiens lewer.

Daar word op nasionale vlak in Suid-Afrika erken dat persone met gestremdhede benadeel is in die verlede. Op grond hiervan is voorgestel dat daar aan dié persone geleenthede gebied moet word om rehabilitasie te ontvang en, waar toepaslik, om 'n werkersrol te vervul.

Indien die voorafgaande feite as korrek aanvaar word, is dit relevant dat standarde en kriteria vir die werkrehabilitasieproses ontwikkel word. Die bepaling van werkvermoëns van pasiënte word as die vertrekpunt vir werkrehabilitasie beskou, en op grond hiervan is besluit om metingskriteria vir die Struktuur, Proses en Uitkoms vir dié stap van bepaling te ontwikkel.

Die onderstaande word na aanleiding van die literatuuroorsig uitgelig en behoort as fokuspunte in oorweging geneem word met betrekking tot gehalteversekering van arbeidsterapiedienste.

2.10.1 GEHALTEVERSEKERING

Die bestudering van die inligting is veral van belang met verwysing na die kernelemente van die gehalteverbeteringsiklus, die rol van die verbruiker in die siklus, die proses om 'n produk van goeie gehalte te ontwikkel en standaardisasiebeginsels, om maar 'n paar uit te lig.

Daar word voortdurend in die literatuur oor gehalteversekering in gesondheidsdienste verwys na en erkenning gegee aan die prosesse en beginsels van gehalteversekering soos dit in die industrie gebruik word. Dié inligting behoort bestudeer te word deur enige persoon wat by gehalteversekering betrokke wil raak. Kennis van die basiese prosesse en beginsels dra daartoe by dat 'n meer omvattende begrip en oortuiging rondom gehalteversekering gevestig word.

2.10.2 STANDAARDE EN KRITERIA

Die ontwikkeling van standaarde en kriteria word in die literatuur beskryf as 'n realistiese beginpunt vir gehalteversekering van produkte of dienste. Die industrie vereis dat daar standaarde en kriteria moet bestaan vir elke stap in die vervaardiging van 'n produk of kommersiële diens.

Dit is egter nie moontlik of wenslik om vir elke stap van arbeidsterapiebehandeling spesifieke standaarde of kriteria te stel nie aangesien daar te veel veranderlikes met die behandeling van mense voorkom waarvoor aanpassing gemaak moet word. Die voorstel is dat generiese, minimum standaarde en kriterialyste vir arbeidsterapiedienste ontwikkel word. Hierdeur word die standaard ("benchmark") vir dié tipe diens gestel waarmee uitsette vergelyk kan word.

2.10.3 OMVATTENDE GEHALTEBESTUUR

Omvattende Gehaltebestuur, 'n konsep wat in die vervaardigingsektor ontstaan het, word toenemend in gesondheidsdienste gebruik. 'n Kultuur van gehalte word in 'n organisasie geskep en behou deur die verskillende komponente wat die Omvattende Gehaltebestuurproses uitmaak.

2.10.4 DIE PASIËNT AS VERBRUIKER EN EVALUEERDER VAN DIE DIENS

Besprekings in dié verband dui op die sentrale plek wat die pasiënt in gesondheidsdienslewering behoort te vul. Pasiënte moet bemagtig word om sinvolle besluite te kan neem aangaande die gesondheidsdienste wat hulle verlang. Hierdeur kan 'n essensiële arbeidsterapiebeginsel, naamlik "verkry die pasiënt se aktiewe deelname aan behandeling" met veel meer realisme toegepas word.

2.10.5 OUDITERING VAN KLINIESE DIENSTE

Verskeie hulpmiddels en hulpprosesse waarmee data aangaande dienslewering ingesamel en gekwantifiseer kan word, word in die literatuur beskryf. Die kwantifisering van arbeidsterapiedienste is moeilik, maar nie onmoontlik nie. Dit is egter noodsaaklik dat die bestaande hulpmiddels en hulpprosesse ondersoek sal word om te bepaal watter sinvol gebruik kan word om data aangaande arbeidsterapiedienslewering te ondervang. Die inligting wat ingewin is, word tydens dié proses van ouditering met die gestelde standaard vergelyk om te identifiseer waar daar aan standaard voldoen word al dan nie.

Arbeidsterapieliteratuur verwys in 'n beperkte mate na die proses van ouditering en dit dui op 'n leemte wat aangespreek behoort te word.

2.10.6 OPLEIDING

Die noodsaaklikheid van voortgesette opleiding van alle personeel in 'n organisasie wat betref gehaltebepaling, gehalteverbetering en gehalteversekering word baie sterk beklemtoon. Opleiding in alle komponente van die Omvattende Gehaltebestuursproses moet aan personeel op alle vlakke van die diens gebied word. Verskeie voorstelle vir opleidingsprogramme in dié verband word in die literatuur beskryf. Arbeidsterapie moet die voorstelle ondersoek met die doel om dié te identifiseer wat vir arbeidsterapeute toepaslik is.

2.10.7 KOMMUNIKASIE

Die literatuur toon aan dat kommunikasie 'n sleutelkomponent in die Omvattende Gehaltebestuursproses is. Die belang van kommunikasie met personeel en verbruikers om realistiese standaard vir dienste te stel word by herhaling aangeraak. Verskillende metodes van kommunikasie word bespreek, onder andere die Delphi-tegniek waardeur kliniese personeel die geleentheid gebied word om hulle sienings aangaande standaard vir dienste te kommunikeer en uiteindelik standaard en metingskriteria te bepaal.

Bestudering van die literatuur het verskeie beperkings ten opsigte van gehalteversekering van arbeidsterapiedienste uitgewys. Literatuur wat direk betrekking het op die onderwerp van die navorsingstudie was nie beskikbaar nie. Inligting oor onderwerpe wat verband hou met die navorsing, naamlik gehalteversekering in gesondheidsdienste en werkrehabilitasie, is bestudeer. Die inligting wat hiervolgens ingewin is vorm die agtergrond waarteen die projek uitgevoer word.

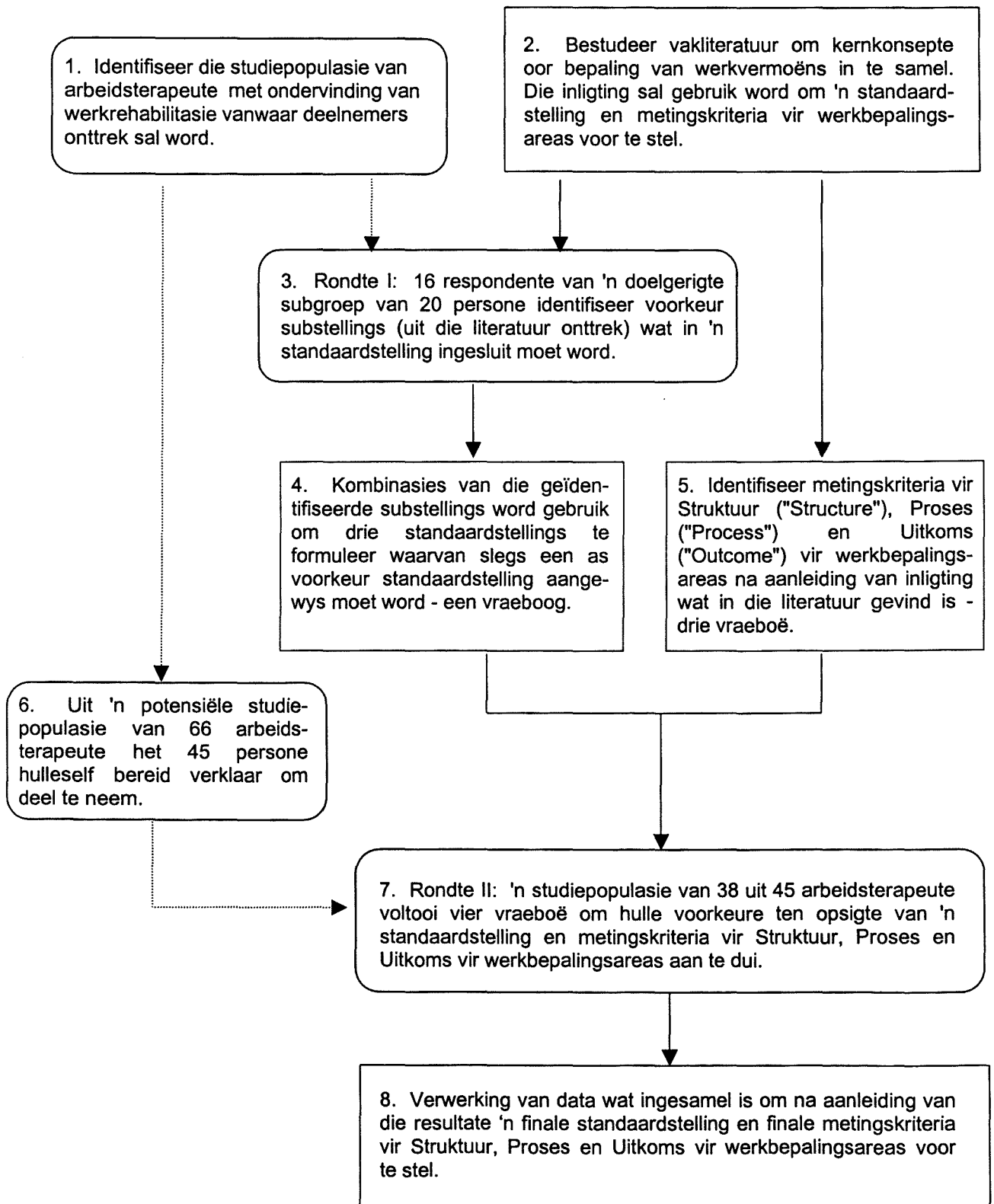
Daar is gepoog om in die hoofstuk 'n oorsig te gee oor die ontstaan en verloop van gehalteversekering in gesondheidsdienste. Teen die agtergrond is daar beskryf hoe en hoekom standaarde aan die hand van metingskriteria vir werkbepalingsareas daargestel moet word.

Hoofstuk 3 beskryf die verloop van die proses wat gevolg is ten einde 'n standaardstelling en metingskriteria vir 'n werkbepalingsarea te identifiseer.

HOOFSTUK 3

STUDIEMETODE, STUDIEPOPULASIE EN DATA-INSAMELING

DIAGRAMMATIESE VOORSTELLING VAN DIE PROSES VAN DATA-INSAMELING



3.1 STUDIE-ONTWERP

Die doel van die studie is om 'n standaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas voor te stel wat gebaseer is op die opinies wat arbeidsterapeute met ondervinding van werkrehabilitasie uitspreek. 'n Kwantitatiewe opname ("survey") is met behulp van vraeboë onderneem.

Die gebruik van vraeboë maak dit moontlik om inligting oor 'n wye geografiese area in te samel. 'n Groot aantal persone kan ook op dié wyse by die studie betrek word. 'n Nadeel van opnamestudies wat in die literatuur beskryf word, is die lae responskoers wat met die terugstuur van vraeboë gevind word. Dit is ook problematies om die redes vir non-respons te bepaal. Verskeie sydigthede kan in wetenskaplike opnames ("survey") voorkom wat die resultate en die veralgemening daarvan na die studiepopulasie kan beïnvloed. Deeglike beplanning word vereis om die ontstaan van veral die volgende twee sydigthede te beperk:

- Seleksiesydigheid wat kan ontstaan as gevolg van die tipe steekproeftrekkingmetodes wat gebruik word.
- Wegblyersydigheid wat die resultate op 'n sistematiese wyse kan beïnvloed. Die nie-respondente kan opinies hê wat sistematies van die opinies van die respondente kan verskil. Inligting oor die nie-respondente en die redes hoekom hulle nie gereespondeer het nie kan as gevolg van die anonimiteit van die voltooide vraeboë nie in die studie nagevors word nie.

Daar is beplan om 'n metode van paneelnavorsing (aangepaste Delphi-metode) te gebruik om data in te samel. Dié metode is gebruik om opinies aangaande die standaardstelling te bepaal. Die metingskriteria is nie met die metode van paneelnavorsing bepaal nie. Die redes hiervoor word onder afdeling 3.4.3 in hierdie hoofstuk gegee.

Die onderstaande beginsels van die Delphi-tegniek is gebruik om die opinies te bepaal wat deelnemers oor die standaardstelling het:

- Anonimiteit van deelnemers waardeur moontlike intimidasie en beïnvloeding uitgeskakel word.
- Gekontroleerde terugvoer deurdat rondte twee die terugvoer van rondte een aangaande die standaardstelling vervat.
- Kundige deelnemers lewer hulle opinies oor 'n spesifieke onderwerp.
- Konsensusbesluite word op 'n statisties aanvaarde vlak aangedui.
- 'n Statisties verantwoordbare groeprespons word verkry (Butterworth & Bishop, 1995: 25).

3.2 DIE POPULASIE

Die onderwerp “Werkrehabilitasie” word aan alle voorgraadse arbeidsterapiestudente aangebied. Sommige studente word ook die geleentheid gebied om beperkte ondervinding (ses tot sewe weke) met werkrehabilitasieprogramme op te doen tydens kliniese praktiese werk wat in die derde en vierde studiejaar verrig word. Daar kan dus aanvaar word dat alle arbeidsterapeute oor 'n basiese kennis van werkrehabilitasie beskik.

Gekwalifiseerde arbeidsterapeute werk egter in baie verskillende areas, wat elkeen 'n eiesoortige hoofokus het en verskillende tipes arbeidsterapiedienslewering vereis. Daar is 'n beperkte aantal werkrehabilitasie-areas in die land en hulle is verbonde aan sekondêre en/of tersiêre hospitale wat in of naby stedelike omgewings geleë is. Gevolglik is daar in verhouding tot die populasie van geregistreerde arbeidsterapeute in Suid-Afrika slegs 'n klein persentasie terapeute wat op 'n gegewe tydstip betrokke is by werkrehabilitasieprogramme en as kundiges op dié gebied beskou kan word. 'n Kundige word in die studie beskou as 'n arbeidsterapeut wat vir minstens een jaar en langer betrokke is by werkrehabilitasieprogramme van pasiënte.

3.2.1 INSLUITINGSKRITERIA

Die populasie van belang vir die studie is geïdentifiseer met behulp van die volgende twee insluitingskriteria:

- Arbeidsterapeute wat in Junie 1996 betrokke was by werkrehabilitasieprogramme in Suid-Afrika.
- Arbeidsterapeute wat een jaar en langer ondervinding met werkrehabilitasieprogramme gehad het.

Vir insluiting by die studiepopulasie moes aan beide insluitingskriteria voldoen word.

3.2.2 DIE IDENTIFISERING VAN DIE STUDIEPOPULASIE

Vier en twintig arbeidsterapeute in senior posisies (sestien Beheerarbeidsterapeute verbonde aan publieke sektor hospitale vanuit die nege provinsies en agt hoofde van die arbeidsterapie-opleidingsentra) is versoek om name, adresse en telefoonnommers te verskaf van alle arbeidsterapeute wat in Junie 1996 in die onderskeie omgewings by werkrehabilitasieprogramme betrokke was.

'n Brief om die doel van die studie te verduidelik, 'n geadresseerde, gefrankeerde koevert en 'n vorm waarop die inligting wat versoek is aangeteken moes word, is aan elkeen van die bogenoemde persone gestuur. Hierdeur is gepoog om die studiepopulasie te identifiseer (Bylae E).

Daar is 78% (19/24) voltooide vorms ontvang met inligting oor 66 arbeidsterapeute wat aan beide die insluitingskriteria voldoen het. Die vyf nie-respondente was almal woonagtig in omgewings waarvandaan kandidate vir insluiting by die studie reeds deur die ander respondente geïdentifiseer is.

Die verspreiding van die populasie arbeidsterapeute met ondervinding van werkrehabilitasie-programme wat gekwalifiseer het vir insluiting by die projek word in Tabel 3.1 aangedui. Teen Junie 1996 het daar in slegs vier van die nege provinsies arbeidsterapeute in werkrehabilitasie-areas gewerk.

Tabel 3.1 Verspreiding van arbeidsterapeute met werkrehabilitasie-ondervinding in Junie 1996 in Suid-Afrika.

Provinsie	Arbeidsterapeute wat kwalifiseer vir insluiting by die studie
Wes-Kaap	20
Oranje-Vrystaat	18
Kwazulu-Natal	11
Suid-Gauteng	9
Noord-Gauteng	8
Mpumalanga	0
Noordelike Provinsie	0
Noord-Kaap	0
Oos-Kaap	0
Noord-Wes	0
TOTAAL	66

3.3 STUDIEPOPULASIE

Tydens die uitvoering van die projek was daar by twee geleenthede groepe geselekteer vanuit die populasie van arbeidsterapeute wat aan beide die insluitingskriteria voldoen het.

Die kenmerkende eienskappe van die bogenoemde populasie is as volg:

- Vier jaar voorgraadse arbeidsterapie-opleiding.
- Afkomstig uit verskillende kulturele groepe.
- Slegs vroulike arbeidsterapeute.
- Minimum een jaar voltydse ondervinding met werkrehabilitasieprogramme.
- Was aktief betrokke by werkrehabilitasieprogramme in Junie 1996.
- Behandel kliënte waar ongeveer 75% vanuit die laer sosio-ekonomiese- en opvoedingsvlakke afkomstig is.

3.3.1 'N DOELGERIGTE SUBGROEP OM OPINIES OOR FORMULERING VAN 'N STANDAARDSTELLING IN TE WIN

Daar is besluit om vir die eerste rondte van vraeboë 'n nie-waarskynlikheid-steekproeftrekkingmetode naamlik die doelgerigte metode ("purposive sampling") te gebruik. Volgens dié metode selekteer die navorser 'n groep persone uit die studiepopulasie wat as doelgerigte subgroep gebruik sal word. Die navorser moet kontroleer dat die doelgerigte subgroep as verteenwoordigend van die studiepopulasie beskou kan word deurdat hulle dieselfde kenmerkende eienskappe as die studiepopulasie toon.

'n Groep van 20 arbeidsterapeute wat aan die insluitingskriteria voldoen het, en as verteenwoordigend van die populasie beskou word, is volgens dié metode deur die navorser geïdentifiseer as die doelgerigte subgroep vir die eerste rondte. Die persone het almal in die Metropool streek van die Wes-Kaap gewerk.

Die onderstaande oorwegings het bygedra tot die besluit om dié doelgerigte subgroep te selekteer:

- Dertig persent (30%) van die arbeidsterapeute wat aan die insluitingskriteria voldoen het, het in Junie 1996 in werkrehabilitasie-areas in die Wes-Kaap gewerk.
- Die navorser kon deur middel van gestruktureerde onderhoude die persone motiveer tot deelname en die metode van voltooiing van die eerste vraeboog aan hulle verduidelik.
- Resultate van die eerste vraeboog om verkose substellings wat by die standaardstelling ingesluit moet word te identifiseer, kon binne 'n kort tydsverloop verkry word.

Twee van die 20 persone van die doelgerigte subgroep was nie beskikbaar om deel te neem nie as gevolg van verlof en kraamverlof. Twee persone het nie op telefoniese kontak gereageer nie. Teen die keerdatum is 16 voltooide vraeboë ontvang. Vier van die 16 vraeboë kon nie gebruik word nie as gevolg van die "halo" effek wat in die vraeboë voorgekom het. "Halo effects are seen when ratings are requested of various aspects of an

object and one characteristic affects the ratings of other characteristics" (Oyster, Hanten & Llorens, 1987: 125). Die substellings wat die oorblywende 12 respondente verkies het, is gebruik om drie voorstelle vir standaardstellings te formuleer wat in die volgende rondte beoordeel moet word.

Gedienstigheidsydigheid kan as gevolg van die persoonlike kontak tydens onderhoude ontstaan. Die navorser het twee maatreëls getref om dié sydigheid aan te spreek:

- Die belang van 'n eie, eerlike opinie met die voltooiing van die vraeboog is tydens die onderhoud sterk beklemtoon.
- Die voltooide vraeboë is anoniem in geadresseerde, gefrankeerde koeverte teruggestuur.

3.3.2 'N STUDIEGROEP OM 'N VOORKEURSTANDAARDSTELLING EN METINGSKRITERIA TE IDENTIFISEER

Daar is oorweeg om 'n waarskynlikheidsteekproeftrekkingmetode, naamlik trossteekproeftrekking, vir die volgende rondte van vraeboë te gebruik aangesien die populasie oor 'n wye area (Suid-Afrika) aangetref word. Die nege provinsies is elkeen as 'n tros geïdentifiseer. Die metode moes egter aangepas word aangesien die populasie uit slegs 66 arbeidsterapeute bestaan het wat in Junie 1996 in werkrehabilitasie-areas in Suid-Afrika gewerk het. Die persone was ook in net vier van die nege provinsies werksaam soos in Tabel 3.1 aangedui. Volgens Leedy (1997: 211) moet die hele populasie by 'n studie betrek word indien die populasie uit minder as 'n 100 persone bestaan.

Daar is gevolglik besluit om al 66 arbeidsterapeute uit te nooi om deel te neem aan die studie. 'n Brief (Bylae F) waarin die doel en verloop van die projek uiteengesit is, is aan elkeen gestuur. 'n Gedrukte vorm (Bylae G) waarop hulle hulle instemming om deel te neem moes aandui asook eie ondervinding in werkrehabilitasie moes bevestig het, is by elke brief ingesluit. 'n Geadresseerde, gefrankeerde koevert is aan elke persoon voorsien.

Vyf-en-veertig (68%) arbeidsterapeute van die populasie van 66 het ingestem om deel te neem aan die studie. Die 21 nie-respondente (32%) is na die verstryking van die keurdatum van 31 Julie 1996 telefonies opgevolg. Dertien van die persone kon nie met behulp van die telefoonnommers wat voorsien is opgespoor word nie. Vier van die oorblywende agt persone was weg met vakansie; een persoon was met kraamverlof en een het vertrek om oorsee te gaan werk. Die oorblywende twee persone het nie op die telefoniese kontak wat met hulle gemaak is gereageer nie.

Ten spyte van maatreëls wat getref is ('n motiveringsbrief waarin die doel en verloop van studie uiteengesit is en telefoniese opvolg) om wegblyerssydigheid uit te skakel, is daar nogtans 32% van die populasie wat nie gerespondeer het nie. Dit is waarskynlik dat die nie-respondente die resultate wat verkry is kon bevestig of teenstellend kon beïnvloed.

Na aanleiding van die wyse waarop die studiepopulasie van 45 persone verkry is, kan die teenwoordigheid van vrywilligerssydigheid nie buite rekening gelaat word nie. Die teenargument hieromtrent is dat die 45 persone uit 'n poel van kundige arbeidsterapeute afkomstig is en dus nie in die ware sin as "vrywilligers" geklassifiseer word nie. Dit word dus beskou as 'n selfgeselekteerde studiepopulasie. Die verspreiding van dié studiepopulasie word in Tabel 3.2 aangedui.

Tabel 3.2 Verspreiding van studiepopulasie.

Provinsie	Verspreiding van arbeidsterapeute wat ingestem het om deel te neem aan die studie	Verspreiding van arbeidsterapeute wat kwalifiseer vir insluiting by die studie
Wes-Kaap	22 *	20
Oranje-Vrystaat	11	18
Kwazulu Natal	3	11
Suid-Gauteng	6	9
Noord-Gauteng	3	8
Mpumalanga	0	0
Noordelike Provinsie	0	0
Noord-Kaap	0	0
Oos-Kaap	0	0
Noord-Wes	0	0
TOTAAL	45	66

*'n Moontlike verklaring vir die hoër getal is migrasie/verhuising van persone.

3.4 VRAEBOË

Vraeboë is gebruik om die menings van arbeidsterapeute (met ondervinding van werkrehabilitasie) ten opsigte van 'n voorkeurstandaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas te bepaal.

Die "vrae" op die vraeboë is as enkelbegripstellings geformuleer en is positief gestel. Die terminologie wat in die vraeboë gebruik is hou verband met werkrehabilitasie. Die deelnemers is dus nie met vreemde begrippe gekonfronteer nie.

Die resultate wat met behulp van die vraeboë bekom word, kan op verskeie wyses statisties verwerk word.

'n Nadeel van die metode van "geslote vrae" (stellings) met geordende keuse-antwoorde is dat belangrike inligting aangaande die onderwerp uitgelaat kan word. Deelnemers is versoek om in die spasies wat aan die einde van elke onderafdeling op die vraeboë gelaat is, aan te dui watter inligting bygevoeg behoort te word. Misverstande wat as gevolg van onduidelikheid van die instruksies ontstaan kon respondente negatief beïnvloed of onseker gelaat het ten opsigte van die voltooiing van die vraeboë.

Anonieme vraeboë is met elke rondte gebruik om die respondente die geleentheid te bied om sonder voorbehoud en beïnvloeding die vraeboë te voltooi.

Om standaardisasie binne die klein groep van medewerkers (die paneel kundiges) te bewerkstellig, is die vraeboë slegs in Engels opgestel. Al die vraeboë is voordat dit uitgestuur is aan 'n Engelstalige arbeidsterapeut voorgelê om aan te dui of die instruksies duidelik en verstaanbaar is, asook kommentaar te lewer op die sinskonstruksie en taalgebruik in die stellings. Veranderinge is aangebring na aanleiding van die terugvoer.

Briewe om die doel en verloop van die navorsingsprojek te verduidelik en persone tot deelname te motiveer is saam met die vraeboë aan die deelnemers in albei rondtes gepos. Die vraeboë en instruksies is op verskillende kleure papier gedruk om sodoende tussen die vraeboë en instruksievorms te onderskei. Geadresseerde, gefrankeerde koeverte is met elke rondte aan deelnemers voorsien.

Die navorser het die datum waarop voltooides vraeboë terugontvang is op die vraeboë aangeteken. Sodoende kon daar deurlopend bepaal word hoeveel vraeboë op elke stadium van die studie teruggestuur is.

3.4.1 INHOUDSGELDIGHEID

Daar is gepoog om die inhoudsgeldigheid van die vraeboë te verseker deur konsepte wat met werkbepaling verband hou uit die literatuur te onttrek en die konstrukt "Werkbepaling" te definieër. Die opinies van kundige arbeidsterapeute oor konsepte wat verband hou met werkbepaling, bo en behalwe dié wat in die literatuur gevind is, is ook versoek om sodoende tot die inhoudsgeldigheid van die vraeboë by te dra. Beide is erkende metodes wat bydra tot

inhoudsgeldigheid (Leedy, 1997: 32). Indien geen verdere voorstelle van konsepte deur die kundige arbeidsterapeute voorgestel word nie sal die inhoudsgeldigheid van die vraeboë aanvaar kan word.

Die resultate wat na aanleiding van die vraeboë bekom is, sal gebruik word om 'n metingsinstrument saam te stel waarmee die gehalte diens in werkbepalingsareas bepaal kan word. Die metingsinstrument wat bestaan uit die verkose standaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas moet inhoudsgeldigheid hê om te meet wat dit veronderstel is om te meet, naamlik die gehalte dienslewering in werkbepalingsareas. Die metingskriteria wat die metingsinstrument uitmaak voorsien die inhoud waarteen die gehalte van Struktuur, Proses en Uitkoms van werkbepalingsareas gemeet kan word. Dit sal ook vir akkreditering van werkbepalingsareas gebruik kan word.

3.4.2 DIE BEOORDELINGSKAAL

Deelnemers het hulle voorkeure ten opsigte van die standaardstellings en metingskriteria vir werkbepalingsareas op 'n vierpuntskaal aangedui.

Dit is die navorser se oortuiging dat die voorgestelde vierpuntskaal voldoende is om die mening van respondente te peil. Te lang skale kan aanleiding gee tot onnodige variasie en/of veroorsaak dat die respondente gewoonlik in die middel of aan die twee eindpunte merk. Die relatiewe kort ordinale skaal (slegs vier vlakke) word sterk ondersteun deur 'n statistikus, dr. T. vanWÿk-Kotze (persoonlike gesprek, Mei 1996). Die kort ordinale skaal help ook met die maklike interpretasie van die resultate.

Die substellings rakende die standaardstelling en die metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms is positief gestel. Die deelnemers is met elke beoordeling versoek om volgens die onderstaande skaal aan te dui tot watter mate hulle met die substellings en metingskriteria saamstem of verskil.

- Stem sterk saam ("Agree strongly – AS")
- Stem saam ("Agree – A")
- Stem nie saam nie ("Disagree – D")
- Stem sterk nie saam nie ("Disagree strongly – DS")

Die besluit om geformuleerde stellings en vier antwoordkeuses in die vraeboë te gebruik is geneem om die mate van konsensus wat bestaan kwantitatief te kon voorstel. Response wat met die metode ingesamel word, leen hulleself daartoe om volgens verskeie statistiese metodes verwerk te word.

3.4.3 VRAEBOË OM 'N VOORKEURSTANDAARDSTELLING TE BEPAAL - RONDTE EEN

Die identifisering van die standaardstelling vir werkbepalingsareas is met behulp van twee rondtes vraeboë volgens 'n gewysigde Delphi-metode bepaal. Die doel van die eerste rondte was om voorkeursubstellings vir insluiting by die standaardstelling te identifiseer. Die doel met die tweede rondte was om 'n standaardstelling (wat uit rondte een se voorkeursubstellings saamgestel is) te kies. 'n Hoë mate van konsensus wat in die tweede rondte ten opsigte van 'n voorkeurstandaardstelling verkry is het 'n derde rondte vraeboë uitgeskakel.

'n Standaardstelling word gedefinieer as 'n stelling wat in breë trekke aandui wat die verlangde vlak van optrede in 'n gegewe situasie en/of teenoor 'n spesifieke groep persone behoort te wees. Die aanvaarbare en bereikbare (haalbare) vlak van dienslewering of sorg word hierdeur aangedui. Die oorkoepelende standaardstelling dien as maatstaf waarteen die vlak van dienslewering in 'n gegewe situasie gemeet kan word.

Die literatuur wat handel oor standaardstellings in gesondheidsdienste is bestudeer. Dit het geblyk dat alvorens 'n standaardstelling geformuleer kan word, 'n spesifieke veld of gebied van dienslewering afgebaken moet word. Die aktiwiteite wat in die afgebakende veld verrig moet word moet vervolgens geïdentifiseer en geprioritiseer word. Die uitvoering van die voorafgaande stappe dra daartoe by dat 'n sinvolle standaardstelling vir 'n diens geformuleer kan word.

Die navorser het die literatuur oor werkrehabilitasie, meer spesifiek ten opsigte van die proses van werkbepaling, bestudeer. Hierdeur is gepoog om al die aktiwiteite wat tydens werkbepaling plaasvind te identifiseer en op 'n lys aan te teken.

Vervolgens is 'n verkorte lys van 13 kernaktiwiteite wat tydens werkbepaling uitgevoer word uit die lys saamgestel. Die kernaktiwiteite is as substellings geformuleer en in 'n vraeboog tydens die eerste rondte aan 'n doelgerigte subgroep van 20 arbeidsterapeute met ondervinding van werkrehabilitasie oorhandig. Die deelnemers is versoek om hulle voorkeure vir die substellings wat ingesluit moet word by die standaardstelling op 'n vierpuntskaal aan te dui.

Elke deelnemer het saam met die vraeboog waarop die 13 substellings verskyn het (Bylae H) 'n instruksieblad ontvang wat aangedui het hoe die vraeboog voltooi moet word (Bylae I) asook 'n voorbeeld van 'n voltooide standaardstelling (Bylae J).

Die vraeboë is anoniem voltooi en deelnemers is genooi om addisionele voorstelle oor substellings aan te teken in die oop spasie wat op die vraeboog hiervoor gelaat is.

Die inligting wat met die rondte ingewin is, is verwerk om te bepaal watter substellings die grootste mate van voorkeur geniet het en dus sal kwalifiseer om by die standaardstelling ingesluit te word.

Drie voorstelle van standaardstellings is na aanleiding van die verkose substellings geformuleer. 'n Vraeboog bestaande uit die drie voorgestelde standaardstellings asook die substellings waaruit elkeen opgebou is, is met die tweede rondte vraeboë aan 45 deelnemers geops (Bylae K). Hulle is versoek om hulle voorkeure ten opsigte van 'n standaardstelling en die verbandhoudende substellings op 'n vierpuntskaal aan te dui. 'n Finale voorkeurstandaardstelling is opgestel na aanleiding van die resultate wat met die vraeboog verkry is (Bylae L).

3.4.4 VRAEBOË OM VOORKEUR METINGSKRITERIA VIR STRUKTUUR, PROSES EN UITKOMS TE IDENTIFISEER - RONDTE II

Die model vir gehalteversekering van dienste soos deur Donabedian voorgestel, is as uitgangspunt geneem. Die model stel voor dat metingskriteria opgestel moet word wat aandui:

- wat in die struktuur beskikbaar moet wees
- watter aktiwiteite tydens die proses uitgevoer moet word
- waarvolgens die uitkomsresultate beoordeel moet word.

'n Kenmerkende eienskap van metingskriteria is dat dit alle aksies wat uitgevoer moet word in meetbare terme aandui.

Daar is 'n direkte verband tussen 'n standaardstelling en die metingskriteria wat voorgestel word. Indien die aktiwiteite vir 'n diens volgens die standarde voorgestel in die metingskriteria uitgevoer word, sal die standaardstelling tot uitvoer gebring word en die lewering van 'n hoë gehalte diens of produk verseker word.

Literatuur oor werkrehabilitasie met klem op werkbepaling is bestudeer. Die essensiële aktiwiteite is onttrek wat met betrekking tot Struktuur, Proses en Uitkoms in werkbepalingsareas moet plaasvind. Inligting oor die aktiwiteite wat ingewin is, is as metingskriteria geformuleer en volgens die drie afdelings (Struktuur, Proses en Uitkoms) geklassifiseer. Hiervolgens is 'n kriterialys vir elke onderafdeling saamgestel.

Die volgende stap wat die navorser uitgevoer het, was om te bepaal of elkeen van die bogenoemde metingskriteria aan die onderstaande "R.U.M.B.A."-beginsels voldoen (Society for Hospital Social Work Directors, 1981: 27):

- "Relevant" – kriteria moet aksies of situasies aandui wat relevant tot die onderwerp van die standaardstelling is.
- "Understandable" – die kriteria moet slegs een gedagte bevat wat nie misinterpreteer kan word nie.
- "Measureable" – kriteria moet meetbaar en spesifiek gestel wees en gerig wees op die bereiking van die standaardstelling.
- "Behaviourally stated" – kriteria moet duidelik aandui wat gedoen moet word.
- "Achievable" – alle kriteria moet binne die gegewe situasie of onderwerp bereikbaar en uitvoerbaar wees.

3.5 DIE PROSES VAN DATA-INSAMELING TYDENS RONDTE II

Die studiepopulasie is versoek om vier stelle vraeboë tydens rondte twee te voltooi:

- Een vraeboog om uit drie voorgestelde standaardstellings 'n voorkeurstandaardstelling vir 'n werkbepalingsarea te bepaal (Bylae K).
- Drie vraeboë om voorkeurmetingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir 'n werkbepalingsarea te bepaal (Bylae N, Bylae O, Bylae P).

Die onderstaande inligting is saam met die bogenoemde vraeboë aan die 45 deelnemers geapos:

- Instruksieblad om Bylae N, Bylae O, Bylae P te voltooi (Bylae M).
- 'n Brief wat die doel van die studie verduidelik en deelnemers gemotiveer het om die vier vraeboë te voltooi en terug te stuur (Bylae Q).
- 'n Inligtingstuk wat die konsep gehalteversekering verduidelik en aangedui het waar die resultate van die studie in die gehalteversekeringsiklus inpas (Bylae R).

Vier weke is toegelaat vir die voltooiing van die vier vraeboë. Twintig (44%) voltooides vraeboë is teen die sperdatum ontvang. Telefoniese opvolg van al 45 deelnemers is gedoen aangesien die vraeboë anoniem voltooi is. 'n Verdere 18 (40%) vraeboë is hierna ontvang. Sewe van die deelnemers het nie op die telefoniese opvolg gereageer nie.

Data vir die verwerking van die resultate is onttrek uit die vraeboë wat deur 38 persone uit 'n studiepopulasie van 45 voltooi is. Die deelname-koers is 84.4%.

Die verspreiding van die 38 deelnemers oor die vier provinsies kan nie volledig aangetoon word nie as gevolg van die vraeboë wat anoniem voltooi is. Die onleesbaarheid van 15 van die 38 posstempels bring mee dat die identifikasie van die respondente ook nie volgens dié metode gedoen kan word nie. Die redes hoekom die sewe persone nie die vraeboë voltooi het nie kan dus nie bepaal word nie.

Tabel 3.3 Verspreiding van respondente.

Provinsie	Populasie	Studiepopulasie	Verspreiding van respondente
Wes-Kaap	20	22	12
Oranje-Vrystaat	18	11	4
Kwazulu Natal	11	3	0
Suid-Gauteng	9	6	4
Noord-Gauteng	8	3	3
Mpumalanga	0	0	0
Noordelike Provinsie	0	0	0
Noord-Kaap	0	0	0
Oos-Kaap	0	0	0
Noord-Wes	0	0	0
*Onbekend			15
TOTAAL	66	45	38

*Die verspreiding van 15 respondente kan nie aangedui word nie.

Die feit dat 7 persone uit 'n studiepopulasie van 45 nie deelgeneem het nie dui daarop dat wegblyerssydigheid in die studie voorgekom het. Die effek hiervan kan wees dat indien die nie-respondente se opinies wesenlik van die respondente s'n sou verskil, die resultate negatief beïnvloed sal word. Die teenargument is egter ook geldig en indien hulle opinies in lyn met dié van die respondente is, kan die resultate wat bevind is bevestig word.

3.6 STATISTIESE METODEDES

Die statistiese analise is gedoen deur dr. T. vanWÿk-Kotze van die Sentrum vir Statistiese Dienste op Stellenbosch.

In die ontleding van die resultate is daar sterk gesteun op 'n logiese benadering en sover as moontlik gebruik gemaak van grafiese metodes en beskrywende statistieke.

'n Probleem wat egter die resultate betreffende die standaardstelling oorheers, is die probleem van non-respons ten opsigte van substellings en dat respondente sommige vrae misverstaan het. Daar is sover moontlik gekompenseer vir hierdie verstrengelende faktore deur gebruik te maak van konserwatiewe en robuuste statistiese metodes.

Robuuste metodes word nie erg beïnvloed deur ongewone datapunte nie en dit was maar slegs een metode wat gebruik is om logiese en geldige afleidings te maak.

Elementêre proporsies (persentasies) vir die subtellings wat in die vraelyste van Struktuur, Proses en Uitkoms voorkom, is bereken.

Om die standaard en die geldigheid van die resultate te verhoog is antwoorde saam gegroepeer, byvoorbeeld antwoorde in die kategorieë van "Stem sterk saam" en "Stem saam" is saamgevoeg. "Stem nie saam nie" en "Stem sterk nie saam nie" is ook op dieselfde wyse hanteer.

Die woordwaardes wat die respondente geheg het aan die onderskeie gegradeerde (ordinale) klasse kan verskil ten opsigte van 'n aantal faktore, byvoorbeeld die posisie van die vraag, in watter vraelys dit voorgekom het, die kultuuragtergrond van die respondente, en so meer. Die samevoeging van klasse is gebruik om hierdie probleem te bowe te kom. Dit word duidelik weerspieël in die feit dat die meeste van die respondente "Stem sterk saam" en "Stem saam" verkies het om sodoende nie 'n negatiewe houding te weerspieël nie.

Hierdie proporsies is gebruik om subtellingseleksie uit te voer wat meer volledig in hoofstuk 4 aangetoon en bespreek word. Daar is uitgebreid gebruik gemaak van meerrigting frekwensie-tabelle (spiltabelle of "pivot-tables") vir die verwerking van die data wat ten opsigte van die drie voorgestelde standaardstellings ingesamel is. Die data word met behulp van die meerrigting frekwensie-tabelle in kombinasies verwerk. Dit stel die navorser in staat om die antwoorde op die drie standaardstellings gelyktydig te beoordeel. Die kategorieë "stem saam" en "stem sterk saam" kan saamgevoeg word in een kategorie as positief en die ander twee kategorieë "stem nie saam nie" en "stem sterk nie saam nie" in 'n ander kategorie as negatief. Elke standaardstelling het nou net twee kategorieë naamlik positief en negatief. Indien die standaardstellings gelyktydig beoordeel word, ontstaan daar agt stelle in die meerrigting frekwensie-tabelle. Dit is 1-POS; 2-POS; 3-POS; 1-POS; 2-POS; 3-NEG; ... tot 1-NEG; 2-NEG; 3-NEG.

Die meeste van die berekeninge is uitgevoer met behulp van Excel binne Microsoft Office asook Statistica®.

HOOFSTUK 4

VERWERKING VAN DATA EN RESULTATE

4.1 INLEIDING

Die verwerkte resultate van die vraeboë sal vervolgens weergegee en bespreek word. Daar sal na aanleiding van die resultate 'n standaardstelling geformuleer en metingskriteria voorgestel word. Die standaardstelling en metingskriteria sal vir die proses van akkreditering van arbeidsterapie-werkbepalingsareas in Suid-Afrika gebruik kan word.

4.2 STANDAARDSTELLING

Die resultate van die eerste vraeboog waardeur daar gepoog is om voorkeursubstellings te identifiseer waarmee 'n standaardstelling geformuleer kan word, word in Tabel 4.1 aangedui.

Tabel 4.1: Substellings vir insluiting by standaardstelling.

"Sentences to be included in the Standard Statement"		Agree strongly	Agree	Disagree	Disagree strongly
1.1	Various assessment methods are used to assess the client's work abilities	5	5	2	-
1.2	The occupational therapist uses his/her observational and interviewing skills	3	5	3	1
1.3	Protocols are used in the assessment process	1	4	5	2
1.4	Assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role	5	7	-	-
1.5	Describe the client's functional status in work	3	7	2	-
1.6	Identify functional abilities that have an impact on job performance and productivity	7	4	1	-
1.7	Measurement of work performance is done in various settings and situations in the work area	5	5	2	-
1.8	Assessment must take place in an appropriate work environment	6	5	-	1
1.9	Assessment results are recorded and analysed	3	6	2	1
1.10	Identify problem areas and assets relating to the client's work abilities	6	5	1	-
1.11	The client must be informed of the results of the assessment	3	7	2	-
1.12	Compile a final report at the end of the assessment period and include a work profile of the client	7	3	2	-
1.13	The appropriate recommendations regarding work are made in the final report	5	4	1	2

Die volgende substellings het 'n telling van 50% en hoër in die "Agree Strongly" afdeling behaal:

- 1.1: "Various assessment methods are used to assess the client's work abilities."
- 1.4: "Assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role."
- 1.6: "Identify functional abilities that have an impact on job performance and productivity."
- 1.7: "Measurement of work performance is done in various settings and situations in the work area."
- 1.8: "Assessment must take place in the appropriate work environment."
- 1.10: "Identify problem areas and assets relating to the client's work abilities."
- 1.12: "Compile a final report at the end of the assessment period and include a work profile of the client."
- 1.13: "The appropriate recommendations regarding work are made in the final report."

Drie voorstelle vir standaardstellings is aan die hand van bogenoemde geformuleer. Die drie standaardstellings verskyn in Bylae K.

Respondente is versoek om met die tweede rondte die drie geformuleerde standaardstellings te bestudeer en die een te merk waaraan hulle voorkeur gee. Vervolgens moes ook die onderafdelings van die gekose standaardstelling beoordeel word. Die meeste respondente het nie verstaan dat die volledige standaardstelling sowel as die onderafdelings daarvan beoordeel moes word nie. Die belangrikste rede is waarskynlik omdat die volledige standaardstelling op die vraelys arseer is. Daar is gevolglik 'n oorverteening van blanko waardes ten opsigte van die beoordeling van die onderafdelings van die standaardstellings. Min peil kan getrek word op antwoorde wat na aanleiding van beoordeling van die onderafdelings verskaf is.

4.2.1 STANDAARDSTELLING I

Twee van die 38 respondente het alle spasies in die substellings leeg gelaat. Daar is besluit om vir eers slegs op die randverdelings van die substellings te konsentreer. Die laagste telling vir 'n substelling is 27, dit is 1.1, 1.4 en 1.5 (verwys na Tabel 4.2). Die hoogste aantal weglatings word by die substellings van die standaardstelling gevind. Substelling 1.3 is deur 32 persone verkies, en 1.2 is deur 31 verkies. Daar is min verskil tussen die aantal stemme "stem saam" ("A") en "stem sterk saam" ("AS") vir die verskillende keuses (substellings 1.1 - 1.6) en dit dui dus aan dat die persone die substellings nie krities genoeg beoordeel het nie.

Tabel 4.2: Marginale frekwensies van Standaardstelling I.

Substellings	"Agree Strongly – AS" en "Approve – A"	Aantal leeg gelaat
1.1 "Assessment methods are used"	27	10
1.2 "in various settings and situations in the work area"	31	6
1.3 "to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role"	32	5
1.4 "A report is compiled at the end of the assessment period"	27	9
1.5 "stating the identified problem areas and assets relating to the client's work abilities"	27	8
1.6 "as well as the appropriate recommendations regarding work"	29	9

Uit die voorafgaande blyk dit dat die twee substellings wat die meeste ondersteuning gekry het, naamlik 1.2 en 1.3, ook die laagste weglatingtelling gekry het. Dit is redelik om te aanvaar dat indien weglatings min is, daar 'n redelike mate van ooreenstemming tot die substelling is. Dit dui daarop dat die twee substellings vir insluiting by die standaardstelling oorweeg kan word. Min respondente het "stem nie saam" ("DA") en "stem sterk nie saam" ("DS") gemerk. In die lig hiervan is die keuses ten opsigte van "DA" en "DS" nie op die tabel aangedui nie. Aangesien van die respondente ook geen antwoorde verskaf het nie, word aanvaar dat hulle onsekerheid daarop kan dui dat hulle in werklikheid nie saamgestem het nie.

Indien substellings 1.1 - 1.3 in kombinasie toegepas word, het 24 van die 38 respondente aangedui dat hulle "stem saam" ("A") en "stem sterk saam" ("AS") met die substellings 1.1 - 1.3. Die kombinasie van substellings 1.4 - 1.6 toon dat 25 van die 38 respondente aangedui het dat hulle "stem saam" ("A") en "stem sterk saam" ("AS") met hierdie drie substellings gelyktydig.

Uit die getuienis van die antwoorde op standaardstelling I blyk dit dat daar sterk ooreenstemming is in die respondente se antwoorde vir alle substellings gesamentlik.

Om die logiese uiteensetting te verbeter, word die leser herinner dat die gekose substellings soos volg gelui het:

1.2 "The occupational therapist uses his/her observational and interviewing skills".

1.3 "Protocols are used in the assessment process".

Hierdie sinsnedes is geïnkorporeer by die finale standaardstelling (Bylae L).

4.2.2 STANDAARDSTELLING II

Die gewildheid van stellings 2.1 - 2.6 (Tabel 4.3) het gevarieer tussen 30 en 32 soos gemeet deur die aantal respondente wat dit verkies het. Min weglatings is deurgaans gevind. Daar is feitlik geen duidelike voorkeure (diskriminasie) tussen die ses substellings nie.

Tabel 4.3: Marginale frekwensies van Standaardstelling II.

Substellings	"Agree Strongly – AS" en "Approve – A"	Aantal leeg gelaat
2.1 "Various assessment methods are used"	32	5
2.2 "within an appropriate work environment"	30	4
2.3 "to identify what impact the functional abilities of the client have on his/her job performance and productivity"	31	4
2.4 "The final assessment report includes a worker profile of the client"	31	4
2.5 "indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities"	31	5
2.6 "Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report"	32	5

Substellings 2.1 - 2.2 gekombineerd dui 28 van die 38 respondente aan hulle "stem saam" ("A") en "stem sterk saam" ("AS"). Geen verlies in ondersteuning is gevind met die bybring van substelling 2.6 as 'n derde substelling in kombinasie met substellings 2.1 - 2.2 nie.

Standaardstelling II het in geheel goeie ondersteuning geniet van die paneel. Dit word aanvaar dat die standaardstelling II 'n belangrike rol moet speel in die samestelling van die finale standaardstelling. Die volgende substellings sal ingesluit word: 2.1; 2.2; 2.4; 2.5 en 2.6.

4.2.3 STANDAARDSTELLING III

Standaardstelling III is ook met behulp van kombinasies van die substellings beoordeel. Substellings 3.1 – 3.2 het 26 van die 38 respondente aangedui "stem saam" en "stem sterk saam" met die substellings. Die bybring van 'n derde substelling naamlik 3.3 het tot gevolg gehad dat net een stem deur die kombinasie verlore gegaan het. Substellings 3.1 - 3.3 het 25 van die 38 respondente aangedui "stem saam" en "stem sterk saam" met al drie die substellings.

Indien substellings 3.3 - 3.5 gesamentlik bestudeer word, het 24 van die 38 respondente aangedui hulle "stem saam" en "stem sterk saam" met drie stellings. Daar het weer net een stem verlore gegaan tussen die tellings van substellings 3.1 - 3.3 en 3.3 - 3.5. Enkelvoudig (een stelling per keer) is die resultate soos op Tabel 4.4 aangedui.

Tabel 4.4: Marginale frekwensies van Standaardstelling III.

Substellings	"Agree Strongly – AS" en "Approve – A"	Aantal leeg gelaat
3.1 "Various assessment methods are used"	29	8
3.2 "to assess the client's work abilities"	27	8
3.3 "and identify problem areas and assets relating to the client's work abilities"	29	7
3.4 "A final report that includes a worker profile of the client"	27	8
3.5 "as well as appropriate recommendations regarding work is compiled at the end of the assessment period"	28	8

In geheel het standaardstelling III en die onderafdelings relatief swakker ondersteuning van die paneel gekry soos gesien in Tabel 4.4. 'n Hoër aantal weglatings word ook gevind.

As die substellings wat dieselfde strekking het onder die drie voorgestelde standaardstellings bestudeer word, is gevind dat daar 'n hoë mate van ooreenstemming bestaan. Ter illustrasie word gemeld dat die meerderheid respondente stem ooreen met 1.1, 2.1 en 3.1 wat hulle as "stem sterk saam" gemerk het. (Substellings 1.1, 2.1 en 3.1 het dieselfde strekking). Dit dui daarop dat die respondente ten opsigte van die substellings deurgaans 'n totale perspektief behou het. Substelling 3.1 en 3.3 sal vir insluiting by die standaardstelling oorweeg word.

4.2.4 DIE FINALE STANDAARDSTELLING VIR WERKBEPALINGSAREAS WAT UIT DIE SUBSTELLINGS SAAMGESTEL IS

Die substellings waar die hoogste mate van ooreenstemming getoon is, is gebruik om 'n standaardstelling te formuleer. Die verkose substellings is saamgevoeg om die onderstaande finale standaardstelling voor te stel:

"Various assessment methods are used¹ within an appropriate work environment² to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role³. The final report includes a worker profile of the client⁴ indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities⁵. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report⁶" (Bylae L).

¹ 1.1, 2.1, 3.1: "Assessment methods are used; various assessment methods are used; various assessment methods are used ..."

² 2.2: "within an appropriate work environment ..."

³ 1.3: "to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role ..."

⁴ 2.4: "The final assessment report includes a worker profile of the client ..."

⁵ 2.5: "indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities."

⁶ 2.6: "Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report."

4.3 METINGSKRITERIA

Drie vraelyste is gebruik om data aangaande Struktuur ("Structure"), Proses ("Process") en Uitkoms ("Outcome") in te samel. Elke vraelys bestaan uit verskillende onderafdelings waaronder voorgestelde metingskriteria verskyn. Respondente het hulle beoordeling van insluiting van die voorgestelde metingskriteria al dan nie volgens 'n vierpuntskaal gedoen. Voorbeelde van die drie vraelyste verskyn in Bylae N, Bylae O en Bylae P.

Die data wat met behulp van die voltooide vraelyste ingesamel is, is verwerk om die onderstaande evaluasiemetings te verkry:

- Die metingskriteria wat die hoogste persentasie goedkeuring gekry het. Persentasie goedkeuring \equiv die persentasie van die respondente wat 'n stelling so sterk verkies het dat hulle "Agree Strongly" ("AS" - 4) gemerk het.
- Die som of groototaal is gebruik om die mate van algemene goedkeuring of instemming in 'n onderafdeling te meet. Die metingskriteria wat die sterkste assosiasie met die som van die tellings in die konteks (binne 'n onderafdeling byvoorbeeld "WORKAREA" wat Metingskriteria 1.1 tot 1.5 bevat) behaal het, word geselekteer.
- Respondente was in die algemeen geneig om positief te wees. Dit het tot gevolg dat die vierpunt-ordinaleskaal by heelwat geleenthede nie ten volle benut is nie, dit wil sê dat die kategorie "Disagree Strongly" min gemerk is.

Die voorafgaande resultate van elke onderafdeling van die drie vraelyste is met mekaar in verband gebring deur middel van 'n bi-variante spreidingsdiagram ("scatter-plot"). Die belangrikste verwantskap is die assosiasie tussen die metingskriteria en die totaal van die onderskeie onderafdelings. Die voorgestelde metingskriteria wat 'n hoë persentasie goedkeuring asook 'n sterk assosiasie behaal het is as 'n toekomstige meting geïdentifiseer vir insluiting in die ideale evaluasie-instrument. Meer belang word aan die assosiasies (Spearman-rangkorrelasies) geheg, omrede die historiese verwantskap wat dit met "item"-analise het.

Die voorgestelde metingskriteria wat 'n hoë persentasie goedkeuring asook 'n sterk assosiasie behaal het, is as 'n toekomstige meting geïdentifiseer vir insluiting in 'n ideale evaluasie-instrument. Nadat die uitsoekproses voltooi is sal die verkorte lys van die metingskriteria weer inhoudelik ondersoek word om te verseker dat moontlike duplikasie uitgeskakel word. Omdat daar oorvleueling of duplikasie tussen die metingskriteria kan bestaan kan die finale seleksie van metingskriteria nie slegs meganies geskied nie.

Terugvoer van respondente sal ook in oorweging geneem word wanneer die finale seleksie van metingskriteria gedoen word.

Die resultate van die drie vraelyste aangaande Struktuur, Proses en Uitkoms sal vervolgens bespreek word.

4.3.1 VRAELYS AANGAANDE STRUKTUUR (BYLAE N)

Die vraelys bestaan uit vier onderafdelings:

4.3.1.1 Werkarea met vyf voorgestelde metingskriteria ("W").

4.3.1.2 Meubels en toerusting met drie voorgestelde metingskriteria ("FE").

4.3.1.3 Administratiewe struktuur met dertien voorgestelde metingskriteria ("AS").

4.3.1.4 Personeel met drie voorgestelde metingskriteria ("S").

Die resultate van die hoogste persentasie goedkeuring en die sterkte van assosiasie van onderafdeling een: Werkarea en onderafdeling drie: Administratiewe Struktuur word met diagramme voorgestel. Geen figure word vir onderafdeling twee: Meubels en Toerusting en onderafdeling vier: Personeel ingesluit nie aangesien daar min metingskriteria vir elkeen van dié twee onderafdelings voorgestel is.

4.3.1.1 WERKAREA ("W")

Die resultate wat die hoogste persentasie goedkeuring en 'n sterk assosiasietelling in die onderafdeling "Werkarea" behaal het word met die onderstaande Tabel 4.5 voorgestel.

Tabel 4.5: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Werkarea.

	Werkarea	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
W1.1	"The area is on a public transport route"	55	0.36
W1.2	"The work area itself and all its facilities are accessible to all workers"	76	0.22
W1.3	"The area is used for work preparation and work assessment"	47	0.21
W1.4	"The area is only used for work assessment"	13	0.26
W1.5	"Work assessments should take place in situations in the open labour market where possible"	55	0.36

Vanweë die verspreiding van die twee maatstawwe in Tabel 4.5 is dit maklik om "W1.1", "W1.2" en "W1.5" te selekteer, omrede die stemmingspersentasie en/of die assosiasiemeting hoog is. Die drie geselekteerde kriteria verskil inhoudelik voldoende van mekaar om ingesluit te word.

4.3.1.2 MEUBELS EN TOERUSTING (“FE”)

Daar is slegs drie metingskriteria in dié afdeling. Gevolglik word die resultate slegs op 'n tabel aangedui.

Tabel 4.6: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Meubels en Toerusting.

Meubels en Toerusting	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
FE 2.1 "The furniture and equipment are appropriate for a work area"	60	0.63
FE 2.2 "The furniture and equipment comply with ergonomic principles"	57	0.77
FE 2.3 "The furniture and equipment contribute in creating a work atmosphere"	71	0.44

Daar sal gepoog word om twee van die drie metingskriteria in die onderafdeling te behou. 'n Maklike keuse vir die eerste metingskriteria om te behou, is “FE 2.2” wat 'n .77 Spearman-rangkorrelasie gekry het en 57% goedkeuring.

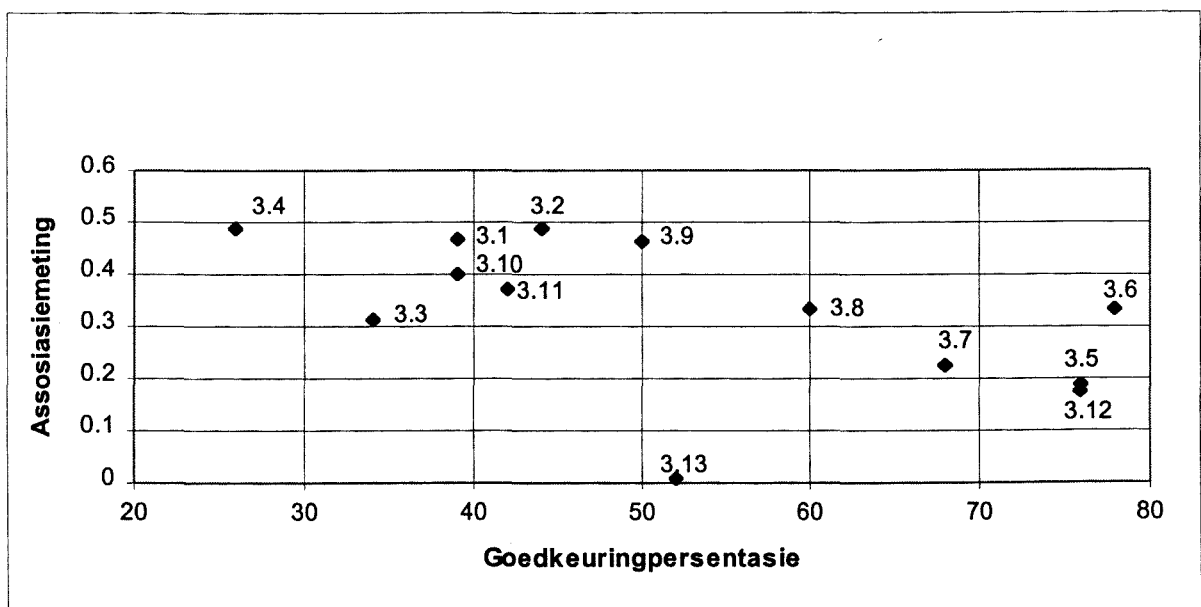
Daar moet nou 'n keuse gemaak word tussen “FE 2.1” en “FE 2.3”. Die keuse het op “FE 2.3” geval hoofsaaklik as gevolg van die persentasie goedkeuring wat dit verkry het. Die insluitingskriteria waar die rangkorrelasie as belangriker gereken word, veroorsaak wel dat “FE 2.2” en “FE 2.3” feitlik ekwivalent is, maar die 71% goedkeuring wat “FE 2.3” behaal het, het die skaal in “FE 2.3” se guns geswaai.

4.3.1.3 ADMINISTRATIEWE STRUKTUUR (“AS”)

Die onderstaande Tabel 4.7 dui aan watter substelling die hoogste persentasie goedkeuring en 'n sterk assosiasie telling in die onderafdeling behaal het. Figuur 2.19 gee 'n grafiese voorstelling van die data.

Tabel 4.7: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Administratiewe Struktuur.

Administratiewe Struktuur		Goedkeuring %	Assosiasiemeting
AS3.1	"Work assessments take place from Mondays to Fridays"	39	0.47
AS3.2	"Clients are assessed for at least 6 hours daily"	45	0.49
AS3.3	"A minimum work assessment period is adhered to"	34	0.31
AS3.4	"A clock-in system is in place"	26	0.49
AS3.5	"Various standardized tests are available for use during assessment"	76	0.19
AS3.6	"Simulated tasks are available for use during assessment"	78	0.33
AS3.7	"Job samples are available for use during assessment"	68	0.22
AS3.8	"Real work tasks are available for use during assessment"	61	0.33
AS3.9	"Printed assessment forms are available"	50	0.46
AS3.10	"A system for recording relevant information pertaining to the area and its function is in place"	39	0.40
AS3.11	"Protocols for work assessment are available"	42	0.37
AS3.12	"An acceptable staff-client ratio exists"	76	0.17
AS3.13	"An updated waiting list is kept"	52	0.01



Figuur 2.19: Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Administratiewe Struktuur.

Die vraag omtrent die metingskriteria wat in- en uitgesluit moet word, kan beantwoord word deur 'n skeidingslyn wat reglynig of kromlynig kan wees. Indien die keuse vir 'n kromlynige skeidingslyn gemaak word, kan dit konkaaf of konveks wees.

Dit is logies om die konvekse skeidingslyn te kies wat dan ook in die ekstreme 'n reguit lyn insluit.

Daar is heuristies besluit op 'n konvekse skeidingslyn wat reg sal laat geskied aan beide maatstawwe (assosiasie- en goedkeuringpersentasie).

Met hierdie benadering is die volgende ses metingskriteria (heuristies) geselekteer:

AS 3.1 - "Work assessments take place from Mondays to Fridays"

AS 3.2 - "Clients are assessed for at least 6 hours daily"

AS 3.4 - "A clock-in system is in place"

AS 3.6 - "Simulated tasks are available for use during assessment"

AS 3.7 - "Job samples are available for use during assessment"

AS 3.9 - "Printed assessment forms are available"

'n Ander beoordelaar kan moontlik oorweeg om "AS 3.5" en "AS 3.12" in te sluit. Die skrywer het (subjektief) besluit dat die assosiasie van minder as 0.25 te laag was om in te sluit om die Administratiewe Struktuur te beoordeel.

Na aanleiding van die metingskriteria geselekteer, was 'n reglynige lyn in hierdie geval voldoende om die vrae wat in die vraelys oorbly, te selekteer.

Die navorser het die geselekteerde items wat in die voorafgaande paragraaf aangedui is ondersoek en bevind dat dit as die minimum metingskriteria vir Administratiewe Struktuur aanvaar kan word. Daar is egter besluit om metingskriterium "AS 3.5", wat slegs 'n assosiasietelling van 0.19 behaal het, maar 'n persentasie goedkeuring van 76% gekry het wel in te sluit. Die besluit word gegrond op die hoë premie wat geplaas word op die inwin van betroubare inligting wat besluite wat betref die werkpotensiaal van 'n individu sal bepaal. Daar word sterk gesteun op dié inligting wanneer besluite oor medies geregtelike aangeleenthede geneem moet word.

4.3.1.4 PERSONEEL (“S”)

Die resultate word slegs met behulp van 'n tabel aangedui omdat daar slegs drie metingskriteria in hierdie afdeling is.

Tabel 4.8: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Personeel.

	Personeel	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
S4.1	"The accepted staff-client ratio is maintained"	66	0.39
S4.2	"At least one full time occupational therapist works in the area"	68	0.53
S4.3	"At least one full time occupational therapist and one full time occupational therapy assistant work in the area"	47	0.58

Dit is problematies om 'n seleksie te doen in 'n onderafdeling waar slegs drie metingskriteria figureer.

Daar sal gepoog word om twee van die drie metingskriteria in die afdeling te behou. Daar is besluit om “S 4.2” en “S 4.3” te selekteer op grond van die sterkte van die assosiasietellings wat die twee metingskriteria behaal het.

Daar is egter bevind dat “S4.2” en “S4.3” inhoudelik oorvleuel en die besluit is geneem om “S4.3” op grond van die sterkte van die assosiasietelling te behou. Daar sal slegs een metingskriterium vanuit die vraeboog in die onderafdeling “Personeel” opgeneem word.

Die onderstaande verandering en byvoeging verkry uit die kommentaar van die respondente, sal op die finale vraelys aangaande Struktuur aangebring word:

- Die opskrif van die onderafdeling 4.3.1.1 Werkarea word gewysig na “Work Assessment Area”.
- Die verpligte deelname van alle arbeidsterapie personeel aan Voortgesette Professionele Ontwikkeling (VPO) word by die onderafdeling 4.3.1.4 Personeel as 'n addisionele stelling bygevoeg. Dit lui soos volg: “The staff attend Continuing Professional Development activities pertaining to work rehabilitation twice a year”. Die byvoeging word geregverdig op grond van die reëling dat alle arbeidsterapie personeel vanaf April 2002 aan VPO aktiwiteite moet deelneem om te kan herregistreer by die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika.

4.3.2 VRAELYS AANGAANDE PROSES (BYLAE N)

Die vraelys bestaan uit drie onderafdelings:

4.3.2.1 Bepalingsproses (“APR”)

4.3.2.2 Finale verslag (“FR”)

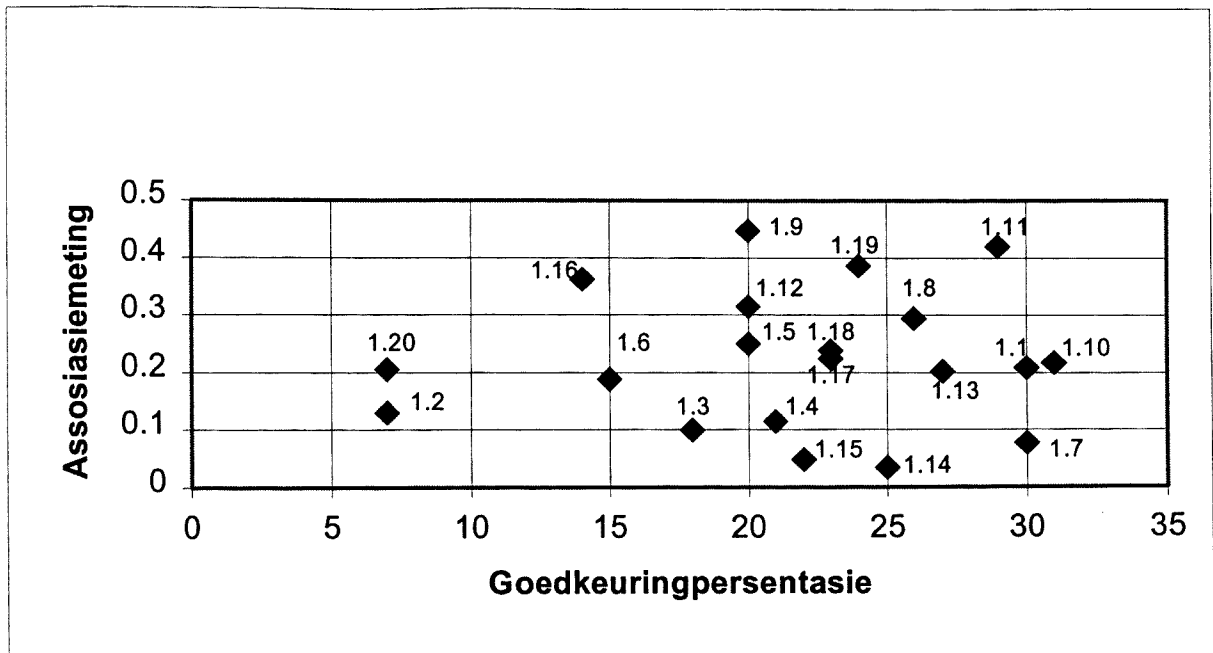
4.3.3.3 Gebruik van bronne (“UR”)

4.3.2.1 BEPALINGSPROSES (“APR”)

Die resultate wat die hoogste persentasie goedkeuring en 'n sterk assosiasietelling in die onderafdeling “Bepalingsproses” behaal het, word met die onderstaande tabel en figuur voorgestel:

Tabel 4.9: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Bepalingsproses.

Bepalingsmetingskriteria		Goedkeuring %	Assosiasiemeting
APR1.1	"The occupational therapist screens the client to decide whether a full assessment is needed or not"	30	0.21
APR1.2	"The client completes an application form for work assessment"	7	0.13
APR1.3	"The occupational therapist conducts the first interview according to a specific/prescribed format"	18	0.10
APR1.4	"The occupational therapist records the information obtained during the interview on an interview record form"	21	0.11
APR1.5	"The occupational therapist obtains information regarding the client's vocational interest inventories"	20	0.25
APR1.6	"The occupational therapist obtains the results of the aptitude and interest tests done by the client"	15	0.19
APR1.7	"The occupational therapist records the work history of each client"	30	0.08
APR1.8	"The occupational therapist establishes a sound baseline from which each client's assessment package is developed"	26	0.29
APR1.9	"The occupational therapist, in collaboration with the client, plans the assessment package taking the client's needs into account"	20	0.45
APR1.10	"The occupational therapist assesses work related as well as psychosocial behaviour of the client"	31	0.22
APR1.11	"The occupational therapist uses a variety of assessment methods to design an assessment package for each client"	29	0.42
APR1.12	"The occupational therapist modifies assessment methods to meet the individual needs and characteristics of each client"	20	0.31
APR1.13	"The occupational therapist analyses all assessment activities to ensure that they are relevant in the assessment of the client"	27	0.20
APR1.14	"The occupational therapist continuously monitors and records the client's work performance during the assessment period"	25	0.03
APR1.15	"The occupational therapist assesses the client's work performance in relation to his/her life roles, tasks and lifestyle"	22	0.05
APR1.16	"The occupational therapist regularly gives feedback to the client during the assessment period on his/her work performance"	14	0.36
APR1.17	"The occupational therapist structures the environment where the assessment takes place"	23	0.22
APR1.18	"The occupational therapist uses criteria-referenced and norm-referenced measurement tools to assess the client's work performance"	23	0.24
APR1.19	"The occupational therapist does a comprehensive analysis of the client's work related strengths and limitations during the assessment period"	24	0.39
APR1.20	"The client regularly completes self-rating forms during the assessment period"	7	0.20



Figuur 2.20: Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Bepalingsproses.

Die seleksie van metingskriteria vanuit die onderafdeling Bepalingsproses is gedoen deur eerstens die metingskriteria met 'n assosiasie van meer as 0.2 of hoër te selekteer. Die meegaande metingskriteria van persentasiegoedkeuring is gekies as 20% of meer, maar omdat die kwadraat van die Spearman-rangkorrelasie van meer belang is, word 'n enkele metingskriterium "APR 1.16" bygevoeg wat nie aan die voorwaardes voldoen nie. Die besluit word geneem op grond van die klem wat geplaas word in die literatuur oor gehalteversekering dat die pasiënte of kliënte aktief betrek moet word by hulle behandeling.

"APR 1.11" vat "APR 1.9" en "APR 1.10" saam en die laasgenoemde twee metingskriteria word dus weggelaat in die kort lys.

Die voorafgaande benaderings het meegebring dat daar op die onderstaande 10 metingskriteria vir Bepalingsproses besluit was:

- APR 1.1 - "The occupational therapist screens the client to decide whether a full assessment is needed or not"
- APR 1.5 - "The occupational therapist obtains information regarding the client's vocational interest inventories"
- APR 1.8 - "The occupational therapist establishes a sound baseline from which each client's assessment package is developed"
- APR 1.11 - "The occupational therapist uses a variety of assessment methods to design an assessment package for each client"

- APR 1.12 - "The occupational therapist modifies assessment methods to meet the individual needs and characteristics of each client"
- APR 1.13 - "The occupational therapist analyses all assessment activities to ensure that they are relevant in the assessment of the client"
- APR 1.16 - "The occupational therapist regularly gives feedback to the client during the assessment period on his/her work performance"
- APR 1.17 - "The occupational therapist structures the environment where the assessment takes place"
- APR 1.18 - "The occupational therapist uses criteria-referenced and norm-referenced measurement tools to assess the client's work performance"
- APR 1.19 - "The occupational therapist does a comprehensive analysis of the client's work-related strengths and limitations during the assessment period"

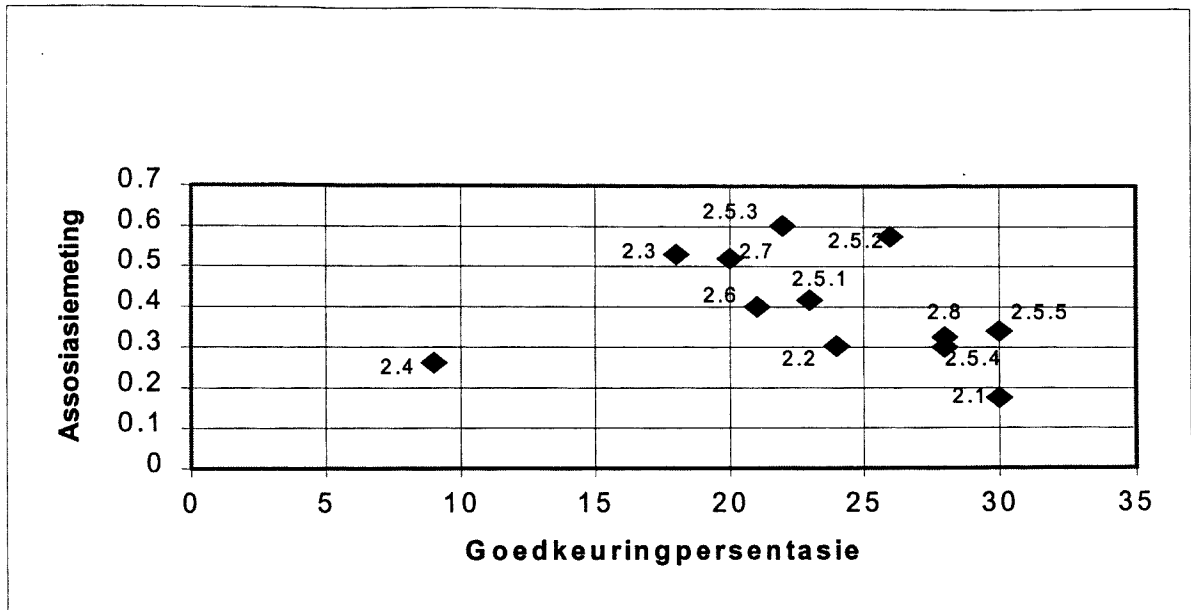
Die 10 oorblywende metingskriteria is geëvalueer om te verifieer of hulle insluiting 'n bydrae sal lewer tot die volledigheid van die bepalingsproses al dan nie. Daar is bevind dat nie een van die 10 oorblywende metingskriteria 'n verdere bydrae sal lewer tot die bepalingsproses wat nie reeds deur die geselekteerde metingskriteria aangespreek word nie.

4.3.2.2 FINALE VERSLAG ("FR")

Die resultate wat in die onderafdeling behaal is, word in Tabel 4.10 en Figuur 2.21 aangedui.

Tabel 4.10: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Finale Verslag.

	Finale verslag	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
FR 2.1	"The occupational therapist keeps a complete record of each client's assessment package and progress reports"	30	0.17
FR 2.2	"The occupational therapist compiles a work ability profile of a client using a variety of assessment results"	24	0.30
FR 2.3	"The occupational therapist evaluates the client's final work performance against the baseline performance identified initially"	18	0.53
FR 2.4	"The views of the client regarding assessment is included in the final report"	9	0.26
FR 2.5.1	"The occupational therapist compiles a final report at the end of the assessment period which includes the client's employment history"	23	0.42
FR 2.5.2	"detail on the client's functional capacities"	26	0.57
FR 2.5.3	"the client's transferable work skills"	22	0.60
FR 2.5.4	"the client's employment-related strengths and weaknesses"	28	0.30
FR 2.5.5	"recommendations regarding employability"	30	0.34
FR 2.6	"The occupational therapist discusses the final report with the client"	21	0.40
FR 2.7	"The occupational therapist and the client plan how to implement the recommendations made in the final report"	20	0.52
FR 2.8	"The occupational therapist reports the assessment results to the referring agency"	28	0.32



Figuur 2.21: Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Finale Verslag.

Die metingskriteria van onderafdeling Finale verslag is geselekteer deur dié wat 'n assosiasietelling van meer as 0.25 het te identifiseer. Die hoë persentasie goedkeuring wat ten opsigte van metingskriteria behaal is, is deurslaggewend vir die besluit om die agt onderstaande metingskriteria te selekteer:

- FR 2.2 - "The occupational therapist compiles a work ability profile of a client using a variety of assessment results"
- FR 2.5.1 - "The occupational therapist compiles a final report at the end of the assessment period which includes the client's employment history"
- FR 2.5.2 - "detail on the client's functional capacities"
- FR 2.5.3 - "the client's transferable work skills"
- FR 2.5.4 - "the client's employment-related strengths and weaknesses"
- FR 2.5.5 - "recommendations regarding employability"
- FR 2.7 - "The occupational therapist and the client plan how to implement the recommendations made in the final report"
- FR 2.8 - "The occupational therapist reports the assessment results to the referring agency"

Die bewoording van twee stellings naamlik FR 2.2 en FR 2.7 word op grond van die respondente se terugvoer soos volg aangepas:

FR 2.2 - "The occupational therapist compiles a work ability profile of a client using all the assessment results"

FR 2.7 - "The occupational therapist, the client and where possible the employer plan how to implement the recommendations made in the final report"

Die navorser is van mening dat die geselekteerde agt metingskriteria voldoende is om 'n aanvaarde standaard daar te stel waaraan werkbepalingsareas ten opsigte van finale verslae behoort te voldoen.

4.3.2.3 GEBRUIK VAN BRONNE ("UR")

Die resultate van die onderafdeling word slegs met 'n tabel weergegee aangesien daar slegs vier metingskriteria voorgestel is. Daar sal gepoog word om ten minste twee van die vier metingskriteria te behou.

Tabel 4.11: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Gebruik van Bronne.

Gebruik van bronne	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
UR3.1 "The occupational therapist regularly visits work situations in his/her area to familiarise him/herself with the job requirements of the open labour market, protected employment and sheltered employment"	24	0.56
UR3.2 "The occupational therapist has a portfolio with a variety of options and resources available to assist the client in establishing realistic employment aims"	25	0.60
UR3.3 "The occupational therapist refers the clients to appropriate agencies and resources available"	27	0.52
UR3.4 "The occupational therapist networks with agencies/resources to assist them with problems clients may experience with work"	22	0.77

Indien Spearman-rangkorrelasie as hoofmaatstaf gebruik word, is die keuse om die metingskriteria "UR 3.2" en "UR 3.4" te selekteer. Dit het egter tot gevolg dat die metingskriteria "UR 3.3" nie ingesluit word nie, maar omrede die goedkeuring-persentasie van 27% word dit toegevoeg tot die lys. Die besluit word deur die navorser (vanuit persoonlike werkondervinding) ondersteun. "UR 3.3" bied aan die arbeidsterapeut die geleentheid om te verseker dat die aanbevelings, wat na aanleiding van die resultate van die bepaling van die kliënt se werkvermoëns gemaak is, verder gevoer sal word.

4.3.3 VRAELYS AANGAANDE UITKOMSTE (BYLAE P)

Die vraelys bestaan uit twee onderafdelings:

4.3.3.1 Kliënt-uitkomst ("CO")

4.3.3.2 Area-uitkomst ("AO")

4.3.3.1 KLIËNT-UITKOMSTE ("CO")

Die onderstaande Tabel 4.12 dui die substellings aan wat deur die deelnemers in die onderafdeling verkies is.

Tabel 4.12: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Kliënt-uitkomst.

	Kliënt-uitkomst	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
CO 1.1	"The final report includes a work ability profile as one measure of the client's occupational performance"	47	0.37
CO 1.2	"The client will be able to realistically assess his/her vocational potential in relation to jobs available at the end of the assessment period"	26	0.28
CO 1.3	"The client can realistically explain why he/she agrees or disagrees with the recommendation made in the final report"	18	0.31
CO 1.4	"The client has the knowledge of which of his/her existing work skills can be transferred to an alternative work situation"	21	0.59
CO 1.5	"Every client is in possession of an action plan at the end of the assessment period"	47	0.35

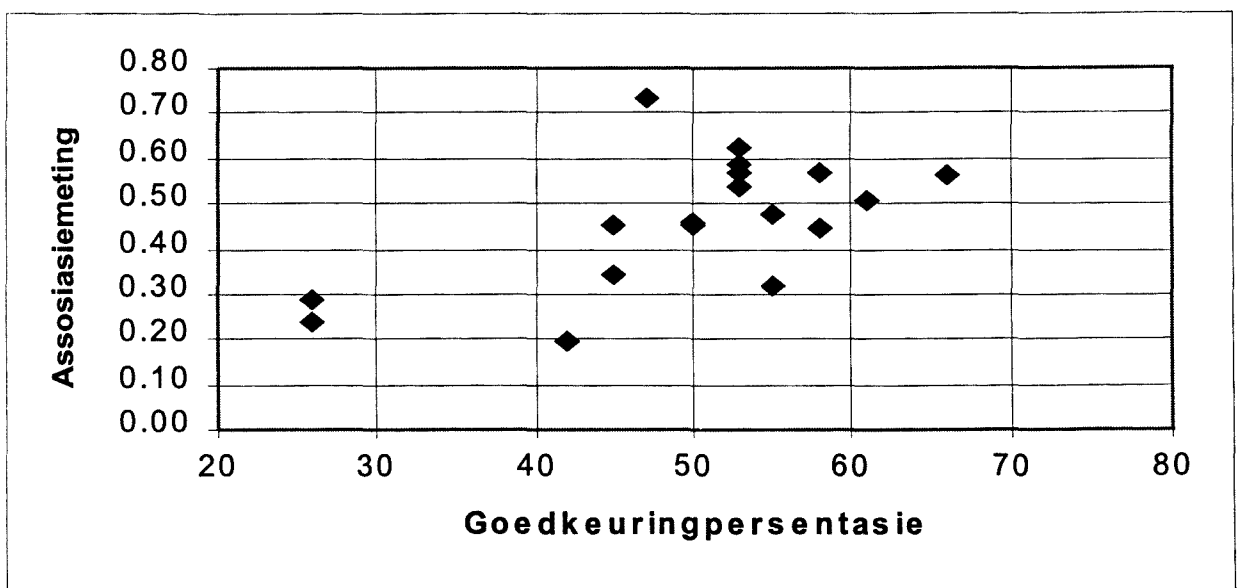
Meer belang word aan die Spearman-rangkorrelasie gegee. Daar is (subjektief) besluit om die metingskriteria te selekteer met 'n Spearman-rangkorrelasie van 0.35 en meer. Dit bring mee dat "CO 1.1", "CO 1.4" en "CO 1.5" geselekteer is. Die navorser het besluit om te volstaan met die drie geselekteerde metingskriteria, aangesien al drie kriteria meetbare kliënte-uitkomst aandui.

4.3.3.2 AREA-UITKOMSTE ("AO")

Die voorkeur substellings in die onderafdeling Area-uitkomst word in Tabel 4.13 en Figuur 2.22 aangedui. Die punte word nie op Figuur 4.6 aangedui nie vanweë die feit dat tellings baie na aan mekaar presenteer.

Tabel 4.13: Goedkeuringpersentasie en assosiasiemeting vir Area-uitkomste.

Area-uitkoms	Goedkeuring %	Assosiasiemeting
AO 2.1.1 "Return to previous work without adaptations"	61	0.51
AO 2.1.2 "Back to previous work with adaptations"	66	0.56
AO 2.1.3 "Back to the same work with a new employer"	50	0.45
AO 2.1.4 "A different work with the previous employer"	58	0.57
AO 2.1.5 "A different work with a new employer"	55	0.48
AO 2.1.6 "Board the client/early retirement"	53	0.54
AO 2.1.7 "Recommend a disability grant"	53	0.59
AO 2.1.8 "Further training"	58	0.45
AO 2.1.9 "Sheltered employment"	53	0.57
AO 2.1.10 "Protected employment"	53	0.57
AO 2.1.11 "Work preparation - vocational rehabilitation/habilitation"	55	0.47
AO 2.1.11A "Work preparation - maintenance of present work abilities"	50	0.46
AO 2.1.12 "Home industry"	53	0.62
AO 2.1.13 "Activity groups"	47	0.73
AO 2.2 "The outcomes of all clients assessed in the area are monitored and recorded on a regular basis"	45	0.34
AO 2.3 "There is a regular flow of requests for work assessments of clients to the area"	45	0.45
AO 2.4 "The readmission rate of clients is low in relation to the number of assessments completed in the area"	42	0.20
AO 2.5 "The occupational therapist can provide accurate statistics regarding clients and the outcomes of clients assessed"	55	0.31
AO 2.6 "The occupational therapist follows up all clients 6 months after discharge from the assessment area"	26	0.24
AO 2.7 "The occupational therapist validates the outcome of each client assessed in the area after two years"	26	0.29



Figuur 2.22: Goedkeuringpersentasie vs assosiasiemeting vir Area-uitkomste.

Assosiasiemeting en stemmingspersentasie word gesamentlik gebruik om die metingskriteria te beoordeel. Om 'n genoegsame aantal weg te laat om die afdeling te verkort word die volgende metingskriteria weggelaat: "AO 2.1.11A"; "AO 2.2 - 2.7".

Die oorblywende kriteria vorm 'n groep wat hoog is op beide die assosiasietelling sowel as op die stemmingpersentasie.

"AO 2.1.1 - AO 2.1.13" dui al die opsies aan wat as aanbevelings oorweeg kan word. Die aanbevelings word almal ingesluit. Die metingskriteria wat daarop volg is met die uitleg van die vraelys op die volgende blad geplaas. Indien al die metingskriteria gelyktydig beoordeel word, sal opgelet word dat daar 'n dalende patroon voorkom ten opsigte van die goedkeuringpersentasie.

Indien slegs op die maatstawwe gesteun word, sou al die metingskriteria vanaf 2.2 tot aan die einde van die afdeling weggelaat word. Drie van die belangrikste metingskriteria word uitgesoek met behulp van die maatstaf van die kwadraat van die Spearman-rangkorrelasie, naamlik "AO 2.2", "AO2.3", "AO 2.5".

Die slotsom van die hersiene seleksieproses is dat 'n groot aantal van die metingskriteria in die onderafdeling Area-uitkoms, naamlik 16 uit 20, behoue bly.

Na aanleiding van die respondente se terugvoer word die bewoording van stelling AO 2.1.8 aangepas na "vocational training". By stelling AO 2.1.12 word "informal sector" bygevoeg. Dit bied nog 'n opsie wat as 'n aanbeveling oorweeg kan word in die finale verslag.

Die voorgestelde sestien metingskriteria vir Area-uitkomst is essensieël om te verseker dat toepaslike aanbevelings gemaak word wat sal lei tot die uitvoering van die werkrehabilitasieproses.

4.4 SAMEVATTING

Deelnemers het hulle opinies oor 'n standaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas uitgespreek deur vraeboë oor die twee onderwerpe te voltooi. Inhoudsgeldigheid kan bevestig word aangesien die kundige arbeidsterapeute slegs een addisionele konsep aangaande Personeel op die Struktuur vraeboog aangedui het. Daar kan aanvaar word dat die deelnemers die inhoud van die vraeboë as verteenwoordigend beskou het en dit met die konstrukt werkbepaling geassosieer het. Die resultate wat na aanleiding van die vraeboë verkry is dui daarop dat deelnemers sommige van die sinsnedes oor die standaardstelling en sommige van die metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms hoër as ander aangeslaan het. Na aanleiding hiervan is die standaardstelling (Bylae L) en die finale metingskriteria opgestel soos dit in Bylae S, Bylae T en Bylae U verskyn.

Daar is gepoog om volgens Donabedian se raamwerk vir gehalteversekering kriterialyste vir Struktuur, Proses en Uitkoms voor te stel. Indien die voorafgaande metingskriteria in 'n werkbepalingsarea teenwoordig is, sal die standaardstelling wat vir die werkbepalingsarea voorgestel is, kan realiseer. Die volgende stelling van Sale (1990: 11) onderskryf die feit: "Criteria make standards work because criteria are detailed indicators of the standard and can be specific to the area or type of patient".

Die studie het daarop gefokus om die tweede stap van die gehalteversekeringsiklus, naamlik "Identifiseer standaarde en kriteria", te voltooi. Die daaropvolgende sewe stappe van die siklus kan slegs volg indien hierdie stap afgehandel is.

Die navorser is van mening dat die resultate van die studie as 'n generiese standaardstelling en metingskriteria vir werkbepalingsareas in Suid-Afrika beskou kan word. Hierdeur word verseker dat 'n hoë gehalte bepaling van 'n kliënt se werkvermoëns gedoen word. Dit bring ook mee dat die aktiwiteite wat in 'n werkbepalingsarea plaasvind doeltreffend aan alle belanghebbendes (kliënte en owerhede) verantwoord kan word.

Veranderinge in die eksterne omgewing, byvoorbeeld wysiging van wetgewing wat verband hou met Ongeskiktheidspensioen kan die aktiwiteite beïnvloed wat in 'n werkbepalingsarea plaasvind. Dit bring mee dat die standaardstelling en metingskriteria gereeld hersien en aangepas moet word om relevant te bly. Die inligting wat in die studie vervat is bied 'n raamwerk waarvolgens die proses van hersiening van die gehalte van dienslewering in 'n werkbepalingsarea op 'n doeltreffende, effektiewe wyse uitgevoer kan word.

Die resultate van evaluering van die gehalte van alle dienste by 'n fasiliteit bepaal of die fasiliteit geakkrediteer sal word al dan nie. Kriterialyste wat gebruik word om die evaluering te doen word volgens 'n bepaalde formaat saamgestel. Die metingskriteria soos dit deur die studie geïdentifiseer is en in Bylae S, Bylae T en Bylae U verskyn, is gebruik om kriterialyste te formuleer wat vir die evaluering van die werkbepalingsareas in Suid-Afrika gebruik kan word volgens die formaat wat deur C.O.H.S.A.S.A. voorgestel is. Die instruksies vir die voltooiing van die voorgenoemde Bylae word in Bylae V uiteengesit.

Die resultate van die vraeboë het gerealiseer in 'n verkose standaardstelling en metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir werkbepalingsareas in Suid-Afrika.

Die wyse waarop die bogenoemde produkte asook verdere navorsing oor die onderwerp voortgesit kan word word in hoofstuk 5 aanbeveel.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

5.1 GEVOLGTREKKING

'n Standaardstelling en voorkeurmetingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir werkbepalingsareas in Suid-Afrika is deur die studie geïdentifiseer. Die menings van kundige arbeidsterapeute met spesialiskennis van werkrehabilitasie is ingewin met behulp van 'n gewysigde Delphi-metode (paneelnavorsing) om die resultate van die studie te bekom. Bylae L waarin die standaardstelling en Bylae S, Bylae T en Bylae U waarin metingskriteria verskyn, is na aanleiding hiervan saamgestel.

Die mate van ooreenstemming wat die deelnemers ten opsigte van voorkeurmetingskriteria getoon het word deur die resultate van die studie weerspieël.

Die metingskriteria, soos dit vir Struktuur (Bylae S), Proses (Bylae T) en Uitkoms (Bylae U) verskyn, beoordeel elkeen 'n aspek van die diens. Slegs "Ja" en "Nee" word as antwoorde verlang met voltooiing van die vraeboë. Die data wat hierdeur ingewin word sal met behulp van kolomgrafieke aangetoon kan word. Die resultate van verskillende opnames wat oor verloop van tyd in 'n spesifieke area gedoen is sal op dié wyse visueel voorgestel en vergelyk kan word.

Die navorser beveel aan dat die verkose metingskriteria gebruik moet word om die generiese standarde voor te stel waaraan alle werkbepalingsareas in Suid-Afrika behoort te voldoen.

Die metingskriteria is geformuleer aan die hand van terminologie wat algemeen in verband met werkrehabilitasie gebruik word. Alle arbeidsterapeute sal die inligting soos dit in Bylae S, Bylae T en Bylae U verskyn, verstaan en kan gebruik om die gehalte van dienslewering in werkbepalingsareas te evalueer.

Die beoordeling van 'n persoon se werkvermoëns sal meer verantwoordbaar gedoen kan word indien 'n werkbepalingsarea voldoen aan die standarde wat deur die metingskriteria voorgestel word. Die etiese beginsels van regverdigheid, gelykheid en bevoordeling kan hierdeur tot voordeel van die persoon met 'n gestremdheid toegepas word.

Die werkbepalingsareas kan gebruik word om die potensiële werkerskorps van die persone met gestremdhede te identifiseer. Die inligting oor hulle werkvermoëns wat op die wyse beskikbaar gestel word, bring mee dat 'n groter mate van ooreenstemming verkry word tussen die werkers se vermoëns en die vereistes wat 'n werk stel. Die persoon word hierdeur bemaatig om as werker 'n produktiewe bydrae in 'n geïdentifiseerde werksituasie te lewer. Dit bring mee dat daar op 'n toepaslike wyse uitvoering gegee word aan verskeie artikels in die Wet op Billike Indiensneming (Employment Equity Act, No 55 of 1998). Die artikels in die Wet wat die persone met gestremdhede sal bevoordeel is artikel 2, 5, 6, 15, 20, 24, 25 en 42.

Tydlike of permanente aanpassings om 'n persoon se werkverrigting te bevoordeel sal na aanleiding van die resultate van werkbepaling voorgestel kan word. Dit sal meebring dat 'n persoon met siekte of gestremdheid vroeër kan terugkeer na die werksituasie. Die voorgestelde aanpassings sal 'n bydrae lewer tot die bevordering van 'n persoon se optimale werkverrigting. Die verloop van die proses van gestremdheid sal terselfdertyd voorkom word.

Die verantwoordbaarheid van besluite om 'n ongeskiktheidspensioen toe te ken of nie, word bepaal deur die gehalte van die arbeidsterapeut se verslag. Die verslag oor 'n persoon se werkvermoëns lewer 'n groot bydrae tot die besluitnemingsproses in dié verband. Die gehalte van verslae kan verseker word indien die bepaling van persone se werkvermoëns gedoen word in areas wat aan die voorgestelde metingskriteria voldoen.

Pratt en Jacobs (1997: 293) spreek hulle mening oor die rol van die arbeidsterapeut in werkrehabilitasie soos volg uit: "The twenty-first century is a very significant time for work practice. We must respond with confidence that the people we serve are being given the opportunity to gain meaningful lives. We need to continue to assume a responsible role in lending support and direction to health care, insurance and legislative changes".

5.2 AANBEVELINGS

Die navorser beveel aan dat die verkose standaardstelling en metingskriteria soos dit in Bylae S, Bylae T en Bylae U verskyn aan die werkbepalingsareas verbonde aan Suid-Afrikaanse hospitale beskikbaar gestel word. Die prosesse van gehalteversekering en gehalteverbetering sal hierdeur in die areas 'n aanvang neem. Hierdeur sal daar ook verseker kan word dat alle areas aan die generiese standaarde voldoen om sodoende 'n aanvaarde vlak van diens te lewer.

Alle nuwe werkbepalingsareas behoort die metingskriteria as riglyne vir ontwikkeling te gebruik. Die ontwikkeling van nuwe werkbepalingsareas by Gemeenskapgesondheidsentrums word in die vooruitsig gestel na aanleiding van die voorstel dat arbeidsterapieposte by die sentrums in die provinsie Wes-Kaap geskep word.

Die onderskeie aksiegroepe, panele en komitees gemoeid met die uitvoering van beleid aangaande die indiensneming van persone met gestremdhede moet ingelig word omtrent die dienste wat deur die werkbepalingsarea aangebied word. Inligting oor 'n persoon se potensiaal om die rol van 'n werker te vervul sal vir die werkgever en die werknemer van groot belang wees tydens die onderhandelinge wat indiensneming voorafgaan.

Die metode wat vir die uitvoering van die studie gebruik is, kan gevolg word om standaardstelling en generiese metingskriteria vir ander direkte en indirekte arbeidsterapiedienste te ontwikkel. Standaarde wat vir dienste op 'n nasionale vlak voorgestel word, sal meebring dat die prosesse van gehalteversekering en gehalteverbetering uitgevoer kan word. Die ontwikkeling van generiese metingskriteria vir arbeidsterapiedienste sal die verantwoordbaarheid van die beroep verhoog.

Geen professie kan op moreel-etiese argumente 'n beroep op owerhede doen vir die befondsing van hulle dienste nie. Gehalteversekering- en gehalteverbeteringsprosesse bied geleenthede om statistiese data in te samel om die voortbestaan van 'n diens te motiveer, na aanleiding van 'n faktor soos die koste-effektiwiteit daarvan.

Die fokus van gesondheidsdienslewering is op dié stadium gerig op die evaluasie van uitkomste van dienste. Die ontwikkeling van metingskriteria vir Struktuur, Proses en Uitkoms vir arbeidsterapiedienste sal sterk aanklank vind by die beskouing wat gesondheidsowerhede ten opsigte van uitkomste het.

Arbeidsterapie as beroep sal die geleentheid gebied word om ten opsigte van 'n kliniese spesialiteitsarea, naamlik die bepaling van werkvermoëns, 'n akkrediteringsproses te inisieer. Die geleentheid vir professionele selfregulasie word hierdeur geskep.

Vanuit 'n bemarkingsoogpunt kan arbeidsterapie hierdeur strategies tot mededingers geposisioneer word. Die resultate van die bepaling van werkvermoëns kan met vertroue aangebied word aangesien daar verseker is dat die werkbepalingsarea aan gestelde standarde voldoen.

Verskeie onderwerpe vir verdere navorsing spruit voort uit die studie. Navorsing om die volgende vrae te beantwoord, word voorgestel:

- Tot watter mate voldoen die bestaande werkbepalingsareas aan die voorgestelde metingskriteria? Hoe word Uitkomst in die areas beoordeel?
- Watter van die voorgestelde metingskriteria sal toepaslik wees om te gebruik wanneer 'n persoon met 'n gestremde se werkvermoëns in 'n werklike werksituasie bepaal word?
- Watter metingskriteria in elk van die afdelings, naamlik Struktuur, Proses en Uitkoms, behoort 'n groter gewig te dra tydens die beoordeling van die gehalte van dienste wat in 'n werkbepalingsarea gelewer word?
- Watter tellings sal die afsnypunt vir die minimum vlak van gehalte vir Struktuur, Proses en Uitkoms in werkbepalingsareas voorstel?
- Watter effek sal die pasiënte se beoordeling van dienste gelewer in werkbepalingsareas op die voorgestelde metingskriteria hê?

Die studie is slegs 'n eerste stap om gehalteversekering en gehalteverbetering van werkbepalingsareas in Suid-Afrika te inisieer. Die metode wat met die studie gevolg is en die resultate wat verkry is, dui daarop dat daar nog baie onbeantwoorde vrae is wat verdere navorsing vereis.

"Once a game is laid out in a clear manner, people become very good at playing that game. The game of simplicity needs to be as clearly defined, as is the game of quality". (De Bono E, 1998: 10).

BRONNELYS

- Acheson, D. 1987. Assuring Quality. British Journal of Occupational Therapy, 50(7), 247-248.
- African National Congress. 1994. The Reconstruction and Development Programme. A Policy Framework. Johannesburg: Umanyano Publishers, 147p.
- American Occupational Therapy Association. 1992. Statement: Occupational Therapy Services in Work Practice. American Journal of Occupational Therapy, 46(12), 1086-1088.
- Anderson, Y. 1994. European Nurses take Lead in Quality Assurance. International Nursing Review, 41(1), 13-16.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Vitalo, R. 1978. The Measurement of Rehabilitation Outcome. Schizophrenia Bulletin, 4(3), 365-383.
- Arce, H.E. 1999. Accreditation: The Argentine Experience in the Latin American Region. International Journal for Quality in Health Care, 11(5), 425-428.
- Ashton, C.M., Kuykendal, D., Johnson, M.L., Chuan, C.W., Wray, N.P., Carr, M.J., Slater, C.H., Lu, L. & Bush, G.R. 1994. A Method for Developing and Weighting Explicit Process of Care Criteria for Quality Assessment. Medical Care, 32(8), 755-770.
- Austin, C. & Clark, C.R. 1993. Measures of Outcome: For Whom? British Journal of Occupational Therapy, 56(1), 21-24.
- Austin, C. & Herbert, I.S. 1995. Clinical Guidelines: Should we be worried? British Journal of Occupational Therapy, 58(11), 481-484.
- Batchelor, G.J. & Truman, H.E. 1992. Maintaining High Quality Patient Care While Controlling Costs. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Bauman, M.K. 1991. The Importance of Outcome Measurement in Quality Assurance. Holistic Nursing Practice, 5(3), 8-13.

- Berwick, D.M. 1995. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Berwick, D.M. 1998. Crossing the Boundary: Changing Mental Models in the Service of Improvement. International Journal for Quality in Health Care, 10(5), 435-441.
- Butterworth, T. & Bishop, V. 1995. Identify the Characteristics of Optimum Practice: Findings from a Survey of Practice Experts in Nursing, Midwifery and Health Visiting. Journal of Advanced Nursing, 22, 24-32.
- College of Occupational Therapists. 1994. Occupational Therapy and Outcome Measures. British Journal of Occupational Therapy, 57(8), 328-329.
- College of Occupational Therapists. 1999. Position Statement on Clinical Governance. British Journal of Occupational Therapy, 62(6), 261.
- Concerned Lawyers Group. 1992. Disability Rights Charter of South Africa. Disability Rights Unit of Lawyers for Human Rights, 4p.
- Crawford, M. 1989. Setting Standards in Occupational Therapy. British Journal of Occupational Therapy, 52(8), 294-297.
- Crawford, M., Court, C., & Ellis, R. 1993. Quality: Does it Matter? British Journal of Occupational Therapy, 56(1), 33-34.
- Creech, B. 1994. The Five Pillars of TQM - How to make Total Quality Management Work for You. New York: Truman Talley Books, 549p.
- Crombie, I.K., Davies, H.T.O., Abraham, S.C.S. & Florey, C. du V. 1993. The Audit Handbook. Improving Health Care Through Clinical Audit. Chichester: John Wiley & Sons, 225p.
- Cronin, S.N. & Owsley, V.B. 1993. Identifying Nursing Research Priorities in an Acute Care Hospital. JONA, 23(11), 58-62.
- Cunningham, L. 1991. The Quality Connection in Health Care. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 161p.
- De Bono, E. 1998. Simplicity. London, Penquin, 320p.

- De Villiers, M.C., Whittaker, S. & Muller, M.E. 1995. Framework for Surveyors and Participating Health Care Facilities in the Accreditation Project for Health Services in South Africa. Departement Gemeenskapsgesondheid, Universiteit van Stellenbosch, 47p.
- DeKraker, M., Lindstrom-Hazel, D., Cooper, R. & Ambrosius, F. 1995. Ergonomic Modifications: Examining Cost and Effectiveness. Work, 5(2), 123-127.
- Delbecq, A.L. & Van de Ven, A.H. 1974. The Nominal Group as a Research Instrument for Exploratory Health Studies. Journal of the American Public Health Association, March, 337-342.
- Deming, W.E. 1995. Out of the Crisis. Massachusetts: Institute of Technology, 508p.
- Departement Arbeidsterapie. 1999. Notas oor Werkrehabilitasie.
- Department of Health and Social Services, Provincial Administration, Western Cape. 2000a. Report of the Bi-ministerial Task Team on the Implementation of a Municipality-based District Health System, 38p.
- Department of Health and Social Services, Provincial Administration, Western Cape. 2000b. The Implementation of Two Medical Evaluation Panels as a Pilot Project and the Simultaneous Establishment of Medical Evaluation Panels Throughout the Province.
- DePoy, E. 1990. Mastery in Clinical Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, 44(5), 415-422.
- Donabedian, A. 1989. Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. Quality Assurance in Health Care, 1(1), 3-11.
- Donabedian, A. 1995. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. In Graham, N. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Dove, J. 1999. Setting Standards for Home Assessment Visiting. British Journal of Occupational Therapy, 62(6), 275-277.
- Duff, L., Harvey, G., Handa, U. & Kitson, A. 1995. Quality Improvement of Nursing Care in Hospitals in India: The Dynamic Approach. International Journal for Quality in Health Care, 7(2), 143-151.

- Ellek, D. 1991. The Americans with Disabilities Act. American Journal of Occupational Therapy, 45(2), 177-176.
- Ellek, D. 1993. Sorting Through the Quality Assurance Armamentarium. The American Journal of Occupational Therapy, 47(7), 639-643.
- Ellis, M. 1987. Quality: Who Cares? British Journal of Occupational Therapy, 50(6), 195-200.
- Ellis, R. 1989. Professional Competence and Quality Assurance in the Caring Professions. London: Chapman & Hall, 313p.
- Ellis, R. & Lorentzon, M. 1987. Study Day on Quality Assurance. British Journal of Occupational Therapy, 50(7), 234-236.
- Ellis, R. & Whittington, D. 1993. Quality Assurance in Health Care: A Handbook. London: Edward Arnold, 278p.
- Epstein, A.A. 1995. The Outcomes Movement: Will It Get Us Where We Want To Go? In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Feinholz, L. 1992. Using Consumer Evaluations of Health Care Quality to Identify Marketing Opportunities. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Flarey, D.L. 1993. Quality Improvement Through Data Analysis. JONA, 23(12), 21-30.
- Forer, S. 1996. Outcome Management and Program Evaluation Made Easy: A Toolkit for Occupational Therapy Practitioners. Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc., 151p.
- Frankum, J.L., Bray, J., Ell, M.S. & Philp, I. 1995. Predicting Post Discharge Outcome. British Journal of Occupational Therapy, 58(9), 370-372.
- Fry, D. 1990. Systems of Standards for Community Health Services in Australia. Quality Assurance in Health Care, 2(1), 59-67.
- Gardner, J.F. & Campella, T. 1995. Beyond Compliance to Responsiveness: New Measures of Quality for Accreditation. Work, 5(2), April, 107-114.

- Gillette, N.P. 1993. Partners in Promoting Measurement: AOFT and AOTA. The American Journal of Occupational Therapy, 47(4), 367.
- Graham, N. 1995. Quality Trends in Health Care. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Greco, P.J. & Eisenberg, J.M. 1995. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Greenfield, S., Cretin, S., Worthman, L.G., Dorey, F.J., Solomon, N.E. & Goldberg, G.A. 1981. Comparison of a Criteria Map to a Criteria List in Quality of Care Assessment for Patients with Chest Pain: The Relation of Each to Outcome. Medical Care, xix(3), 255-272.
- Grol, R. & Lawrence, M. 1995. Quality Improvement by Peer Review. Oxford: Oxford University Press, 171p.
- Hagedorn, R. 1995. Occupational Therapy. Perspectives and Processes. Edinburg: Churchill Livingstone, 328p.
- Haggard, A. 1983. Quality Circles. Nursing Management, 14(2), 32-34.
- Hutchinson, A. & Fowler, P. 1992. Outcome Measures for Primary Health Care: What are the Research Priorities? British Journal of General Practice, June, 227-231.
- Innes, E. 1988. Occupational Therapy: Still at Work. Australian Journal of Occupational Therapy, 35(4), 173-180.
- Innes, E. 1995. Workplace-based Occupational Rehabilitation in New South Wales, Australia. Work, 5(2), 147-151.
- Jacobs, K. 1985. Occupational Therapy - Work Related Programs and Assessments. Boston: Little, Brown and Company, 286p.
- Jacobs, K. & Logigian, M. 1994. Functions of a Manager. Thorofare: Slack Incorporated, 216p.
- Jeffer, E.K. 1992. Quality Assurance and Quality Improvement, the 1990's and Beyond. Journal of Health Care, 14(3), 36-40.

- Johnson, M.V., Keith, R.A. & Hinderer, S.R. 1992. Measurement Standards for Interdisciplinary Medical Rehabilitation. Archives of Physical Medical Rehabilitation, 73, S3-S23.
- Juran, J.M. 1988. Juran on Planning for Quality. New York: Collier Macmillan Publishers, 339p.
- Juran, J.M. & Gryna, F.M. 1988. Juran's Quality Control Handbook. New York: McGraw-Hill Book Company, 35H.14.
- Katz, F. & Snow, R. 1980. Assessing Health Workers Performance. Geneva: World Health Organization, 175p.
- Kemp, N. & Richardson, E. 1995. Quality Assurance in Nursing Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 165p.
- Ketelaars, C.A.J., Saad, H.H., Halfens, R.J.G. & Wouters, S.E. 1994. Process Standards of Nursing Care for Patients with COPD: Validation of Standards and Criteria by the Delphi Technique. Journal of Nursing Care Quality, 9(11), 78-86.
- Kettle, M. 1995. Personal Injury Compensation Cases in the United Kingdom: The Use of American Vocational Assessment Tools in Personal Injury Compensation. Work, 5(1), 17-22.
- Kitson, A., Harvey, G., Hyndman, S. & Yerrell, P. 1994. Criteria Formulation and Application: An Evaluative Framework. International Journal of Nursing Studies, 31(2), 155-167.
- Kitson, A., Hyndman, S., Harvey, C. & Yerrell, P. 1990. The Dynamic Standard Setting System. London: Royal College of Nursing, 47p.
- Koch, H. 1992. Total Quality Management in Health Care. Essex: Longman Group, 119p.
- Kotze, T.v.W. 1996. Hoof, Sentrum vir Statistiese Dienste, Universiteit Stellenbosch: Persoonlike Onderhoud, Mei 1996.
- Kuperman, G.J., Gardner, R.M. & Pryor, T.A. 1991. HELP: A Dynamic Hospital Information System. New York: Springer-Verlag, 334p.

- Laffel, G. 1992. Implementing Quality Management in Health Care: The Challenges Ahead. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Laffel, G. & Blumenthal, D. 1992. The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Lanning, J.A. & O'Connor, S.J. 1992. The Health Care Quality Quagmire: Some Signposts. In Schmidt, R., Trumbo, H. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Lawrence, M. & Schofield, T. 1993. Medical Audit in Primary Health Care. Oxford: Oxford University Press, 256p.
- Leedy, P.D. 1997. Practical Research: Planning and Design. New Jersey: Prentice Hall, 304p.
- Lintstone, H.A. & Turoff, M. 1979. The Delphi Method: Techniques and Applications. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 620p.
- Lowes, R. 1966. Work Related Programme. Cripple Care Association.
- McColl, M. & Quinn, B. 1985. A Quality Assurance Method for Community Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, 39(9), 570-577.
- McCulloch, D. 1991. Can we measure Output? Quality Adjusted Life Years, Health Indices and Occupational Therapy. British Journal of Occupational Therapy, 54(6), 219-221.
- McGeorge, D.W.F. 1994. Assessing Consumer Satisfaction with a Service. British Journal of Occupational Therapy, 57(8), 290-293.
- McKenna, H.P. 1994. The Delphi Technique: A Worthwhile Research Approach for Nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 1221-1225.
- McMahon, B.J. & Winters, J. 1993. Models of Accreditation in Health Care. Health Bulletin, 51(11), 3-6.
- Mebius, C. 1999. Public Disclosure of Health Care Performance Reports: Comments and Reflections from Sweden. International Journal for Quality in Health Care, 11(8), 102-103.

- Meisenheimer, C.G. 1989. Quality Assurance for Home Health Care. Rockville: Aspen Publishers, 134p.
- Nelson, C.W. & Niederberger, J. 1992. Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care Services. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Oakland, J.S. & Sohal, A.S. 1996. Total Quality Management. Australia: Butterworth-Heinemann, 330p.
- Occupational Therapy Executive Committee. 1999. Disability Grant Statistics: March 1999 - December 1999.
- O'Connor, S.J. & Bowers, M.R. 1992. An Integrative Overview of the Quality Dimension: Marketing Implications for the Consumer-orientated Health Care. In Schmidt, R., Trumbo, J. & Johnson, R. (eds.). Quality Assurance in Health Care. Milwaukee: ASQC Quality Press, 380p.
- Ovretveit, J. 1994. Issues in Contracting Occupational Therapy Services. British Journal of Occupational Therapy, 57(8), 315-318.
- Oxley, C. 1992. Devising an Assessment Package for an Employment Rehabilitation Service. British Journal of Occupational Therapy, 55(12), 448-452.
- Oxley, C. 1995. Work and Work programmes for Clients With Mental Health Problems. British Journal of Occupational Therapy, 58(11), 465-468.
- Oyster, C.K., Hanten, W.P. & Llorens, L.A. 1987. Introduction to Research - A Guide for the Health Science Professional. Philadelphia: Lippincott Company, 238p.
- Packham, G. 1999. Quality Assurance and Clinical Audit: Information and Equipment Provision. British Journal of Occupational Therapy, 62(6), 278-282.
- Parsley, K. & Corrigan, P. 1995. Quality Improvement in Nursing and Healthcare. London: Chapman and Hall, 320p.
- Pratt, J. & Jacobs, K. 1997. Work Practice: International Perspectives. Oxford: Butterworth Heinemann, 315p.
- Provincial Administration Western Cape. 1998. Draft 2: Guidelines for Disability Grant Applications.

- Racine, J.F. 1995. A Double Take on the History of Quality in Health Care. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Republic of South Africa. 1994. A National Health Plan for South Africa. Maseru: Bähr Mapping and Printing, 90p.
- Republic of South Africa. 1996. Labour Relations Amendment Act, No 42 of 1996. Ndabeni, Rustica Press, 29p.
- Republic of South Africa. 1997. White Paper on an Integrated National Disability Strategy. Ndabeni, Rustica Press, 82p.
- Republic of South Africa. 1998. Employment Equity Act, No 55 of 1998. Government Gazette, October, 55p.
- Republic of South Africa. 1998. National Rehabilitation Policy: Final Draft. Department of Health, 28p.
- Republiek van Suid-Afrika. 1992. Wet op Maatskaplike Bystand, No 59 van 1992.
- Republiek van Suid-Afrika. 1996. Regulasies Betreffende Toelaes, Maatskaplike Noodleniging en Finansiële Toekennings Ingevolge die Wet op Maatskaplike Bystand, 1992. Staatskoerant, Maart, 71p.
- Roberts, A.E.K. 1992. Who Owns Quality in the Occupational Therapy Profession and How Do We Assure It? British Journal of Occupational Therapy, 55(1), 4-6.
- Rudman, D., Hall, M. & Langlois, S. 1997. The Evolution of a Quality Programme within an Changing Environment. Canadian Journal of Occupational Therapy, 64(1), 16-24.
- Sale, D. 1990. Quality Assurance. Houndmills: Macmillan Education, 57p.
- Saturno, P.J. 1995. Training Health Professionals to Implement Quality Improvement Activities. International Journal for Quality in Health Care, 7(2), 119-126.
- Schneider, M. & Marshall, S. 1998. Society Security for People with Disabilities. Research Report: Department of Welfare, Directorate: Social Security, 88p.

- Sealy, C. 1999. Two Common Pitfalls in Clinical Audit: Failing to Complete the Audit Cycle and Confusing Audit with Research. British Journal of Occupational Therapy, 62(6), 238-243.
- Shaw, C.D. 1990. Medical Audit: A Hospital Handbook. London: Kings Fund Centre.
- Shaw, C.D. 1992. Measuring Clinical Quality. British Journal of Occupational Therapy, 55(8), 317-318.
- Shaw, C.D. 1993. Quality Assurance in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care, 5(2), 107-118.
- Simmons, S. & Oland, J.S. 1992. Workplace Assessment. Dublin: European Foundation - Shankill, 111p.
- Sluijs, E.M. & Dekker, J. 1999. Diffusion of a Quality Improvement Programme Among Allied Health Professionals. International Journal for Quality in Health Care, 11(4), 337-344.
- Society for Hospital Social Work Directors. 1981. Quality and Quantity Assurance for Social Workers in Health Care. Illinois: American Hospital Association, 102p.
- Stanhope, M.K. 1989. Home-care: Past Perspectives and Implications for the Present and Future. In Meisenheimer, C.G. (ed.). Quality Assurance for Home Health Care. Rockville: Aspen Publishers, 134p.
- Stein, F. 1984. Prevocational Exploration and Vocational Rehabilitation of the Psychiatric Client. Canadian Journal of Occupational Therapy, 51(3), 113-120.
- Stheeman, S.E., van't Hof, M.A., Mileman, P.A. & van Stelt, P.E. 1995. Use of the Delphi Technique to Develop Standards for Quality Assessment in Diagnostic Radiology. Community Dental Health, 12, 194-199.
- Stokes, F. 1997. Using the Delphi Technique in Planning a Research Project on the Occupational Therapist's Role in Enabling People to Make Vocational Choices Following Illness or Injury. British Journal of Occupational Therapy, 60(6), 263-267.
- Stricker, G. & Rodriguez, A. 1988. Handbook of Quality Assurance in Mental Health. New York: Plenum Press, 362p.

- Thompson, A.G.H. & Sunol, R. 1995. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. International Journal for Quality in Health Care, 7(2), 127-141.
- Thurgood, J. 1999. The Employment Implications of the Disability Discrimination Act 1995 and a Suggested Format for Developing Reasonable Adjustments. British Journal of Occupational Therapy, 62(7), 290-294.
- United Nations. 1994. Realization of the Rights of Persons with Disabilities Through International Standard Setting. (Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities). 28p.
- Veloza, C.A. 1993. Work Evaluations: Critique of the State of the Art of Functional Assessment of Work. The American Journal of Occupational Therapy, 47(3), 203-209.
- Wakefield, D.S. & Wakefield, B.J. 1995. Overcoming the Barriers to Implementation of TQM/CQI in Hospitals: Myths and Realities. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p.
- Walen, A.M. 1993. Evaluation of a Quality Assessment Manual. AAOHN Journal, 41(12), 579-586.
- Whetsell, G.W. 1995. Total Quality Management. In Graham, N.O. (ed.). Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution. Maryland: Aspen Publishers, 366p
- Willson, M. 1996. Occupational Therapy in Short Term Psychiatry. New York: Churchill Livingstone, 269p.
- Work Cover Authority. (1993a). Rehabilitation Guidelines: Guidelines for Workplace-based Occupational Rehabilitation Programs for Large and Medium Sized Businesses (Revised). Sydney, Australia.
- Wright, C.C. & Whittington, D. 1992. Quality Assurance: An Introduction for Health Care Professionals. New York: Churchill Livingstone, 126p.
- Zeske, K.A. 1995. Assessing the Older Worker: Are Current Evaluations Valid Measurements? Work, 5(4), 319-322.

BYLAE A

DEMING SE VEERTIEN PUNTE VIR GEHALTEBESTUUR

ORIGIN OF THE 14 POINTS

The 14 points are the basis for transformation of American industry. It will not suffice merely to solve problems, big or little. Adoption and action on the 14 points are a signal that the management intend to stay in business and aim to protect investors and jobs. Such a system formed the basis for lessons for top management in Japan in 1950 and in subsequent years.

The 14 points apply anywhere, to small organizations as well as to large ones, to the service industry as well as to manufacturing. They apply to a division within a company.

1. Create constancy of purpose toward improvement of product and service, with the aim to become competitive and to stay in business, and to provide jobs.
2. Adopt the new philosophy.
3. Cease dependence on inspection to achieve quality. Eliminate the need for inspection on a mass basis by building quality into the product in the first place.
4. End the practice of awarding business on the basis of price tag. Instead, minimize total cost.
5. Improve constantly and forever the system of production and service, to improve quality and productivity, and thus constantly decrease costs.
6. Institute training on the job.
7. Institute leadership. The aim of supervision should be to help people and machines and gadgets to do a better job.
8. Drive out fear, so that everyone may work effectively for the company.
9. Break down barriers between departments. People in research, design, sales, and production must work as a team, to foresee problems of production and in use that may be encountered with the product or service.
10. Eliminate slogans, exhortations, and targets for the work force asking for zero defects and new levels of productivity.
- 11a. Eliminate work standards (quotas) on the factory floor. Substitute leadership.

- 11b. Eliminate management by objective. Eliminate management by numbers, numerical goals. Substitute leadership.
- 12a. Remove barriers that rob the hourly worker of his right to pride of workmanship. The responsibility of supervisors must be changed from sheer numbers to quality.
- 12b. Remove barriers that rob people in management and in engineering of their right to pride of workmanship.
- 13. Institute a vigorous program of education and self-improvement.
- 14. Put everybody in the company to work to accomplish the transformation. The transformation is everybody's job.

Bron: Parsley & Corrigan, 1995: 216.

BYLAE B

**MYLPALE IN DIE ONTWIKKELING VAN
GEHALTEVERSEKERING IN GESONDHEIDSDIENSTE**

SELECTED HEALTH CARE QUALITY MILESTONES

ERA	DEVELOPMENT
2000 B.C.	Egyptian papyri document state-of-the-art medical standards for practice.
1100 B.C.	Chou Dynasti requires physicians to pass a state examination before entering practice and determines physician competence and payment on the basis of patient outcomes.
A.D. 100	Roman Emperor Antoninus Pius issues an edict that requires credentialing by physicians, uniform standards of practice and uniform geographical distribution.
A.D. 1000	Caliph al-Muqtadir of Persia requires, for the first time, that all medical practitioners have their knowledge examined.
1500s	Royal College of Physicians in England establishes itself for medical licensing and professional self-regulation.
1760s	New York State enacts the first exclusive licensure act which provides that no one practice medicine or surgery without being examined or licensed by a government-appointed board of examiners.
1850s	Medical Care Act in England promulgates government standards for the training and registration of medical practitioners.
1910s	American College of Surgeons develops the Hospital Standardization Program and promotes standards, on-site surveys, and evaluation for accreditation of hospital academic programs.
1950s	Joint Commission for the Accreditation of Hospitals (JCAH) establishes itself to improve and promote the voluntary accreditation of hospitals.
1960s	Social Security amendments to Medicare and Medicaid require accredited hospitals to establish utilization review committees to examine admission criteria, length of stay, and treatment prescribed.
	Darling v. Charleston Community Memorial Hospital legal ruling establishes corporate liability and requires health care organizations to monitor and evaluate professional delivery of care.

1970s

Professional Standard Review Organizations (PSROs) legislation establishes government-sponsored agencies to monitor cost, quality, and utilization of hospital care for Medicare, Medicaid, and Maternal and child Health Program patients.

The Joint Commission creates the Performance Evaluation Procedure for Auditing and Improving Patient Care and establishes an audit requirement with a specified number of audits to be performed.

American Hospital Association (AHA) approves "A Patient's Bill of Rights" which includes rights to informed consent and to considerate and respectful care.

The Joint Commission replaces diagnosis-specific medical audits with a new quality assurance standard that creates a comprehensive program of problem-focused reviews.

1980s

Peer Review Organizations (PROs) replace PSROs to monitor quality of hospital care and appropriateness of admission.

The Joint Commission replaces problem-focused approach with the requirement for systematic monitoring and evaluation of important aspects of patient care.

The Joint Commission expands its mission and changes its name to the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations.

The Joint Commission announces its agenda for change to emphasize outcomes over structure and process, and to develop a national comparative data base.

Release of hospital mortality statistics by the Health Care Financing Administration (HCFA).

John Hartford Foundation and the Harvard Community Health Plan sponsor national demonstration project on quality improvement in health care to determine if industrial TQM could be applied to health care.

Agency for Health Policy and Research (AHPR) initiates Medical Treatment Effectiveness Program to examine effects of variations in health care practices on patient outcomes and to develop and disseminate clinical guidelines.

Pennsylvania and New York state release performance data on individual hospitals and physicians and other states establish data commissions to collect patient-care data.

1990s

The Joint Commission replaces quality assurance with quality assessment and improvement.

AHPR issues the first government-sponsored medical practice guidelines. Health reform bills propose performance reporting and the managed competition of health plans on the basis of cost and quality.

Bron: Racine, 1995: 27-29.

BYLAE C

**PIONIERS VAN GEHALTEVERSEKERING
IN GESONDHEIDSDIENSTE**

SELECTED HEALTH CARE QUALITY PIONEERS

PIONEER	CONTRIBUTION
Zhammurabi of Babylon	Promulgates code in 2000 B.C. that included physician payment methods and penalties for incompetent practice.
Hippocrates of Cos	Publishes legal and ethical obligations for physicians in 500 B.C.
Galen of Pergamos	Publishes medical treatises in A.D. 200 that report his observations and anatomical studies in an effort to standardize medical knowledge.
Vesalius of Belgium	Publishes an encyclopedia of human anatomy in A.D. 1600 to promote the scientific study of medicine.
Florence Nightingale	Publishes "Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army" in 1858, and evaluates quality of hospital care using mortality rates.
Abraham Flexner	Publishes "Medical Education in the United States and Canada," a Report to the Carnegie Foundation, in 1910.
Ernest A. Codman	Publishes "A Study of Hospital Efficiency" in 1916 and advocates tracking "end results" of hospital patients after discharge.
Roger I. Lee, Lewis W. Jones, and Barbara Jones	Publish "The Fundamentals of Good Medical Care" (1933) for the Committee on the Costs of Medical Care using professional norms as the standards of assessment.
Avedis Donabedian	Publishes "Evaluating the Quality of Medical Care" in 1966 to define quality in health and present the major approaches to its assessment; a seminal contribution, earning him the distinction of "father of quality assurance."
Paul A. Lembcke	Publishes "Evolution of the Medical Audit" in 1967 that calls for the use of "explicit criteria" in assessment.
John Wennberg	Publishes "Small Area Variations in Health Care Delivery" (with A. Gittelsohn) in 1973.

Jon Williamson Publishes "Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance" in 1978.

Paul Ellwood Publishes "Outcomes Management: A Technology of Patient Experience" in 1988 that calls for a national program of using patient outcomes as the basis for clinical standards and guidelines.

Donald Berwick Publishes "Continuous Improvement As an Ideal in Health Care" in 1989 to promote the use of industrial quality techniques in health care.

Bron: Racine, 1995: 30-31.

BYLAE D

**DEPARTEMENT ARBEIDSTERAPIE:
WERKVERMOËNS**

WERKVERMOËNS

1. WERKGEWOONTES

Dit is die wyse waarop 'n werker homself aanbied in 'n werksituasie, sy vermoë om met medewerkers oor die weg te kom en sy vermoë om die werk te verrig, dit wil sê:

1.1 Persoonlike aanbieding

- bywoning
- stiptelikheid
- persoonlike voorkoms
- selfdisipline

1.2 Sosiale aanbieding

- konflikhantering
- leiding neem
- respek

1.3 Werkbevoegdheid

- vermoë om skriftelike instruksies te volg
- vermoë om verbale instruksies te volg
- taakbeplanning
- taakvoltooiing
- taakevaluering
- hantering van gereedskap, masjiene en materiale

2. WERKUITHOUVERMOË

- Die fisiese en psigiese uithouvermoë om vol te hou met werk vir 'n bepaalde periode van tyd. In die ope arbeidsmark is dit gewoonlik vir 'n 8 uur werkdag wat onderbreuk word met twee teetye van 15 minute elk en 'n middagete breuk van 30-45 minute.
- Werkdruk te hanteer.

3. PRODUKSIESPOED

Dit is die verhouding tussen die hoeveelheid werk wat volgens die verlangde standaard gedoen is en die tyd wat dit geneem het om die werk te voltooi.

- Kwantiteit van werk - volume, hoeveelheid werk/items gelewer, geproduseer in 'n gegewe tyd. Dit hou verband met die spoed en ritme waarteen die werk verrig word.
- Kwaliteit van werk - hou verband met die netheid en die akkuraatheid waarmee die taak verrig word.

4. WERKMOTIVERING

Bepaal hoeveel eksterne aanmoediging, hoe gereeld aan die persoon gegee moet word om werk te verrig - gebruik kollaterale bronne om die inligting te verkry, bv. arbeidsterapie assistent. Bepaal wat die persoon se siening omtrent die bepaling is en wat sy verwagtinge vir die toekoms ten opsigte van werk is.

BYLAE E

BRIEF OM STUDIEPOPULASIE TE IDENTIFISEER

11 Springbok Street
Loevenstein
BELLVILLE
7530

4 June 1996

Dear

RESEARCH PROJECT: REQUEST TO IDENTIFY PARTICIPANTS

I am appealing to you for assistance in identifying occupational therapists in your region or province who presently are involved in work rehabilitation areas and/or assess the work abilities of clients.

I would like to contact the occupational therapists identified by you to request their participation in a research project with the following title: ***"Standards and criteria for occupational therapy work assessment areas in South Africa."***

Will you please send me the information of the occupational therapists as requested on the form enclosed?

I would appreciate it if your reply could reach me by **24 June 1996**.

Thank you for your assistance in this regard.

Yours sincerely

(MRS) S BEUKES

☎ (021) 913-3314 (H)

**OCCUPATIONAL THERAPISTS WHO PRESENTLY WORK
IN WORK REHABILITATION AREAS**

NAME	HOME ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER	WORK ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER

COMPLETED BY: **DATE:**

BYLAE F

BRIEF OM DOEL EN VERLOOP VAN STUDIE TE VERDUIDELIK

11 Springbok Street
Loevenstein
BELLVILLE
7530

8 July 1996

Dear

REQUEST TO PARTICIPATE IN A RESEARCH PROJECT

I would like to invite you to participate in a research project that is aimed at developing a realistic and valid standard statement as well as measurement criteria for occupational therapy work assessment areas in South Africa.

Your opinion is needed to identify a standard statement and measurement criteria that can be used to realistically evaluate and validate the quality of services delivered in work assessment areas. It can also be used as a guideline to develop new work assessment areas when the need arises.

The research will be conducted by means of one or two rounds of questionnaires. Participants will give their opinions regarding a standard statement and measurement criteria by indicating to which extent they agree or disagree with the statements on the questionnaires. The level of consensus obtained in round one will determine whether a second round of questionnaires will be sent to participants. The questionnaires will be forwarded during the period **August to October 1996** and it will take participants 45-60 minutes to complete.

Please complete the attached form to indicate whether you are willing to participate in the research project and **return by 31 JULY 1996**.

Your cooperation will be much appreciated.

Yours sincerely

(MRS) S BEUKES

☎ **(021) 913-3314 (H)**

BYLAE G

INSTEMMING TOT DEELNAME

**RESEARCH PROJECT TO DEVELOP A REALISTIC AND VALID
STANDARD STATEMENT AND MEASUREMENT CRITERIA FOR WORK
ASSESSMENT AREAS IN SOUTH AFRICA**

1. I am willing to participate in the research project and complete two rounds of questionnaires. Yes No

If **YES**, please complete items 2-6
If **NO**, please complete item 6

2. My experience with work rehabilitation is mainly with clients:

- who have a physical diagnosis Yes No

- who have a psychosocial diagnosis Yes No

- who are healthy but need work rehabilitation Yes No

3. I have worked in work rehabilitation areas since:

4. Please indicate to which address correspondence should be forwarded:

.....
.....
.....
.....

5. TEL NO: CODE:

FAX NO: E-MAIL address:

6. Please **print** your name and surname:

.....
SIGNATURE

.....
DATE

Thank you for completing and returning the form by 31 July 1996 to:

(MRS) SUSAN BEUKES
11 Springbok Street
Loevenstein
7530 BELLVILLE
☎ (021) 913-3314 (H)

BYLAE H

VRAEBOOG MET DERTIEN SUBSTELLINGS

THE DEVELOPMENT OF A STANDARD STATEMENT

		Agree strongly	Agree	Disagree	Disagree strongly
SENTENCES TO BE INCLUDED IN THE STANDARD STATEMENT					
1.	Various assessment methods are used to assess the client's work abilities.				
2.	The occupational therapist uses his/her observational and interviewing skills.				
3.	Protocols are used in the assessment process.				
4.	Assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role.				
5.	Describe the client's functional status in work.				
6.	Identify functional abilities that impact on job performance and productivity.				
7.	Measurement of work performance is done in various settings and situations in the work area.				
8.	Assessment must take place in an appropriate work environment.				
9.	Assessment results are recorded and analysed.				
10.	Identify problem areas and assets relating to the client's work abilities.				
11.	The client must be informed of the results of the assessment.				
12.	Compile a final report at the end of the assessment period and include a work profile of the client.				
13.	The appropriate recommendations regarding work are made in the final report.				
ADDITIONAL IDEAS TO BE CONSIDERED:					

BYLAE I

INSTRUKSIEBLAD OM BYLAE H TE VOLTOOI

THE DEVELOPMENT OF A STANDARD STATEMENT FOR WORK ASSESSMENT AREAS IN SOUTH AFRICA

A standard statement is an approved specific description of a desired level of performance appropriate to a care group. It specifies the **desirable**, **acceptable** and **achievable** level of care. The standard statement serves as a basis for comparison against which measurement of the care delivered can be made. A standard statement is formulated in two or three sentences.

You are requested to give your opinion on which sentences, parts of sentences or word(s) should be considered to formulate a realistic, valid standard statement for work assessment areas in South Africa.

1. Please **mark (✓) all the items (1-13)** to indicate whether you:
 - agree strongly
 - agree
 - disagree
 - disagree strongly
2. If you prefer that only a certain word(s) must be included, please underline the word(s) in red.
3. A space is left on the questionnaire to add a sentence(s) and/or word(s) you suggest should be considered.

Thank you for your assistance.

June 1996

Please return by 5 July 1996

BYLAE J

VOORBEELD VAN 'N STANDAARDSTELLING EN METINGSKRITERIA

**FIFE HEALTH BOARD
OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE**

Standard Ref. No: _____ Achieve Standard by: 1 August 1989
 Topic: _____ Review Standard by: _____
 Sub-Topic: _____ Signature of Area OT: _____
 Care Group: _____ Signature of Head OT: _____
 Source of Production: _____ Date: _____

STANDARD STATEMENT: The occupational therapist will ensure that any child who attends Robert Henryson School and lives at home will have an annual home visit to enhance a community of approach between school staff and parents and up-to-date knowledge and provision of specialist equipment.

Structure	Process	Outcome
<p>1. The occupational therapist will have access to the child's record of needs.</p> <p>2. The occupational therapist will have access to other members of the school staff to discuss the child's current needs and functioning.</p> <p>3. The occupational therapist will discuss the child with physiotherapy and community occupational therapy staff to assess the need for a joint home visit.</p> <p>4. The occupational therapist will ensure that time out with normal school hours is made available to carry out home visits.</p> <p>5. The occupational therapist will contact parents to arrange a mutually convenient time to carry out the visit.</p> <p>6. The occupational therapist will have transport suitable for the visit.</p> <p>7. The occupational therapist will have records of his/her previous contacts with the child in keeping with local occupational therapy policy.</p>	<p>1. The occupational therapist will discuss the child's needs and abilities with parents in the areas of: seating bathing toileting feeding positioning and others as indicated by earlier assessment.</p> <p>2. The occupational therapist will offer advice and guidance to parents in the above areas, and reinforce their role in using particular techniques or equipment.</p> <p>3. The occupational therapist will discuss with the family the range of statutory and non-statutory services available to them.</p> <p>4. The occupational therapist will assess the suitability of the house for the child and family and where the present environment is unsuitable, make recommendations as in adaptations required, or support a re-housing application.</p> <p>5. The occupational therapist will review with the parents any equipment in the home, its use by them and appropriateness in meeting current needs of themselves and the child.</p> <p>6. The occupational therapist will record the home visit in keeping with Fife Health Board occupational therapy policy and forward this to team members.</p> <p>7. The occupational therapist will record the home visit in his/her monthly returns.</p> <p>8. The occupational therapist will contact the Social Work Department occupational therapist regarding any additional requirements for equipment.</p>	<p>1. Every child living at home and attending Robert Henryson School will be visited in his/her home by the occupational therapist at least once a year.</p> <p>2. Parents will understand the practise and principles of occupational therapy and the equipment used with their child, and reinforce the approach used in the school in the home setting.</p> <p>3. Parents with children attending the Robert Henryson School will have access to specialist occupational therapy advice regarding the home environment.</p> <p>4. The therapist will be able to meet parents out with the school setting to ensure a greater understanding of the home situation, and that parents have the opportunity to discuss the child's functioning at home in that setting.</p> <p>5. There will be written evidence available as to the appropriateness of the home environment and recommendations for any action to improve this.</p> <p>6. Team members working with the child will receive an annual update on the child's functioning in the home environment, with particular emphasis on activities of daily living and the use of special equipment.</p> <p>7. The occupational therapy register will identify the frequency of home visits with a child.</p>

Bron: Crawford, 1989: 296.

BYLAE K

**VRAEBOOG MET DRIE VOORSTELLE
VAN STANDAARDSTELLING**

A STANDARD STATEMENT FOR OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREAS IN SOUTH AFRICA

DEFINITION OF A STANDARD STATEMENT

"It is an agreed level of performance appropriate to the care group and relevant to the selected topic. It specifies a desirable, acceptable and achievable level of care" (Wright & Whittington, 1992: 63).

You are requested to evaluate the following standard statements and mark which one in your opinion fulfils the following requirements:

- is clearly written
 - addresses the agreed subtopic (work assessment area)
 - pertains to the agreed care group (all clients referred for work assessment)
 - is acceptable to relevant colleagues
 - addresses the core aspects of the work assessment process
1. Please mark (✓) to indicate with which **standard statement** as well as the **subsections of this** standard statement you:
 - agree strongly
 - approve
 - disapprove
 - disagree strongly
 2. Please mark (✓) any other subsections of the other standard statements that in your opinion should be included in the formulation of a standard statement.

THANK YOU FOR COMPLETING THE QUESTIONNAIRE AND RETURNING IT BY 31 AUGUST 1996.

(MRS) SUSAN BEUKES
11 Springbok Street
Loevenstein
BELLVILLE
7530
Tel: (021) 913-3314

		Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
II	Various assessment methods are used within an appropriate work environment to identify what impact the functional abilities of the client have on his/her job performance and productivity. The final assessment report includes a worker profile of the client indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.				
2.1	Various assessment methods are used				
2.2	within an appropriate work environment				
2.3	to identify what impact the functional abilities of the client have on his/her job performance and productivity.				
2.4	The final assessment report includes a worker profile of the client				
2.5	indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities.				
2.6	Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.				

COMMENTS					

III	Various assessment methods are used to assess the client's work abilities and identify problem areas and assets relating to the client's work abilities. A final report that includes a worker profile of the client as well as appropriate recommendations regarding work is compiled at the end of the assessment period.				
3.1	Various assessment methods are used				
3.2	to assess the client's work abilities				
3.3	and identify problem areas and assets relating to the client's work abilities.				
3.4	A final report that includes a worker profile of the client				
3.5	as well as appropriate recommendations regarding work is compiled at the end of the assessment period.				

COMMENTS					

BYLAE L

FINALE STANDAARDSTELLING

FINALE STANDAARDSTELLING

“Various assessment methods are used within an appropriate work environment to assess the client’s occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role. The final report includes a worker profile of the client indicating the problem areas and assets regarding the client’s work abilities. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.”

BYLAE M

**INSTRUKSIEBLAD OM BYLAE N, BYLAE O EN
BYLAE P TE VOLTOOI**

REALISTIC AND VALID GENERIC MEASUREMENT CRITERIA FOR OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREAS IN SOUTH AFRICA

DEFINITIONS OF CRITERIA

"Descriptive statements which are measurable and reflect the intent of a standard in terms of performance, behaviour, circumstances or clinical states. A number of criteria may be developed for each standard" (Wright & Whittington, 1992: 120).

The aim of the three questionnaires is to establish generic criteria that will clearly and precisely specify the levels of performance which have to be achieved to meet the standard set in the standard statement. The quality of the service in existing work assessment areas will be measured against the criteria identified.

*Criteria have to be **achievable, measurable, observable, understandable and reasonable.***

1. Please mark (✓) **each criterion** to indicate whether you agree strongly; approve; disapprove or disagree strongly that it is a **realistic and valid criterion to measure** whether the **quality of service** in a work assessment area meets the standard envisaged. Bear in mind that the aim is **to differentiate the essential measurement criteria** against which the service delivered in work assessment areas in South Africa will be measured.
2. A space is left on the last page of each questionnaire to add criteria that in your opinion should be included.
3. Suggestion(s) for change(s) to the present wording of criteria will be welcomed.

THANK YOU FOR COMPLETING THE QUESTIONNAIRES AND RETURNING IT BY

(MRS) SUSAN BEUKES
11 Springbok Street
Loevenstein
BELLVILLE
7530
Tel: (021) 913-3314

BYLAE N

**'N VRAEBOOG OM METINGSKRITERIA VIR
STRUKTUUR TE IDENTIFISEER**

QUESTIONNAIRE I**Proposed Measurement Criteria For Structure**

		Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
1.	WORK AREA:				
1.1	The area is on a public transport route				
1.2	The workarea itself and all its facilities are accessible to all workers				
1.3	The area is used for work preparation and work assessment				
1.4	The area is only used for work assessment				
1.5	Work assessments should take place in situations in the open labour market where possible				
2.	FURNITURE AND EQUIPMENT:				
2.1	The furniture and equipment are appropriate for a workarea				
2.2	The furniture and equipment comply with ergonomic principles				
2.3	The furniture and equipment contribute in creating a work atmosphere				
3.	ADMINISTRATIVE STRUCTURE:				
3.1	Work assessments take place from Mondays to Fridays				
3.2	Clients are assessed for at least 6 hours daily				
3.3	A minimum work assessment period is adhered to				
3.4	A clock-in system is in place				
3.5	Various standardised tests are available for use during assessment				
3.6	Simulated tasks are available for use during assessment				
3.7	Job samples are available for use during assessment				
3.8	Real work tasks are available for use during assessment				
3.9	Printed assessment forms are available				
3.10	A system or recording relevant information pertaining to the area and its function is in place				
3.11	Protocols for work assessment are available				
3.12	An acceptable staff-client ratio exists				
3.13	An updated waiting list is kept				

	Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
4. THE STAFF				
4.1 The accepted staff-client ratio is maintained				
4.2 At least one full-time occupational therapist works in the area				
4.3 At least one full-time occupational therapist and one full time occupational therapy assistant work in the area				

CHANGES SUGGESTED TO THE AFOREMENTIONED:
ADDITIONAL CRITERIA SUGGESTED FOR THE WORK AREA, FURNITURE, ADMINISTRATIVE STRUCTURE AND STAFF:

BYLAE O

'N VRAEBOOG OM METINGSKRITERIA VIR PROSES TE IDENTIFISEER

QUESTIONNAIRE II**Proposed Measurement Criteria For Process**

		Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
1.	ASSESSMENT PROCESS				
1.1	The occupational therapist screens the client to decide whether a full assessment is needed or not				
1.2	The client completes an application form for work assessment				
1.3	The area is used for work preparation and work assessment				
1.4	The occupational therapist conducts the first interview according to a specific/prescribed format				
1.5	The occupational therapist obtains information regarding the client's vocational interest inventories				
1.6	The occupational therapist obtains the results of the aptitude and interest tests done by client				
1.7	The occupational therapist records the work history of each client				
1.8	The occupational therapist establishes a sound baseline from which each client's assessment package is developed				
1.9	The occupational therapist, in collaboration with the client, plans the assessment package taking the client's needs into account				
1.10	The occupational therapist assesses work related as well as psychosocial behaviour of the client				
1.11	The occupational therapist uses a variety of assessment methods to design an assessment package for each client				
1.12	The occupational therapist modifies assessment methods to meet the individual needs and characteristics of each client				
1.13	The occupational therapist analyses all assessment activities to ensure that they are relevant in the assessment of the client				
1.14	The occupational therapist continuously monitors and records the client's work performance during the assessment period				
1.15	The occupational therapist assesses the client's work performance in relation to his/her life roles, tasks and lifestyle				
1.16	The occupational therapist regularly gives feedback to the client during the assessment period on his/her work performance				
1.17	The occupational therapist structures the environment where the assessment takes place				

		Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
1.18	The occupational therapist uses criteria-referenced and norm-referenced measurement tools to assess the client's work performance				
1.19	The occupational therapist does a comprehensive analysis of the client's work related strengths and limitations during the assessment period				
1.20	The client regularly completes self-rating forms during the assessment period				
2.	FINAL REPORT				
2.1	The occupational therapist keeps a complete record of each client's assessment package and progress reports				
2.2	The occupational therapist compiles a work ability profile of a client using a variety of assessment results				
2.3	The occupational therapist evaluates the client's final work performance against the baseline performance identified initially				
2.4	The views of the client regarding assessment are included in the final report				
2.5	The occupational therapist compiles a final report at the end of the assessment period which includes: <ul style="list-style-type: none"> - the client's employment history - detail on the client's functional capacities - the client's transferable work skills - the client's employment-related strengths and weaknesses - recommendations regarding employability 				
2.6	The occupational therapist discusses the final report with the client				
2.7	The occupational therapist and the client plan how to implement the recommendations made in the final report				
2.8	The occupational therapist reports the assessment results to the referring agency				

BYLAE P

**'N VRAEBOOG OM METINGSKRITERIA VIR
UITKOMS TE IDENTIFISEER**

QUESTIONNAIRE III**Proposed Measurement Criteria For Outcome**

		Agree strongly	Approve	Disapprove	Disagree strongly
1.	CLIENT OUTCOMES				
1.1	The final report includes a work profile as one measure of the client's occupational performance				
1.2	The client will be able to realistically assess his/her vocational potential in relation to jobs available at the end of the assessment period				
1.3	The client can realistically explain why he/she agrees or disagrees with the recommendation made in the finale report				
1.4	The client has the knowledge of which of his/her existing work skills can be transferred to an alternative work situation				
1.5	Every client is in possession of an action plan at the end of the assessment period				
2.	AREA OUTCOMES				
2.1	The following options and resources are available to be considered as recommendations in the final report:				
2.1.1	return to previous work without adaptation				
2.1.2	back to previous work with adaptations				
2.1.3	back to the same work with a new employer				
2.1.4	a different work with the previous employer				
2.1.5	a different work with a new employer				
2.1.6	board the client/early retirement				
2.1.7	recommend a disability grant				
2.1.8	further training				
2.1.9	sheltered employment				
2.1.10	protected employment				
2.1.11	work preparation - vocational rehabilitation/habilitation				
	- maintenance of present work abilities				
2.1.12	home industry				
2.1.13	activity groups				

BYLAE Q

**BRIEF MET INSTRUKSIES OM BYLAE K, BYLAE N,
BYLAE O EN BYLAE P TE VOLTOOI**

11 Springbok Street
Loevenstein
BELLVILLE
7530

31 July 1996

Dear

RESEARCH PROJECT TO DEVELOP A REALISTIC AND VALID STANDARD STATEMENT AND GENERIC MEASUREMENT CRITERIA FOR OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREAS IN SOUTH AFRICA

Your willingness to participate in the above-mentioned research project is much appreciated.

The aim of the research project is to get a consensus opinion of expert occupational therapists regarding a realistic and valid standard statement and measurement criteria against which the quality of service in existing work assessment areas can be measured. Whether the comparison of the results with the standards set are favourable or not, it will give the profession the opportunity to become involved in the process of continuous quality improvement. This process is a basic component of scientific quality management which is viewed as an important development in future health care. Active involvement in quality improvement will enable the profession to become involved in external quality assurance of work assessment areas and ultimately in the accreditation of the areas.

I include the questionnaires I mentioned in my previous letter as well as information pertaining to the subject:

Please follow the procedure suggested for the completion of the questionnaires:

- (1) Read through the information pamphlet: "Why do we need to set standards in occupational therapy?" (**yellow paper**)
- (2) Complete the questionnaire regarding the "Standard Statement" (**white paper**)
- (3) Complete the three questionnaires: "Criteria for Structure"; "Criteria for Process" and "Criteria for Outcome" (**blue paper**)

Keep the "Standard Statement" you strongly agreed/agreed with in mind when marking the criteria on the questionnaires.

Base your objective opinion regarding the above on the assumption that the occupational therapist has the most important role to play in the assessment of the work abilities of clients.

THANK YOU FOR COMPLETING THE QUESTIONNAIRES AND RETURNING THEM BY

Kind regards

(MRS) SUSAN BEUKES
Tel: (021) 913-3314

BYLAE R

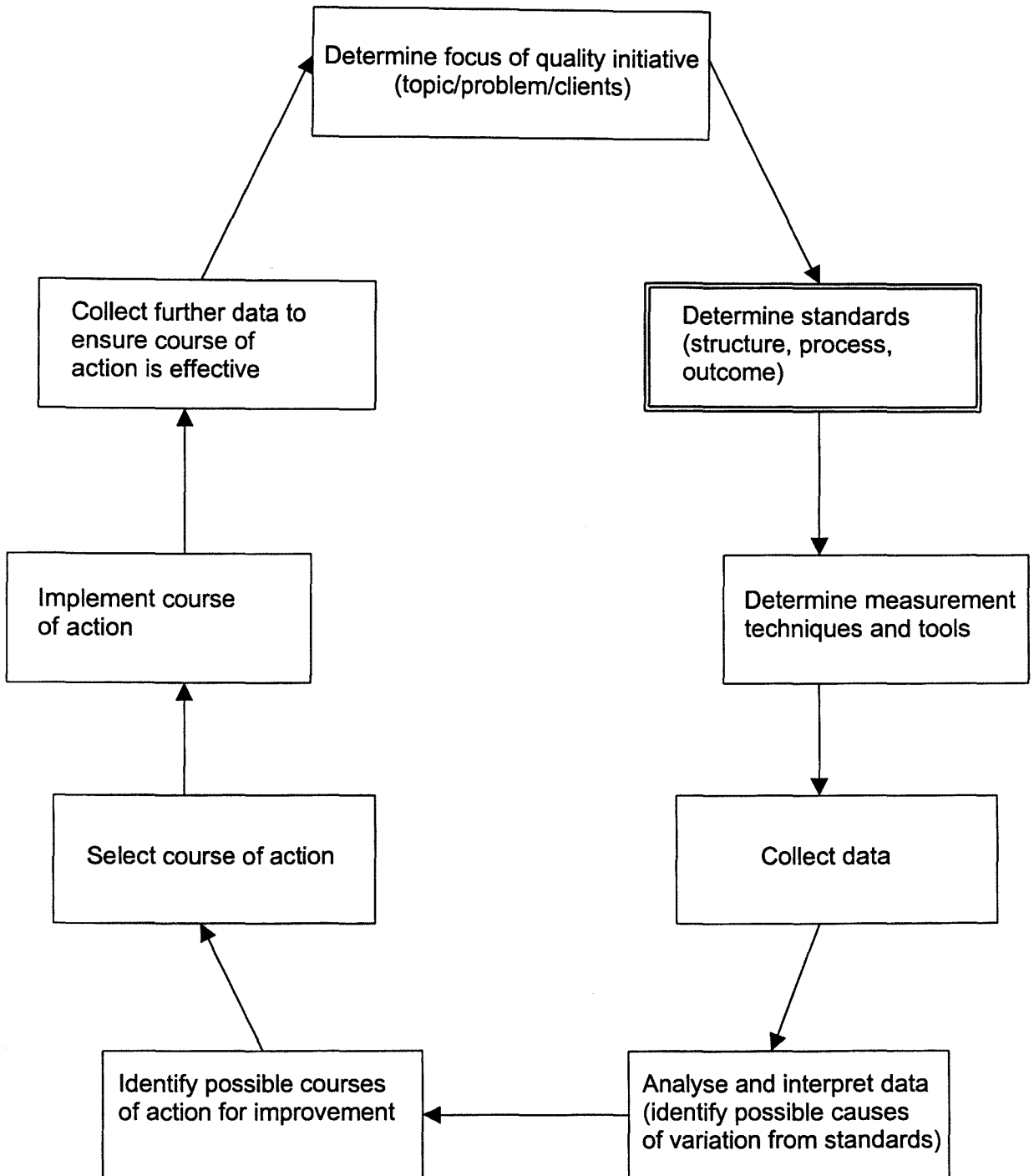
**INLIGTINGSTUK OM GEHALTEVERSEKERING
TE VERDUIDELIK**

WHY DO WE NEED TO SET STANDARDS IN OCCUPATIONAL THERAPY?

1. "Considerable pressure is being put on managers to use resources effectively and efficiently; provide a quality service; measure outcomes; monitor activities and set standards and to be sure that their service is responsive to consumer need and opinion.
2. Within the profession, there is much concern that standards and measures related to occupational therapy will be set by others, others who have little understanding of occupational therapy. Furthermore, measures may relate to quantity and not quality" (Crawford M. 1989. Setting Standards in Occupational Therapy. British Journal of Occupational Therapy, 52(8): 294-297).
3. "Within the occupational therapy profession, there has been an awakening of interest in the need to assure a quality service. The occupational therapy profession must continue to set standards, examine processes and measure outcome in order to thrive as a profession and become a marketable resource. If it does not, the profession may have its standards set by others or, worse still, it may founder entirely.

It is argued that for a standard to be achievable by all, it must necessarily be of a minimal standard initially so that optimal standards can be ultimately realized" (Roberts A. 1992. Who owns quality in the occupational therapy profession and how do we assure it? British Journal of Occupational Therapy, 55(1): 4-6).

THE QUALITY CYCLE



The aim of the research project is to develop a realistic and valid standard statement and generic measurement criteria for structure, process and outcome of occupational work assessment areas. All quality assurance begins with the standard setting by clinicians and only then can the sequence of the related activities follow to carry out quality assurance.



Topic	-	Work Rehabilitation
Subtopic	-	Work Assessment Area
Care Group	-	All clients referred for work assessment
Standard Statement: To be formulated		
* Structure	* Process	* Outcome
<u>Resource provision:</u> Facilities Equipment Supplies Personnel Time Finance	<u>Activities to be undertaken:</u> Who does what, to whom, when and how	<u>Specify the results:</u> Improvement statistics Health status Satisfaction; Understanding; Participation

* Generic measurement criteria for structure, process and outcome to be identified.

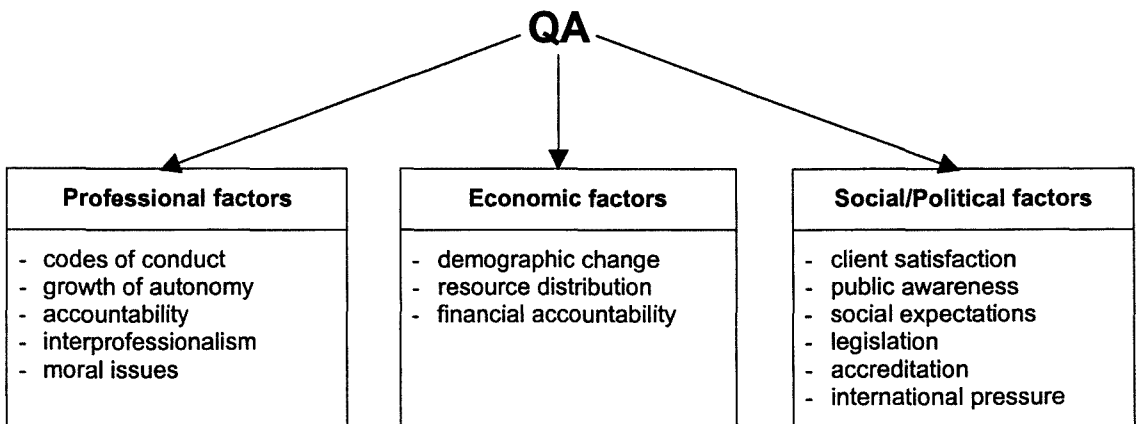
(1) **DEFINITIONS RELATED TO QUALITY ASSURANCE**

Quality assurance: A process whereby customer, consumer or producer is satisfied that appropriate standards will be met consistently for a product or service. It can be represented in a quality cycle of quality appraisal and quality action which implies continuous quality improvement or quality enhancement.

Standard Statement: The desirable and achievable level of performance corresponding with a criterion or criteria against which actual performance is compared.

Measurement: The attribution of a value expressed in numeric or literal form to an entity which thus facilitates comparison with standards.

Criterion: Specification of expected or desirable quality of a product or service. A number of criteria may be developed for each standard. Criteria should be achievable, measurable, observable, understandable and reasonable.

THE INCENTIVES FOR QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE(2) **DEFINITIONS RELATED TO WORK:**

Protocols: Outline the criteria for subject selection, state measurement tools and methods and describe intervention strategies and methods of evaluation. It defines what is acceptable practice.

Criteria-referenced measurement: The performance of an individual is compared with standards that reflect the achievement level necessary for success in a given situation (e.g. typing tests; driving tests).

Norm-referenced measurement: The performance of an individual is compared against the performance of a norm group (e.g. workers with disabilities, assembly time workers).

Work ability profile: A profile to indicate the level of the client's work abilities in relation to a norm specified by the occupational therapist.

BYLAE S

KRITERIALYS VIR BEOORDELING VAN STRUKTUUR

STANDARD STATEMENT FOR AN OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREA

The work assessment area allows for the comprehensive assessment of a client's work abilities. Various assessment methods are used within an appropriate work environment to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role. The final report includes a worker profile of the client indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.

MEASUREMENT CRITERIA FOR STRUCTURE

Criteria	Y	N	Comments
1. WORK ASSESSMENT AREA			
1.1 The area is on a public transport route			
1.2 The work area itself and all its facilities are accessible to all workers			
1.3 Work assessments take place in situations in the open labour market where possible			
2. FURNITURE AND EQUIPMENT			
2.1 The furniture and equipment comply with ergonomic principles			
2.2 The furniture and equipment contribute in creating a work atmosphere			
3. ADMINISTRATIVE STRUCTURE			
3.1 Work assessments take place from Mondays to Fridays			
3.2 Clients are assessed for at least 6 hours daily			
3.3 A clock-in system is in place			
3.4 Simulated tasks are available for use during assessment			
3.5 Job samples are available for use during assessment			
3.6 Printed assessment forms are available			
4. THE STAFF			
4.1 At least one full-time occupational therapist and one full-time occupational therapy assistant work in the area			
4.2 The staff attend Continuing Professional Development Activities pertaining to work rehabilitation twice a year			
TOTAL			
PERCENTAGE			

BYLAE T

KRITERIALYS VIR BEOORDELING VAN PROSES

STANDARD STATEMENT FOR AN OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREA

The work assessment area allows for the comprehensive assessment of a client's work abilities. Various assessment methods are used within an appropriate work environment to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role. The final report includes a worker profile of the client indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.

MEASUREMENT CRITERIA FOR PROCESS

Criteria	Y	N	Comments
1. ASSESSMENT PROCESS			
1.1 The occupational therapist screens the client to decide whether a full assessment is needed			
1.2 The occupational therapist obtains information regarding the client's vocational interest inventories			
1.3 The occupational therapist establishes a sound baseline from which each client's assessment package is developed			
1.4 The occupational therapist uses a variety of assessment methods to design an assessment package for each client			
1.5 The occupational therapist modifies assessment methods to meet the individual needs and characteristics of each client			
1.6 The occupational therapist analyses all assessment activities to ensure that they are relevant in the assessment of the client			
1.7 The occupational therapist regularly gives feedback to the client during the assessment period on his/her work performance			
1.8 The occupational therapist structures the environment where the assessment takes place			
1.9 The occupational therapist uses criteria-referenced and norm-referenced measurement tools to assess the client's work performance			
1.10 The occupational therapist does a comprehensive analysis of the client's work-related strengths and limitations during the assessment period			

Criteria	Y	N	Comments
2. FINAL REPORT			
2.1 The occupational therapist compiles a work ability profile of a client using all assessment results			
2.2 The occupational therapist compiles a final report at the end of the assessment period which includes: - the client's employment history - detail on the client's functional capacities - the client's transferable work skills - the client's employment-related strengths and weaknesses - recommendations regarding employability			
2.3 The occupational therapist, the client and where possible the employer plan how to implement the recommendations made in the final report			
2.4 The occupational therapist reports the assessment results to the referring agency			
3. USING RESOURCES			
3.1 The occupational therapist has a portfolio with a variety of options and resources available to assist the client in establishing realistic employment aims			
3.2 The occupational therapist refers the client to appropriate agencies and resources available			
3.3 The occupational therapist networks with agencies/resources to assist them with problems clients may experience with work			
TOTAL			
PERCENTAGE			

RECOMMENDATIONS:

BYLAE U

KRITERIALYS VIR BEOORDELING VAN UITKOMS

STANDARD STATEMENT FOR AN OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREA

The work assessment area allows for the comprehensive assessment of a client's work abilities. Various assessment methods are used within an appropriate work environment to assess the client's occupational performance with emphasis on the fulfilment of the worker role. The final report includes a worker profile of the client indicating the problem areas and assets regarding the client's work abilities. Appropriate recommendations regarding work are also stated in this report.

MEASUREMENT CRITERIA FOR OUTCOME

Criteria	Y	N	Comments
1. CLIENT OUTCOMES			
1.1			The final report includes a work profile as one measure of the client's occupational performance
1.2			The client knows which of his/her existing work skills can be transferred to an alternative work situation
1.3			Every client is in possession of an action plan at the end of the assessment period
2. AREA OUTCOMES			
2.1			The following options and resources are available to be considered as recommendations in the final report:
2.1.1			return to previous work without adaptation
2.1.2			back to previous work with adaptations
2.1.3			back to the same work with a new employer
2.1.4			a different work with the previous employer
2.1.5			a different work with a new employer
2.1.6			board the client/early retirement
2.1.7			recommend a disability grant
2.1.8			vocational training
2.1.9			sheltered employment
2.1.10			protected employment
2.1.11			work preparation - vocational rehabilitation/habilitation
			- maintenance of present workabilities
2.1.12			home industry/informal sector
2.1.13			activity groups

Criteria	Y	N	Comments
2.2 The outcomes of all clients assessed in the area are monitored and recorded on a regular basis			
2.3 There is a regular flow of requests for work assessments of clients to the area			
2.5 The occupational therapist can provide accurate statistics regarding clients and the outcomes of clients assessed			
TOTAL			
PERCENTAGE			

RECOMMENDATIONS:

BYLAE V

INSTRUKSIEBLAD OM BYLAE S, BYLAE T EN BYLAE U TE VOLTOOI

UNIVERSITY OF STELLENBOSCH
SURVEY: OCCUPATIONAL THERAPY WORK ASSESSMENT AREA

1. Name of area: _____
2. Address: _____
3. Name of surveyor: _____
4. Date of survey: _____

5. Guide to complete the forms:

- 5.1 Please read the Standard Statement at the top of the page of each category and keep it in mind during the evaluation.
- 5.2 The aim of completion of the forms is to identify whether the service comply with the measurement criteria for Structure, Process and Outcome.
- 5.3 Please tick (✓) to indicate compliance with each criterion - Y (Yes), N (No).
- 5.4 Calculate the total percentages for Structure, Process and Outcome.
6. Record the total percentage "Yes" scores for Structure, Process and Outcome on the data sheet below:

SUMMARY OF PERCENTAGE SCORES

	80 - 100% - AP	50 - 79% - C	0 - 49% - NC
Structure			
Process			
Outcome			

- AP = Approved compliance - maintain and improve status.
 C = Compliance - quality improvement essential.
 NC = Non-compliance - quality improvement essential.

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS:
