

KWALITEITSONTWIKKELING PARAMEDISCHE ZORG

Evaluatie van het programma

**Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg,
eerste interimrapport.**

**M.J. Driessen
E.M. Sluijs
J. Dekker**

Mei 1995



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Telefoon 030-319946. Telefax. 030-319290.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Driessen, M.J.

Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg : evaluatie van het programma ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg / M.J. Driessen, E.M. Sluijs, J. Dekker. - Utrecht: NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

ISBN 90-6905-271-7

Trefw.: paramedische hulp ; kwaliteitszorg

INHOUD	pag.
VOORWOORD	5
1. INLEIDING	9
1.1. Professionalisering en deregulering	9
1.2. Een referentiekader voor kwaliteitsbeleid	12
1.3. Het Programma Ondersteuning Kwaliteits- ontwikkeling Paramedische Zorg	15
2. METHODE	19
3. STAND VAN ZAKEN KWALITEITSBELEID PARA- MEDISCHE BEROEPEN	25
3.1. Inleiding	25
3.2. Kwaliteitsbeleid	25
3.3. Voorwaardenscheppende activiteiten	27
3.4. Deskundigheidsbevordering	30
3.5. Normering	31
3.6. Verbetermethodes/acties	33
3.7. Behoud en borging	35
3.8. Conclusies	36
4. ONTWIKKELING VAN HET KWALITEITSBELEID EN HET ONDERSTEUNINGSPROGRAMMA	39
4.1. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Fysiotherapie	39
4.2. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Radiologisch Laboranten	41
4.3. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Logopedie	42
4.4. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Diëtisten	45
4.5. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Ergotherapie	46
4.6. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Mondhygiënist	48
4.7. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Oefenthera- peuten Mensendieck	49
4.8. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Oefenthera- peuten Cesar	50
4.9. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Orthoptisten	52
4.10. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Podothera- peuten	53
4.11. Conclusies	54

Vervolg Inhoud	pag.
5. VOORTGANG VAN DE KWALITEITSPROJECTEN EN DE BIJDRAGE VAN HET PROGRAMMA	59
5.1. Inleiding	59
5.2. Voorwaardenscheppende activiteiten	59
5.3. Deskundigheid en scholing	61
5.4. Normeren van de beroepsuitoefening	62
5.5. Verbeteren van de beroepsuitoefening	66
5.6. Conclusies	72
6. EVALUATIE PROGRAMMATISCHE AANPAK EN CON- CLUSIES	73

BIJLAGE 1. Interviewprotocol

VOORWOORD

Dit rapport bevat de eerste evaluatie van het 'Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Het programma heeft als doel de paramedische beroepen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het ondersteuningsprogramma zal drie jaar duren, van 1994 tot 1997. De voortgang van het programma wordt onderzoekmatig begeleid door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Jaarlijks wordt een evaluatierapport gemaakt terwijl het eindrapport in 1997 zal verschijnen.

Het ondersteuningsprogramma wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Paramedisch Instituut (voorheen SWSF). Het programma omvat advisering aan de paramedische beroepen door consulenten, gemeenschappelijke werkconferenties en specifieke projecten gericht op onder andere de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen en intercollegiale toetsing. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) financiert het programma vanuit het streven de paramedische beroepen in de toekomst in staat te stellen tot zelfregulering van hun kwaliteitsbeleid.

Het programma vloeit voort uit een initiatief van de tien paramedisch beroepen om in een gezamenlijk project invulling te gaan geven aan de in 1990 gemaakte Leidschendamafspraken. In het kader van dit - eveneens door VWS gesubsidieerde project - heeft het CBO een referentiekader ontwikkeld aan de hand waarvan de beroepsgroepen hun kwaliteitsbeleid verder vorm kunnen geven en heeft het NIVEL een inventarisatie gemaakt van paramedische kwaliteitsactiviteiten. Het huidige ondersteuningsprogramma bouwt hierop voort.

Ondanks de verschillen tussen de beroepsgroepen achten de paramedici het zinvol hun kwaliteitsbeleid tot op zekere hoogte op elkaar af te stemmen. Daarom heeft het Ministerie besloten tot een programmatische opzet voor alle tien de paramedische beroepen gezamenlijk om een optimale inzet van middelen te waarborgen en een versnippering van kennis en deskundigheid te voorkómen.

In het programma participeren de volgende beroepen:

- Diëtisten (NVD)
- Ergotherapeuten (NVE)
- Fysiotherapeuten (KNGF)
- Logopedisten (NVLf)
- Mondhygiënisten (NVM)
- Oefentherapeuten Cesar (VBC)
- Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM)
- Orthoptisten (NVvO)
- Podotherapeuten (NVvP)
- Radiologisch Laboranten (NVRL).

Om de betrokkenheid van van de paramedische beroepsgroepen bij de vorm, inhoud en voortgang van het programma te vergroten is een Stuurgroep Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg ingesteld. De Stuurgroep bewaakt de inhoud en voortgang van het programma en fungeert als orgaan voor onderling overleg tussen de beroepsgroepen. Voorzitter van de Stuurgroep is de heer J.A.W. Bosboom, revalidatie-arts. In de Stuurgroep participeren de volgende vertegenwoordigers van de 10 paramedische beroepsgroepen:

- Mw. V. van den Anker (NVM)
- Mw. J.C.M. Berkers (NVRL)
- Mw. G. Fanoy (NVOM)
- Mw. H.C. Hasper (VBC)
- Dhr. P. Holtland (KNGF)
- Dhr. B.J.E. Mondelaers (NVLf)
- Mw. F.A. van Nes (NVE)
- Mw. M. Niesten (NVD)
- Mw. E. van Rooijen-Troost (NVvO)
- Dhr. R. Schreur (NVvP)

Als waarnemer zijn in de Stuurgroep vertegenwoordigd:

- Dhr. J. Dekker (NIVEL)
- Dhr. W. den Hartog (CBO)
- Dhr. Th.A.G. Koekenbier (GHI)
- Mw. M.J. Meulmeester (VWS)
- Mw. R. Wams (Nederlands Paramedisch Instituut, voorheen SWSF)

In dit rapport vindt u allereerst een overzicht van de stand van zaken bij de tien paramedische beroepsgroepen en de aanpak die elke beroepsgroep volgt bij het verder ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid. De bijdrage die het ondersteuningsprogramma hieraan levert wordt geëvalueerd zodat het programma ook de komende

twee jaar zo goed mogelijk tegemoet kan komen aan de wensen en verwachtingen van de beroepsgroepen.

We wensen de Paramedische Beroepen en de Stuurgroep en met name ook de Programma-medewerkers van het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut veel succes bij de verdere invulling en ondersteuning van het kwaliteitsbeleid.

1. INLEIDING

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft begin 1994 aan de Paramedische beroepsgroepen een driejaar durend 'Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' aangeboden. Dit programma wordt jaarlijks geëvalueerd door het NIVEL om te onderzoeken of het programma erin slaagt "een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid door de 10 paramedische beroepen".

De jaarlijkse evaluaties, waarvan dit de eerste is, zijn bedoeld om de inhoud en de voortgang van het programma in kaart te brengen. Daarnaast moeten de gegevens gebruikt kunnen worden voor tussentijdse bijstelling van het programma indien dat nodig blijkt te zijn. In dit eerste hoofdstuk wordt de context van het kwaliteitsbeleid en de ondersteuning daarbij geschetst. In paragraaf 1 laten we zien dat professionalisering en deregulering drijfveren voor kwaliteitsbeleid zijn. In paragraaf 2 bespreken we een referentiekader voor de invulling van het toekomstige kwaliteitsbeleid. Paragraaf 3 gaat in op de doelen en de inhoud van het ondersteuningsprogramma. Het hoofdstuk eindigt met de vraagstellingen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen.

1.1 Professionalisering en deregulering

De inspanning die de paramedische beroepen zich getroosten om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen vloeit voort uit twee drijfveren: enerzijds streven paramedici net als andere beroepsgroepen naar verdere professionalisering, een interne drijfveer; anderzijds vormen de op deregulering gerichte maatregelen van de overheid een externe drijfveer voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Deze interne en externe impulsen stimuleren de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid en leiden tegelijkertijd tot elkaar aanvullende accenten in het beleid. We lichten dit toe.

Professionalisering. Tot op heden werd de invulling van het beleid in grote mate bepaald door het streven naar verdere professionalisering van de paramedische beroepsgroepen (Timmermans e.a. 1994). Het doel was het verhogen en zichtbaar maken van de beroepskwalificatie van de paramedicus. Het accent lag op de deskun-

digheid van de beroepsbeoefenaar en op het vergroten van kennis en vaardigheden. De specifieke kennis en vaardigheden legitimeren het claimen van een eigen domein door een beroepsgroep, een eerste kenmerk van een professie (Kortenhoeven, 1989). Veel belang wordt dan ook gehecht aan het niveau van de initiële opleiding en het afstemmen van de opleidingseisen op de beroepsuitoefening. Vooral de laatste jaren hebben de beroepsverenigingen gewerkt aan het zichtbaar maken van de beroepskwalificatie in beroepsprofielen, functieprofielen en deskundighedsomschrijvingen. Ook het huidige streven naar een (betere) regulering van na- en bijscholing - waar paramedici overigens frequent aan deelnemen (Brink, 1991) - kan in dit licht worden begrepen.

Een professie kenmerkt zich daarnaast door de eigen cultuur, de ethische regels en gedragscode waar de leden aan gebonden zijn. Alle paramedische beroepsgroepen beschikken inmiddels over dergelijke regels van ethiek en gedragscodes waarin normen ten aanzien van de beroepshouding (de attitude) zijn geëxpliciteerd. De aandacht verschuift nu naar het implementeren van deze regels en controle via (vormen van) toetsing. En hiermee wordt gewerkt aan een derde kenmerk van een professie, een adequate beheersing van het beroepsgedrag om het kwaliteitsniveau van de hele beroepsgroep te waarborgen. De oorspronkelijke aandacht voor de beroepskwalificatie (de kwaliteit van de professional) wordt nu aangevuld met aandacht voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf, dat wil zeggen de kwaliteit van de daadwerkelijk verleende zorg. Dit past binnen de huidige bedrijfsmatige manier van denken over kwaliteit en de op deregulering gerichte overheidsmaatregelen.

Deregulering. Het kwaliteitsbeleid, dat met de Nota Kwaliteit van Zorg van het Ministerie van WVC in gang werd gezet, stelt het gegeven van zelfregulering in de gezondheidszorg binnen wettelijke kaders centraal (Min. van WVC, 1991). Aanbieders van zorg worden daarmee in toenemende mate zelf verantwoordelijk gesteld voor het regelen van de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering binnen de beroepsgroep c.q. de instelling. Eerder was op de Leidschendamconferenties al afgesproken dat de aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen ontwikkelen en invoeren. Deze afspraak is inmiddels bekrachtigd in de Kwaliteitswet en de Wet BIG waar aanbieders verantwoordelijk worden gesteld voor een "systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg" (Ministerie van VWS, 1992, 1994).

Deze verplichting geldt voor alle beroepsgroepen. Voor de paramedische beroepen, met uitzondering van de fysiotherapie, wordt

deze kwaliteitsbewaking van bijzonder belang omdat de wettelijke bescherming van het beroep met het inwerking treden van de Wet BIG vervalt. Deze wettelijke bescherming was sinds 1963 geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen en de daaruit afgeleide Algemene Maatregelen van Bestuur waarin o.a. de opleidingseisen zijn geregeld. Gediplomeerden werden opgenomen in het register van de Inspectie van de Gezondheidszorg waarmee de bevoegdheid werd verkregen tot uitoefening van het paramedisch beroep.

Met de inwerkingtreding van de Wet BIG vervalt in principe deze bescherming van de paramedische beroepsuitoefening, met uitzondering van de fysiotherapie. Alleen de titel blijft beschermd. Dit betekent dat ongediplomeerden zich geen ergotherapeut, diëtist etc mogen noemen, maar niet strafbaar zijn wanneer zij (delen van) het beroep uitoefenen. Behalve bij fysiotherapie is ook geen tuchtrecht van toepassing zodat geen wettelijk bescherming tegen onacceptabele beroepsuitoefening bestaat.

Dit alles betekent dat de paramedische beroepen er veel belang aan hechten om zelf het kwaliteitsniveau van het beroep te reguleren en zo goed mogelijk te waarborgen. De meeste beroepen hebben bijvoorbeeld een klachtenregeling ingesteld (ter compensatie van het tuchtrecht) en op dit moment bestaan vergevorderde plannen om registers in te stellen waarin alleen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren opgenomen worden (ter compensatie van het wettelijk register).

Bedrijfsmatig. Met de opkomst van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg is een bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit geïntroduceerd die consequenties heeft voor de invulling van het kwaliteitsbeleid van zowel instellingen als beroepen. Tot nu toe heerste de (onuitgesproken) opvatting dat de beroepskwalificatie van de professional de kwaliteit van zorg waarborgt. Met die kwalificatie is echter niet zeker gesteld dat de kennis en talenten in concrete situaties, in spreek- of behandelkamer, ook daadwerkelijk worden aangewend, zo wordt gesteld. Ook bestaat het gevaar dat teveel vanuit de eigen professie gekeken wordt en te weinig vanuit de positie van de patiënt (Verklaar, 1995). Bovendien biedt de beroepskwalificatie geen garantie voor onderlinge afstemming en organisatie van de zorg. Kwaliteitssystemen moeten zorgen dat alle aanwezige deskundigheden goed worden afgestemd op het totale zorgproces rond de patiënt. Deze nieuwe bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit komt tot uiting in het referentiekader dat door het CBO ontwikkeld is als hulpmiddel voor de verdere invulling van het kwaliteitsbeleid van (de paramedische) beroepsgroepen.

1.2 Een referentiekader voor kwaliteitsbeleid

In samenspraak met de paramedische beroepsgroepen is door het CBO een referentiekader ontwikkeld (zie pagina 13) als hulpmiddel bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid (Timmermans e.a., 1994). Als hulpmiddel kan men zich steeds de volgende drie vragen stellen, die we een voor een behandelen: a) wie is verantwoordelijk? b) wat moet er geregeld worden? c) hoe is de samenhang?

Wie is verantwoordelijk: de beroepsvereniging, de individuele paramedicus zelf of de instelling? In grote lijnen is de situatie als volgt. Op het niveau van de beroepsvereniging worden zaken geregeld als opleidingseisen, beroepsprofielen, gedragscodes, klachtenprocedures enzovoorts: de beroepskwalificatie. De verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening zelf berust bij de individuele beroepsbeoefenaar. Via na- en bijscholing, zorgvuldige registratie, intercollegiale toetsing enzovoorts kan de kwaliteit van de beroepsuitoefening worden gewaarborgd. Instellingen kijken naar het totale zorgproces en naar onderlinge afstemming en organisatie van de zorg. Het werkt verhelderend om zich bij elke activiteit af te vragen wie verantwoordelijk is en op welk niveau dat geregelde zou moeten worden.

Wat moet er geregeld worden? Uitgangspunt in het referentiekader is dat zorggedragen wordt voor:

1. marktverkenning c.q. behoefte-onderzoek
2. specificeren en expliciteren van de zorg
3. systematische verbeteracties
4. behoud of borging van de kwaliteit
5. het afleggen van externe verantwoording.

Marktverkenning en behoefte-onderzoek is tot op heden beperkt in de gezondheidszorg. Het doel daarvan is te bewerkstelligen dat zorg wordt verleend aan degenen die dit het hardst nodig hebben en dat geen overbodige zorg wordt verleend. Met andere woorden het aanbod afstemmen op de zorgbehoefte in de bevolking. Aan de hand van epidemiologische gegevens (needs) of op basis van behoefte-onderzoek (demands) kan de zorgvraag worden vastgesteld en een realistisch zorgaanbod worden gepland.

Van aanbieders wordt verwacht dat zij de zorg die zij bieden specificeren en expliciteren. In bedrijfstermen: wat is de dienst of het product dat wordt geleverd en welke eisen worden daaraan gesteld?

Schema 1: Referentiekader voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid paramedici (Bron: CBO)

DOELEN VAN KWALITEITS ZORG ↓	ACTOREN →	BEROEPS- VERENIGING	BEROEPS- BEOEFENAAR	ZORGINSTELLING*
SPECIFICEER DE TE VERLE- NEN ZORG		Met welke activitei- ten kan de be- roepsvereniging de professionele bijdra- ge aan het zorgpro- ces expliciet vast- leggen, gebaseerd op de zorgvraag en de specifieke des- kundigheid van de beroepsgroep?	Met welke activitei- ten kan de be- roepsbeoefenaar zijn bijdrage aan het zorgproces explici- teren, gebaseerd op zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de individuele zorg- vraag?	Met welke activitei- ten kan de zorgin- stelling inhoud en organisatie van het zorgverleningspro- ces expliciet vast- leggen zodat deze voor alle partijen inzichtelijk is?
ONTWIKKEL ACTIES TER VERBETERING		Met welke activitei- ten kan de be- roepsvereniging voorwaarden scheppen voor het ten uitvoer brengen van verbeterings- programma's ten behoefte van de daadwerkelijke zorgverlening?	Met welke activitei- ten kan de be- roepsbeoefenaar op structurele wijze werken aan het verbeteren van de individuele zorgver- lening?	Met welke activitei- ten kan de zorgin- stelling een voort- durende verbete- ring van de door haar te leveren zorg bewerkstel- ligen?
ZORG VOOR BEHOUD		Met welke activitei- ten kan de be- roepsvereniging toezien op het voortdurend realise- ren van het ge- wenste niveau van zorg in de daadwer- kelijke zorgverle- ning?	Met welke activitei- ten kan de be- roepsbeoefenaar het voortdurend leveren van de gewenste zorg waarborgen?	Met welke activitei- ten kan de zorgin- stelling voortdu- rend het gewenste niveau van de door haar geleverde zorg bewaken?

* In dit model wordt met zorginstelling bedoeld: elke vorm van samenwerkingsverband van twee of meer beroepsbeoefenaren, zoals gedefinieerd in het kader van de Wet op de Kwaliteit van door Instellingen te leveren Zorg. (Kwaliteitswet Zorginstellingen)

Op globaal niveau is bekend wat de paramedicus kan en doet (beroepskwalificatie). De beroepsuitoefening zelf is doorgaans nog niet in richtlijnen, protocollen of standaarden vastgelegd. Dit wordt bemoeilijkt door het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing en het schaarse effectonderzoek. Een eerste stap in die richting is het expliciteren van ervaringskennis, dat wil zeggen nauwkeurig vastleggen welke therapie bij welke aandoening is gegeven en wat de resultaten daarvan zijn. Veel paramedische beroepen hebben de laatste jaren dan ook veel tijd en energie geïnvesteerd in het ontwerpen van classificatie-, informatie- en registratiesystemen om eenheid van taal te bewerkstelligen. Eenduidige registratie werd vooral ook als voorwaarde gezien voor toekomstige toetsing.

Systematische verbeteracties en kwaliteitsbehoud of -borging liggen in elkaars verlengde. Bij kwaliteitsmanagement gaat het enerzijds om de vraag "wat kan beter?" Dat vraagt een voortdurend kritische houding tegenover het eigen werk; en anderzijds om de vraag "hoe kan goede kwaliteit worden gehandhaafd?" Dat vraagt om systematische bewaking van kwaliteit. Bij verbeteracties valt te denken aan intercollegiale toetsing (mono-disciplinair), kwaliteitskringen of -cirkels (multidisciplinair) of verbeterprojecten bijvoorbeeld op basis van klachtenregistraties of satisfactiemetingen.

Instrumenten voor kwaliteitsborging zijn op dit moment nog volop in ontwikkeling. Herregistratie en accreditatie kunnen bijvoorbeeld voor dat doel worden ingezet.

Hoe is de samenhang? De samenhang tussen de kwaliteitsactiviteiten maakt dat het geheel meer is dan de som der delen. Klachtenregistraties en tevredenheidsmetingen krijgen een meerwaarde als op basis daarvan systematische verbeteringen worden aangebracht. Bovendien moet samenhang ervoor zorgen dat kwaliteitsactiviteiten elkaar niet bijten. Bijvoorbeeld: als de instelling in het kader van het kwaliteitssysteem protocollen ontwikkelt voor het gehele zorgproces zullen mono-disciplinaire protocollen daarop afgestemd moeten worden. Het referentiekader biedt de mogelijkheid de samenhang zichtbaar te maken (zie schema 1).

In het referentiekader worden instrumenten als toetsing, satisfactiemetingen enzovoorts niet op voorhand voorgeschreven. Niet de instrumenten staan centraal (de middelen) maar het doel. Uitgangspunt is steeds de vraag: "wat moet geëxpliciteerd, verbeterd en bewaakt worden?" en daarna komt de vraag: "welke instrumenten zijn daarvoor geschikt"?

Het referentiekader schrijft ook niet voor waar men moet beginnen. De beroepsgroep kan dat zelf bepalen afhankelijk van wat men al heeft en van de prioriteiten die men stelt.

Het referentiekader is bedoeld als een (abstract) denkmodel. Het is een hulpmiddel voor beroepsgroepen bij de verdere ontwikkeling en vormgeving van hun kwaliteitsbeleid. Het ondersteuningsprogramma biedt daarbij de helpende hand.

1.3 Het Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische zorg

Het doel van het ondersteuningsprogramma is in algemene termen geformuleerd, namelijk: "de ondersteuning van de verschillende beroepsgroepen bij de ontwikkeling en vormgeving van hun eigen kwaliteitsbeleid". Met vormgeven wordt bedoeld de vertaling van het kwaliteitsbeleid in concrete kwaliteitsbewakende en kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Het ondersteuningsprogramma bestaat uit een algemeen deel, waarin ondersteuning wordt geboden aan zo mogelijk alle paramedische beroepsgroepen gezamenlijk, en een specifiek deel waarin ondersteuning wordt geboden bij beroepsspecifieke kwaliteitsprojecten.

Algemeen deel van het programma. Het algemene deel van het programma houdt in ondersteuning van de beroepsgroepen via gezamenlijk werkconferenties en werkgroepen, en via de verspreiding van informatie. In 1994 zijn werkconferenties gehouden over de volgende onderwerpen:

- Algemene oriëntatie op kwaliteitsbeleid: 39 deelnemers
- Managen van een kwaliteitsproject: 26 deelnemers
- Ontwikkelen van kwaliteitsbeleid: 54 deelnemers
- Richtlijnen en standaarden: 26 deelnemers

Aan de werkconferenties is deelgenomen door vertegenwoordigers van de besturen en van de kwaliteitscommissies. Voor de inhoud van de conferenties wordt verwezen naar het "Verslag Werkzaamheden 1994" (CBO, 1995).

Voor de verspreiding van informatie is een Werkgroep Publicaties opgericht. In december 1994 is een eerste nieuwsbrief omtrent de inhoud en voortgang van het ondersteuningsprogramma verspreid onder de beroepsverenigingen. De beroepsverenigingen zijn zelf verantwoordelijk voor verspreiding van informatie onder de leden.

De werkgroep zal hierbij ondersteuning bieden. Eind 1994 is eveneens een werkgroep financiering opgericht, die zich gaat buigen over de financiering van kwaliteitsbeleid.

Onder de algemene activiteiten vallen tenslotte het ontwikkelen van een werkboek visitatie (CBO) en de ontwikkeling van systemen voor bij- en nascholing (Nederlands Paramedisch Instituut) voor enkele beroepsgroepen.

Het Nederlands Paramedisch Instituut stelt daarnaast het documentatie-centrum ter beschikking. Alle beroepsgroepen kunnen hierop een beroep doen voor het verkrijgen van beroepsinhoudelijke informatie.

Specifiek deel van het programma. Het specifieke deel van het ondersteuningsprogramma bestaat uit advisering via consultantschappen en uit kwaliteitsprojecten. Voor elke paramedische beroepsgroep is een CBO-consultant beschikbaar. Deze kan op verzoek adviseren omtrent de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en begeleiding geven aan bijvoorbeeld de commissie kwaliteit. Daarnaast kan de CBO-consultant gericht doorverwijzen bij specifieke kwaliteitsvraagstukken. In 1994 hebben alle beroepsverenigingen gebruik gemaakt van deze adviesfunctie.

Naast deze consultantschappen zijn de volgende projecten onderdeel van het ondersteuningsprogramma:

Richtlijnen en standaarden

- Centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen (KNGF)
- Centrale ontwikkeling en legitimering van logopedische standaarden (NVLF)
- Protocollen en intercollegiale toetsing in de diëtetiek (NVD)
- Standaarden in de ergotherapie (NVE)

Toetsing

- Intercollegiale toetsing ergotherapie (NVE)
- Invoering kwaliteitstoetsing radiologisch laboranten (NVRL)
- Intercollegiale toetsing oefentherapeuten Mensendieck (NVOM)
- Intercollegiale toetsing oefentherapeuten Cesar (VBC).

Overig

- Onderwijsmodule kwaliteitszorg Radiotherapie-opleiding (NVRL)
- Studiedag Kwaliteit voor het bestuur (NVvP)
- Regeling herintreders orthoptisten (NVvO)
- Implementatie Beroepscode en Beroepsprofiel (NVM)
- Beroepsspecifieke diagnosecode oefentherapeuten Cesar (VBC)

Dit laatste project wordt uitgevoerd door het Nederlands Paramedisch Instituut terwijl dit Instituut ook betrokken is bij het richtlijnenproject in de fysiotherapie. Het CBM te Nijmegen ontwikkelt de

logopedische standaarden; de overige projecten worden door het CBO uitgevoerd. De meerderheid van de projecten verkeert in het beginstadium. De opzet en aanpak van de projecten wordt beschreven bij de procesevaluatie in hoofdstuk 5 van dit rapport.

De hierboven opgesomde activiteiten en projecten vormen tezamen het ondersteuningsprogramma. De diversiteit vloeit voort uit het feit dat elke beroepsgroep zelf gekozen heeft voor bepaalde activiteiten of projecten, afhankelijk van de ontwikkelingsfase en de specifieke situatie waarin de beroepsgroep verkeert. De gemeenschappelijke noemer in het programma is de gerichtheid op kwaliteit en de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

De algemene doelstelling van het evaluatie-onderzoek is dan ook in kaart te brengen welke bijdrage het ondersteuningsprogramma levert aan de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid door de tien paramedische beroepsgroepen. De volgende vraagstelling vormt de leidraad bij het onderzoek:

- 1.a In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid (verder) te ontwikkelen?
- 1.b In hoeverre slagen de paramedische beroepsverenigingen erin hun kwaliteitsbeleid (verder) te concretiseren c.q. te vertalen in kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten?
- 1.c In hoeverre zijn deze kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende activiteiten implementeerbaar in de beroepsgroep en welke activiteiten worden of zijn in het kader van het ondersteuningsprogramma geïmplementeerd?
2. In hoeverre draagt het algemene en specifieke deel van het Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg bij aan deze ontwikkelingen?

Opgemerkt moet worden dat in dit rapport alle ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbeleid, dus ook die buiten het programma plaatsvinden, in beeld worden gebracht.

LITERATUUR

Brink-Muinen A. van den, Dekker J. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn. Utrecht, NIVEL, 1991.

CBO. Verslag Werkzaamheden 1994. Utrecht, Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing, 1995.

Kerklaan L.A.F., Kleef F.P.J. van. Certificatie van kennisintensieve dienstverlening. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Casparie A.F. e.a. (red.). Utrecht, Uitgeverij De Tijdstroom B.V., 1995.

Kortenhoeven D. 100 Jaar Fysiotherapie. Ontwikkeling van een wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep. Arnhem, Gouda Quint BV, 1989.

Ministerie van WVC. Nota Kwaliteit van zorg. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1991.

Ministerie van WVC. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1992.

Ministerie van WVC. Kwaliteitswet zorginstellingen. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1994.

Timmermans J.E., Sluijs E.H., Dekker J., Hartog W.H.M. den. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht, NIVEL/CBO, 1994.

2. METHODE

Om de vraagstellingen te kunnen beantwoorden zullen zowel de in hoofdstuk één vermelde algemene als specifieke activiteiten worden geëvalueerd. Daarnaast richt het onderzoek zich op andere activiteiten die in het kader van het programma ondernomen zullen worden.

Karakter van het onderzoek

Algemeen uitgangspunt bij het evaluatie-onderzoek is:

- a) het betreft een proces-evaluatie
- b) het evaluatie-onderzoek heeft een interactief karakter
- c) het onderzoek vindt periodiek plaats (niet eenmalig).

ad.a Proces-evaluatie

Met proces-evaluatie wordt bedoeld dat het proces van de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid in kaart wordt gebracht. Dit geldt ook voor het proces van de ondersteunende activiteiten die in het kader van het programma worden ondernomen. Voor deze proces-evaluaties zal gebruik worden gemaakt van een voor dit doel ontworpen onderzoeksmethode die onder andere beschreven is door Donker (1987), Dekker en Leeuw (1989) en Fitz-Gibbon and Lyons Morris (1987).

Proces-evaluaties zijn van belang om zicht te krijgen op factoren die de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid faciliteren dan wel belemmeren. Een eenmalige eindevaluatie van het ondersteuningsprogramma zou geen inzicht geven in de ontwikkelingsgang zodat achteraf niets bekend zou zijn over factoren die het slagen of mislukken van de ontwikkelingen hebben beïnvloed.

De procesevaluaties kunnen de voortgang zichtbaar maken door periodiek in kaart te brengen in welke ontwikkelingsfase de activiteiten zich bevinden. Dit geldt zowel de voortgang van het kwaliteitsbeleid als de voortgang van de ondersteunende activiteiten. Globaal worden de volgende ontwikkelingsfasen onderscheiden:

- 1) oriëntering en planningsfase;
- 2) uitwerking en experimenteerfase;
- 3) invoering en verankeringsfase.

In het onderzoek wordt deze fasering nader uitgewerkt.

ad.b. Interactief

Het evaluatie-onderzoek heeft een interactief karakter. Hiermee wordt bedoeld dat het onderzoek ook gedurende de looptijd van het ondersteunings- programma probeert een bijdrage te leveren aan nadere invulling en bijsturing van het programma. Dit gebeurt door tussentijds resultaten van het evaluatie-onderzoek aan te leveren. Om te waarborgen dat deze resultaten verwerkt kunnen worden in de jaarlijkse werkplannen van het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut zal het NIVEL de tijdstippen van de (tussentijdse) rapportages afstemmen op de activiteiten van het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut.

Deze tussentijdse rapportages hebben ook de functie de afzonderlijke beroepsgroepen tussentijds kennis te laten nemen van de ontwikkelingen die zich in de andere beroepsgroepen voordoen. Hierdoor kan men elkaars ervaringen benutten.

ad.c. Periodiek

Uit het bovenstaande vloeit automatisch voort dat het evaluatie-onderzoek zal bestaan uit een aantal tussentijdse rapportages die elkaar in de tijd opvolgen en periodiek worden herhaald.

Design

De vragen omtrent de ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid (vraag 1.a en 1.b.) zullen op het niveau van de beroepsvereniging onderzocht worden. Hiertoe worden jaarlijkse interviewrondes gehouden met vertegenwoordigers van het bestuur en van de kwaliteitscommissies van elke beroepsvereniging.

De vraag naar de implementatie of de implementeerbaarheid van de ontwikkelde kwaliteitsbewakende en kwaliteitsbevorderende instrumenten (vraag 1.c) wordt onderzocht op het niveau van het kader van de beroepsgroep.

De vraag naar de bijdrage die het ondersteuningsprogramma levert (vraag 2) wordt op twee manieren onderzocht: ten eerste wordt aan de beroepsvereniging gevraagd in welke mate het ondersteuningsprogramma bijdraagt dan wel bijgedragen heeft aan de ontwikkeling en vormgeving van het kwaliteitsbeleid; ten tweede wordt de voortgang van het ondersteuningsprogramma zelf onderzocht door elke activiteit binnen het programma te evalueren bij zowel de uitvoerders als de direct betrokken doelgroep (bijvoorbeeld de toetsingsgroep).

Samengevat ziet het design er schematisch als volgt uit:

VRAAG	NIVEAU	METHODE	TIJDSTIP
vraag 1a en 1b ontwikkeling en vormgeving kwali- teitsbeleid	beroepsvereniging kwaliteitscommis- sie	interviews	1994/95/96
vraag 1c implementatie c.q. implementeerbaar- heid	kader v.d. beroepsgroep	enquêtes	1996
vraag 2 - bijdrage van ondersteunings- programma	beroepsvereniging	interviews	1994/95/96
- voortgang van het ondersteu- ningsprogramma	uitvoerders directe doelgroepen	interviews enquêtes	1994/95/96

Evaluatie op het niveau van de beroepsvereniging (vraag 1a, 1b en 2)

Voor de meting op het niveau van de beroepsvereniging (koepel) wordt gebruik gemaakt van de inventarisatie van kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten die het NIVEL begin 1994 heeft verricht (Rapport 'Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepsgroepen'). Deze inventarisatie wordt aangevuld met een jaarlijkse interviewronde op koepelniveau. Per beroepsgroep zal zowel het bestuur van de beroepsvereniging als de kwaliteitscommissie worden geïnterviewd. De eerste interviewronde wordt gehouden in het najaar van 1994 en dient als nulmeting. De laatste interviewronde vindt in het najaar van 1996 na afloop van het programma plaats.

Deze interviewrondes moeten jaarlijks de voortgang en de invulling van het kwaliteitsbeleid per beroepsgroep in beeld brengen. Naast de besturen worden de kwaliteitscommissies geïnterviewd om te onderzoeken van welke ondersteuning en informatie de kwaliteitscommissies gebruik maken bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid (bijv. de werkconferenties, consulentfunctie van het CBO enzovoorts). Deze informatie maakt zichtbaar op welke wijze de ondersteunings activiteiten een bijdrage leveren aan de kwaliteitsontwikkelingen in de beroepsgroep.

Evaluatie op het niveau van het kader van de beroepsgroep (vraag 1c)

De vraag naar de implementatie c.q. implementeerbaarheid wordt onderzocht bij het kader van de beroepsgroepen. Er is voor dit 'tussenniveau' gekozen omdat niet verwacht kan worden dat nieuw ontwikkelde instrumenten al gedurende de looptijd van het project op grote schaal in de beroepsgroep geïmplementeerd zullen zijn.

Inmiddels heeft nagenoeg elke paramedische beroepsgroep een infrastructuur ontwikkeld waarbij kaderleden of andere functionarissen op regionaal of lokaal niveau het beleid uitdragen. Zij zullen het eerste op de hoogte zijn van nieuwe beleidsontwikkelingen en, omdat dit kader in nauw contact staat met de individuele beroepsbeoefenaren, kan het kader een mening geven over de implementatie of de implementeerbaarheid van het beleid c.q. nieuwe instrumenten of methoden. Aan het kader zal worden gevraagd in hoeverre men op de hoogte is van het kwaliteitsbeleid van de koepel en van de nieuw ontwikkelde methoden en instrumenten, alsmede in hoeverre men dit in de praktijk implementeerbaar acht dan wel al gebruikt c.q. uitprobeert.

Hiertoe wordt een enquête gehouden onder een steekproef van 75 leden die het 'tussenniveau' vertegenwoordigen, dat wil zeggen die de verbinding vormen tussen bestuur en veld. Aan het bestuur van de vereniging zal worden gevraagd welk type functionarissen daarvoor benaderd dienen te worden. De steekproef wordt getrokken uit het ledenbestand van de beroepsvereniging. Bij twee beroepsgroepen wordt vanwege het verschil in werksetting tweemaal een steekproef van 75 leden getrokken, namelijk voor fysiotherapeuten die intra- en extramuraal werkzaam zijn en bij logopedisten die in de gezondheidszorg of daarbuiten werkzaam zijn. Indien het kader minder dan 75 leden telt wordt de steekproef aangevuld met niet-kaderleden (podothérapeuten en orthoptisten).

Deze enquête wordt eenmalig gehouden in het najaar van 1996.

Evaluatie van de voortgang van het ondersteuningsprogramma (vraag 2)

De hiervoor beschreven evaluaties hebben betrekking op de gebruikers van het ondersteuningsprogramma. Het ondersteuningsprogramma zelf wordt geëvalueerd door proces-evaluaties van alle afzonderlijke activiteiten die binnen het ondersteuningsprogramma uitgevoerd worden.

Na afloop van elk project c.q. activiteit zal gevraagd worden hoe het project is verlopen en wat het resultaat daarvan is. Dit wordt zowel

gevraagd aan de medewerkers van het CBO of Nederlands Paramedisch Instituut die het project uitvoerden (via interviews) als aan de direct betrokken doelgroep (via enquêtes). Direct betrokken doelgroepen zijn bijvoorbeeld degenen die participeren in een toetsingsgroep, degenen die meewerken aan richtlijn- of protocolontwikkeling of degenen die participeren in een implementatieproject. Deze proces-evaluaties richten zich op de inhoud van de projecten c.q. activiteiten. Verantwoording van personele inzet en besteding van middelen blijven buiten beschouwing en worden gerekend tot de eigen verantwoordelijkheid van het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut.

In samenwerking met het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut zal het NIVEL een vragenlijst opstellen die, voor zover mogelijk, ingaat op de gemeenschappelijke aspecten in de verschillende activiteiten en projecten. Het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut zullen de namen en adressen van de uitvoerders en de direct betrokken doelgroep aan het NIVEL ter beschikking stellen. Deze evaluaties van de projecten c.q. activiteiten vinden steeds plaats wanneer een project/activiteit is afgerond.

In het volgende hoofdstuk wordt allereerst de huidige stand van zaken bij de paramedische beroepen in kaart gebracht.

LITERATUUR

Dekker P.J., Leeuw F.L. Beleids- en Programma-evaluaties: een stand van zaken in de sociaal wetenschappelijke literatuur. Leiden, DSWO Press, 1989

Donker M.C.H. De toets der goede bedoelingen. Een inleiding tot programma-evaluatie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht, NcGv, 1987

Fitz-Gibbon C.T., Lyons Morris L. How to Design a Program Evaluation. California, SAGE Publications Inc. 1987.

Ministerie van WVC. Nota 'Kwaliteit van zorg'. 's-Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1991.

NRV. Paramedici en kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992.

Sluijs E.M., Bakker D.H.de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1992.

Sluijs E.M., Bakker D.H. de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.

Timmermans J.E., Sluijs E.M., Dekker J., Hartog W.H.M. Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepen. Utrecht, CBO/NIVEL, 1994.

3. STAND VAN ZAKEN KWALITEITSBELEID PARAMEDISCHE BEROEPEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de stand van zaken bij de paramedische beroepen. De ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid en de bijdrage van het programma komen in de volgende hoofdstukken aan de orde. Voor de beantwoording van de vragen omtrent deze stand van zaken hebben alle beroepsverenigingen een enquête ingevuld waarin diverse aspecten van het kwaliteitsbeleid naar voren komen. Dit hoofdstuk geeft weer hoever de verschillende beroepsgroepen naar hun eigen zeggen zijn gekomen. Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen: kwaliteitsbeleid, voorwaarden voor kwaliteitszorg, deskundigheid, normering, verbetermethoden en behoud.

De stand van zaken betreft de volgende paramedische beroepen. Wij geven vooraf een overzicht van de omvang van de beroepsgroepen (leden die zijn aangesloten bij de beroepsvereniging).

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Aantal beroepsbeoefenaren circa	15000	4500	3239	1900	1275	1200	850	773	262	180

Bron: L. Hingstman, J. Harmsen, Beroepen extramurale gezondheidszorg 1994, De Tijdstroom/NIVEL.

3.2 Kwaliteitsbeleid

Alle paramedische beroepsgroepen zijn bezig met het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleid en sommigen hebben het al op schrift gesteld (zie tabel 1). Een aantal beroepsgroepen geeft aan zelf het initiatief te hebben genomen bij het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid en anderen geven juist aan dat zij door het van start gaan van het ondersteuningsprogramma zijn aangezet cq geholpen bij het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid. Andere onderdelen van een

kwaliteitsbeleid, zoals een kwaliteitswerkplan, produktomschrijvingen en een (prototype of model van een) kwaliteitsjaarverslag worden elk door drie beroepsverenigingen gemeld. Hierbij wordt aange-tekend dat de meningen verschillen over wat onder 'produkt-omschrijvingen' moet worden verstaan: exacte specificaties van de zorg of een omschrijving in meer algemene termen.

Tabel 1: Kwaliteitsbeleid

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Kwaliteitsbeleid op schrift	/	x	x	/	/	/	/	x	x	/
Kwaliteitswerkplan	/	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Produktomschrijvingen	x	-	x	-	-	x	-	-	-	-
Kwaliteitsjaarverslag	/	-	x	/	-	-	x	-	x	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

Niet alleen is geïnventariseerd wat is ontwikkeld binnen de beroepsverenigingen op het gebied van kwaliteitsbeleid, ook is gevraagd naar de redenen die een rol hebben gespeeld bij de keuze om expliciet aan kwaliteitsbewaking/-verbetering te gaan werken. Uit de resultaten van de enquête blijkt dat voor alle beroepsgroepen de aspecten professionalisering en profilering in zeer grote mate hebben meegespeeld om aan kwaliteitszorg te gaan doen. Wat enigszins meespeelde waren o.a. ontwikkelingen in andere beroepsgroepen, congressen, cursussen en/of literatuur, de eisen van verzekeraars en de toenemende of verwachte concurrentie. Bij vijf beroepsverenigingen was de start van het programma een belangrijke aanleiding om het kwaliteitsbeleid (verder) te ontwikkelen (NVRL, NVE, NVM, NVvO, NVvP), voor vier beroepsverenigingen speelde het van start gaan van het programma enigszins mee (NVLF, NVD, NVOM, VBC) en voor het KNGF speelde het geheel niet mee bij de keuze om aan kwaliteitszorg te gaan doen.

Een item wat door de meeste beroepsgroepen (80%) werd aangegeven als iets wat niet bepalend was voor de keuze om aan kwaliteit te gaan doen waren klachten van patiënten.

Ook is gevraagd naar de effecten die de beroepsverenigingen verwachten van de systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking/verbetering. Positieve effecten die bijna door alle beroepsverenigingen worden verwacht zijn: toename van tevredenheid van beroepsbeoefenaren, patiënten, verwijzers, financiers en een toename van klantgerichtheid. Daarnaast verwacht men een toename van uniformiteit binnen de beroepsgroep en een betere profilering van de beroepsgroep. De meningen zijn verdeeld over het feit dat het werken aan kwaliteit op de lange termijn, kostenbesparend zou kunnen werken. Drie verenigingen denken dat dit wel het geval zal zijn (NVRL,NVE,NVvO) en de rest denkt van niet. Een aantal beroepsgroepen geeft aan dat sommige effecten al zijn bereikt door het systematisch werken aan kwaliteit. Zo geven het KNGF en de NVD aan al een toename van de klantgerichtheid te hebben bereikt en het KNGF geeft daarbij ook aan dat er een toename is geconstateerd in de tevredenheid van de patiënten. Daarnaast geeft de NVLF aan al een betere profilering van de beroepsgroep te hebben bereikt door de aandacht die zij aan kwaliteit hebben besteed.

Naast de bovengenoemde positieve effecten wordt door de meeste beroepsgroepen onderkend dat het werken aan kwaliteit ook negatieve effecten met zich mee brengt. Bijna unaniem wordt genoemd dat het voor de vrijwilligers van de verenigingen een grote tijdsinvestering en extra inzet kost. Daarnaast legt het een extra druk op de beroepsbeoefenaren en vraagt het extra inzet die niet gehonoreerd wordt omdat de honoreringsstructuur niet voorziet in activiteiten op dit gebied. Van de beroepsvereniging vraagt het geheel een enorme investering in menskracht en geld die vaak ten koste gaat van andere zaken, zo wordt gemeld.

3.3 Voorwaardenscheppende activiteiten

Bij het inventariseren van de randvoorwaarden die zijn gecreëerd om aan kwaliteit te kunnen doen is naar twee aspecten gekeken. Enerzijds naar de voorwaardenscheppende activiteiten die ten behoeve van het kwaliteitsbeleid ontwikkeld zijn, bijvoorbeeld classificatiesystemen. Anderzijds naar voorwaarden die zijn gecreëerd op bestuurlijk nivo (buiten het ondersteuningsprogramma om), bijvoor-

beeld het creëren van een goede infrastructuur binnen de vereniging of het instellen van een commissie kwaliteit.

Uit de resultaten van de enquête bleek dat de acties die op bestuurlijk niveau zijn ondernomen enigszins van elkaar verschillen. De meeste beroepsgroepen (80%), hebben een kwaliteitscommissie ingesteld. Extra scholing voor bestuur en/of kader heeft plaatsgevonden bij het KNGF, NVLF en de NVvP. Daarnaast hebben enkele beroepsverenigingen acties ondernomen op het gebied van het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris (KNGF, NVRL), het vrijmaken van extra budget voor kwaliteit (NVLF, NVM, VBC) of is externe ondersteuning gezocht (KNGF, NVLF, NVvO). Andere mogelijkheden die zijn ondernomen in de voorwaardenscheppende sfeer zijn, aanpassing van de infrastructuur van de vereniging (KNGF), oprichting stichting kwaliteitsbevordering logopedie (NVLF) en contacten met een nascholingsinstituut dat na- en bijscholing gaat reguleren (NVD).

De voorwaardenscheppende activiteiten die de beroepsverenigingen hebben ondernomen worden weergegeven in tabel 2 (volgende pagina).

Uit tabel 2 blijkt dat bijna alle beroepsgroepen van mening zijn dat structurele informatie over kwaliteit aan de leden wordt verstrekt en dat de vereniging een goede infrastructuur heeft. Dat veel beroepsgroepen desondanks van mening zijn dat deze infrastructuur verbeterd moet worden om het kwaliteitsbeleid te implementeren komt in hoofdstuk 4 en 5 aan de orde. Het beschikken over uniforme classificatiesystemen geeft een diverser beeld. Classificatiesystemen m.b.t. aandoeningen/problemen die door de beroepsgroep behandeld worden of m.b.t. de therapeutische verrichtingen van de beroepsbeoefenaren zijn ontwikkeld of in ontwikkeling bij de volgende beroepsgroepen: KNGF, NVLF, NVE, NVOM, VBC, NVvP. De overige beroepsgroepen geven aan niet zo een systeem te hebben. De helft van de beroepsgroepen beschikt over uniforme richtlijnen op het gebied van verslaglegging cq patiëntenstatus/dossier of op het gebied van rapportage naar verwijzer/specialist. Uniforme richtlijnen voor patiëntendossiers zijn ontwikkeld bij het KNGF en de NVD en zijn in ontwikkeling bij de NVOM, de VBC en de NVvO. Richtlijnen voor verslaglegging naar de verwijzer zijn ontwikkeld bij de VBC en in ontwikkeling bij NVM, NVOM, VBC en NVvO.

Tabel 2: Voorwaardenscheppende activiteiten ten behoeve van het kwaliteitsbeleid

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Structurele informatievoorziening aan leden m.b.t. kwaliteit	x	x	x	x	x	/	x	x	x	/
Goede infrastructuur	x	x	x	x	/	x	/	x	x	/
Uniforme classificatiesystemen										
- m.b.t.aan- doeningen	x	-	x	-	x	-	/	x	-	/
- m.b.t. thera- peutische ver- richtingen	/	-	x	-	/	-	/	/	-	/
- m.b.t. hulpmid- delen	/	-	-	-	x	-	-	x	-	-
Uniforme richt- lijnen										
- verslaglegging patiënten status/dossier	x	-	-	x	-	-	/	/	/	-
- rapportage naar verwijzer/specia- list	-	-	-	-	-	/*	/	/	/	-
Geautomatiseerd informatiesysteem										
- op praktijk- niveau	x	-	x	-	-	-	/	x	-	-
- op landelijk niveau	/	-	x	-	-	-	-	-	-	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

* Voor vrijevestigde mondhygiënisten is uniforme rapportage naar verwijzer wel ontwikkeld.

Een geautomatiseerd informatiesysteem op praktijk cq landelijk nivo hebben nog maar enkele beroepsgroepen ontwikkeld. Het KNGF en de NVLF hebben beide systemen en de NVOM en de VBC beschikken over zo een systeem op praktijknivo.

3.4 Deskundigheidsbevordering

In de enquête is gevraagd naar activiteiten op het gebied van opleiding en na- en bijscholing. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van activiteiten die op het gebied van deskundigheidsbevordering zijn ontplooid.

Tabel 3: Opleiding en scholing

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Afstemming met initiële opleiding	-	x	-	x	x	x	x	-	-	x
Onderwijsmodule kwaliteitszorg op initiële opleiding	-	*/	-	-	x	x	/	-	-	-
Criteria voor herintreders	-	-	-	-	-	-	x	-	/	-
Scholingsaanbod voor herintreders	-	-	-	-	-	x	x	x	/	x
Overzicht van aanbod na/bij-scholing	x	x	x	/	-	/	x	x	x	x
Criteria waaraan na/bij-scholing moet voldoen	/	/	-	x	/	-	/	/	-	-
Systeem voor accrediteren van na/bij-scholing	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
Bij/nascholing verplicht voor leden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

* Wel module voor radiotherapie, nog niet voor radiodiagnostiek.

Uit de resultaten blijkt dat de meeste beroepsverenigingen (NVRL, NVD, NVE, NVM, NVOM, NVvP) zich bezighouden met de kwaliteit van de initiële opleiding. In de meeste gevallen via overleg met de opleidingen. Een module kwaliteitszorg is opgenomen in de curricula

van de initiële opleiding van drie beroepsverenigingen (NVRL, NVE, NVM) en is bij de NVOM in ontwikkeling.

Bij drie beroepsgroepen worden of zijn criteria voor herintreders geformuleerd. Veel meer beroepsverenigingen houden zich bezig met het ontwikkelen van een cursusaanbod voor herintreders (NVM, NVOM, VBC, NVvO, NVvP). Een overzicht op het gebied van de na- en bijscholing die in het land wordt aangeboden is bij negen van de tien beroepsgroepen aanwezig. Het ontwikkelen van criteria waar de na/bijscholing aan moet voldoen is bij de meeste beroepsgroepen in ontwikkeling met uitzondering van de NVD waar deze criteria al wel zijn geformuleerd. Het accrediteren van bij/nascholing wordt op dit moment door twee beroepsgroepen opgepakt; geen enkele beroepsgroep heeft een systeem voor accreditatie ontwikkeld. Hetzelfde geldt voor het verplicht stellen van bij/nascholing voor leden, op dit moment is geen enkele beroepsgroep hiermee bezig.

3.5 Normering

Normen en criteria die zijn ontwikkeld ten aanzien van de beroepsgroepen worden onderscheiden in drie hoofdgroepen: normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar, het methodisch/technisch handelen en de organisatie van de beroepsuitoefening. Naast de vraag welke normen zijn ontwikkeld is ook gevraagd of de ontwikkelde normen/criteria periodiek worden bijgesteld.

Tabel 4 laat zien dat er op het gebied van normering door alle beroepsverenigingen veel is ontwikkeld.

Tabel 4: Normen/criteria

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Attitude beroepsbeoefenaar										
Ethische code	x ^p	-	x ^p	-	x	x	x ^p	x	x	x ^p
Beroepscode/ Gedragsregels	x ^p	x	x ^p	x	x	x	x ^p	x	x	x
Modelovereenkomst patiënt(en-organisaties)	x ^p	-	/	/	-	-	-	/	-	-
Methodisch technisch handelen										
Deskundigheidsomschrijving	x ^p	x	x ^p	x	x	x	x	x	x	x
Beroepsprofiel	x ^p	x	x	x ^p	x	x	x ^p	x ^p	x	x
Profielschetsen	x ^p	-	/	/	x	x	-	x	-	nvt
Criteria/normen zorginhoud	-	-	-	/	/	-	-	x	-	-
Organisatie beroepsuitoefening										
Criteria/richtlijnen praktijk-inrichting	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x
Criteria/richtlijnen praktijkvoering	-	-	-	/	x	x	/	x	-	-
Criteria/richtlijnen overdracht	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

p = ja, periodieke bijstelling

Uit de tabel blijkt dat op het gebied van de attitude door alle beroepsverenigingen een of meerdere documenten, ethische code, beroepscode, gedragsregels, zijn ontwikkeld. Een modelovereenkomst met patiënt(en-organisaties) is alleen door het KNGF ontwikkeld en de NVD, de NVLF en de VBC hebben stappen ondernomen om ook tot zo een overeenkomst te komen.

Met betrekking tot de attitude van de beroepsbeoefenaar kan ook nog genoemd worden het intern tuchtrecht KNGF. Dit wordt periodiek bijgesteld.

Op het gebied van methodisch technisch handelen blijkt dat alle beroepsverenigingen een deskundigheidsomschrijving en een beroeps-

profiel hebben ontwikkeld; door respectievelijk twee en vier van de verenigingen worden deze periodiek bijgesteld.

Profiel schetsen zijn bij zes beroepsverenigingen ontwikkeld of in ontwikkeling. Een profiel schets is een omschrijving van de deskundigheid met betrekking tot speciale doelgroepen of behandelmethoden (bijvoorbeeld ouderen, kinderen enz.) Criteria voor de inhoud van behandeling of therapie in de vorm van richtlijnen of protocollen waarin de behandeling gespecificeerd is bevinden zich voor de meeste beroepsverenigingen die zich hiermee bezig houden in de ontwikkelingsfase. Het KNGF heeft een domeinomschrijving ontwikkeld, welke ook periodiek wordt bijgesteld.

De organisatie van de beroepsuitoefening laat een eenduidig beeld zien op het gebied van ontwikkelde criteria of richtlijnen voor de praktijkrichting. Dit is door bijna alle beroepsgroepen opgepakt. Een ander beeld wordt zichtbaar t.a.v. criteria of richtlijnen van praktijkvoering en t.a.v. overdracht. Dit is door veel minder beroepsverenigingen opgepakt. Overige activiteiten op dit gebied betreffen kwaliteitsborgingsnorm voor afdelingen of diensten diëtetiek NVD en een spreidings- en vestigingsbeleid NVvP. Overigens hebben meer beroepsgroepen regels voor vestiging opgesteld, onder andere de NVOM.

3.6 Verbetermethoden/acties

Geïventariseerd is welke acties de verschillende beroepsgroepen hebben ondernomen op het gebied van verbetermethoden of verbeteracties. Tabel 5 geeft een overzicht van deze activiteiten.

Tabel 5: Verbetermethoden/acties

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Behoefteninventarisatieleden t.a.v. kwaliteit	-	x	x	x	-	-	-	-	x	-
Inventarisatie knelpunten beroepsuitoefening	-	x	x	-	-	/	-	x	x	-
Satisfactie-onderzoek	/	x	/	-	-	-	/	-	-	-
Marktonderzoek/ behoeftepeilingen	x	-	-	/	-	-	-	-	-	-
(Intercollegiale) toetsing vrijgevestigde individuele beroepsbeoefenaren	x	-	/	/	x	x	/	/	x	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

Vier beroepsgroepen hebben geïnventariseerd wat hun leden belangrijk vinden op het gebied van kwaliteitszorg. Eveneens vier beroepsgroepen hebben knelpunten in de beroepsuitoefening opgespoord via een enquête onder de leden. Deze gegevens worden door de verenigingen gebruikt om prioriteiten in het kwaliteitsbeleid te kunnen stellen. Satisfactie onderzoek wordt door twee groepen uitgevoerd, bij de NVRL op afdelingsnivo en bij de NVOM is dit éénmalig gebeurd middels een onderzoek. Bij twee verenigingen is dit in ontwikkeling (KNGF, NVLF). Eveneens twee beroepsverenigingen hebben zich op het terrein van het marktonderzoek begeven (KNGF, NVD). Het KNGF heeft in diverse projecten marktonderzoeksvragen opgenomen en enquêteert op congressen, de NVD geeft aan dat het onderzoek naar de "functie en plaats van de diëtist" in de Nederlandse gezondheidszorg gegevens over de behoefte aan diëtistische zorg oplevert.

Op het gebied van intercollegiale toetsing zijn inmiddels acht van de tien beroepsgroepen actief. De stadia waarin deze verschillende toetsingsprojecten zich bevinden verschilt nogal. De meeste beroepsgroepen bevinden zich nog in de fase van methodiekontwikkeling of in de experimentele fase. Twee beroepsverenigingen (KNGF, NVE) houden zich bezig met de (planning van) implementatie van (intercollegiale) toetsing.

Vier beroepsgroepen (KNGF, NVM, VBC en NVOM) schatten dat minder dan 10% van de vrijgevestigden deelneemt aan intercollegiale toetsing; de NVD schat dat dit voor diëtisten tussen de 10% en 25% ligt. Deze percentages worden hoger geschat voor de beroepsbeoefenaren die in dienstverband werken (25%-50% bij KNGF en NVD).

Naast intercollegiale toetsing geldt voor veel paramedici in dienstverband dat het werk wordt getoetst door het hoofd van de afdelingen of diensten (KNGF, NVRL, NVLF, NVOM) of door bijvoorbeeld de werkgever.

3.7 Behoud/borging

Een aantal vragen zijn gesteld met als aandachtspunt het behouden of de borging van de kwaliteit. Tabel 6 laat de stand van zaken binnen de beroepsgroepen zien op dit gebied.

Tabel 6: Behouden of borging van de kwaliteit

	KNGF	NVRL	NVLF	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC	NVvO	NVvP
Initiatief tot beroepsregister	nvt	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Plannen voor periodieke herregistratie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Criteria voor herregistratie	/	-	/	-	/	/	/	/	-	-
Klachtregeling	/	-	/	/	/	-	x	x	-	x
Commissie voor klachtbehandeling	nvt	-	/	-	-	-	x	x	-	/
Klachtregistratie functioneert als deelsysteem	nvt	nvt	/	-	-	nvt	nvt	-	nvt	-

- = nee

/ = in ontwikkeling

x = ja

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel hebben alle beroepsgroepen (voor wie dit van toepassing is; de zgn "artikel 34 beroepen") plan-

nen tot het aanleggen van een register en hebben daaraan plannen voor periodieke herregistratie gekoppeld. Criteria voor herregistratie zijn bij de meeste beroepsgroepen in ontwikkeling.

Enkele beroepsgroepen beschikken over een klachtregeling (NVOM, VBC, NVvP) en een viertal beroepsgroepen zijn zich op dit moment aan het buigen over het opstellen van zo een regeling. Twee beroepsgroepen hebben een commissie ingesteld die belast is met de uitvoering van het klachtreglement. Klachtregistraties functioneren niet als "deelsysteem", dat wil zeggen dat klachten systematisch worden geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht. Er bestaan ook weinig plannen in die richting.

Tot slot is gevraagd hoeveel procent van de beroepsbeoefenaren van de beroepsgroep onder het klachtreglement van de instelling valt. De VBC en de NVvO geven aan dat het merendeel van hun beroepsbeoefenaren hieronder valt, volgens het KNGF valt 40% van de fysiotherapeuten onder dit reglement en bij de NVLF en NVOM minder beroepsbeoefenaren (resp 15%, 7%). De overige beroepsverenigingen gaven aan dat dit niet bekend was. Het meewerken aan MIP/FONA registratie is volgens de meeste beroepsgroepen bij hen niet van toepassing (NVLF, NVD, NVE, NVM, NVOM, VBC, NVvO). De NVRL en de NVvP geven aan dat hen niet bekend is welk deel van de beroepsgroep meewerkt aan deze registratie, het KNGF schat dat dit ongeveer 20% van de beroepsgroep bedraagt.

3.8 Conclusies

Zoals ook al in het vorig jaar verschenen rapport werd geconcludeerd (Timmermans e.a., 1994) hebben de paramedische beroepen inmiddels veel activiteiten op het gebied van kwaliteit ontplooid. Veel van deze activiteiten zijn gericht op het scheppen van voorwaarden voor systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering. Genoemd kunnen worden classificatie- en informatiesystemen en het formuleren van normen en criteria ten aanzien van de attitude van beroepsbeoefenaren en ten aanzien van de organisatie van de beroepsuitoefening. Er is of wordt een begin gemaakt met (vooral) intercollegiale toetsing. Bij acht beroepsgroepen bestaan nog weinig of geen richtlijnen voor de inhoud van de paramedische behandeling of therapie. Alleen bij diëtisten en radiologisch laboranten zijn protocollen voor behandeling of therapie in gebruik. Vergeleken met de stand van zaken in 1993 zijn geen opvallende verschuivingen te

zien. Binnen één jaar tijd valt dat ook niet te verwachten. Aan de hand van het in dit hoofdstuk gegeven overzicht kan de voortgang over twee jaar, na afloop van het ondersteuningsprogramma, in kaart worden gebracht.

4. ONTWIKKELING VAN HET KWALITEITSBELEID EN HET ONDERSTEUNINGSPROGRAMMA

Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een overzicht gegeven van de documenten en instrumenten waarover elke beroepsgroep beschikt. In dit hoofdstuk staat één van de doelstellingen van het ondersteuningsprogramma centraal, de (verdere) ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Dit hoofdstuk laat zien dat de beroepsgroepen hierbij twee verschillende strategieën kunnen volgen. Ten eerste kan het beleid vooral top-down tot stand komen (op het niveau van de beroepsvereniging) of bottom-up, dat wil zeggen dat de leden de beleidsprioriteiten beïnvloeden of bepalen. Ten tweede kan aan het beleid een totaalplan ten grondslag liggen of gericht zijn op afzonderlijke kwaliteitsaspecten: we noemen dat de integrale benadering versus de aspect-benadering.

Omdat de beleidsontwikkeling niet in een vacuüm geschiedt begint elke paragraaf met een korte voorgeschiedenis. Daarna volgen de recente ontwikkelingen tot en met 1994. De bijdrage van het ondersteuningsprogramma wordt vermeld. Let wel, het gaat hierbij uitsluitend om de bijdrage aan beleidsontwikkelingen; de bijdrage aan specifieke projecten komt in het volgende hoofdstuk aan de orde. De slotparagraaf bevat algemene conclusies over de beleidsontwikkelingen. De bijdrage van het ondersteuningsprogramma wordt geëvalueerd in het laatste hoofdstuk van dit rapport (hoofdstuk 6).

4.1 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Fysiotherapie

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Geïnspireerd door de Leidschendamconferenties formuleerde het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie in 1989 een 'Raamwerknota beleid' (KNGF, 1989). De nota was gebaseerd op de kwaliteitsaspecten zoals die geformuleerd waren in de NRV-nota kwaliteit van de beroepsuitoefening (NRV, 1986). Bij elk van de kwaliteitsaspecten werd aangegeven over welke documenten en instrumenten de fysiotherapie inmiddels beschikte en ten aanzien van welke aspecten nog instrumenten ontwikkeld zouden moeten worden. Documenten en instrumenten ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar waren in ruime mate voorhanden (beroepsprofielen, beroepscode, gedragsregels, modelregeling fysiothe-

rapeut-patiënt, tuchtrecht, klachtenreglement). Ook de organisatie van de zorg was geregeld in o.a. overeenkomsten met verzekeraars. Dit gold niet voor de inhoud van de beroepsuitoefening (methodisch technisch handelen) en er was ook geen methode om te toetsen of elke fysiotherapeut zich conform de normen gedroeg. De eerste prioriteit werd gelegd bij het ontwikkelen van registratie- en classificatiesystemen om eenheid van taal te bewerkstelligen. Daarna zou gewerkt gaan worden aan het ontwikkelen van fysiotherapeutische richtlijnen en de regulering (accreditering) van na- en bijscholing. Het kwaliteitsbeleid kenmerkte zich in aanvang door de 'aspectbenadering': kwaliteit werd uiteengehaald in een verzameling aspecten en dat leidde vervolgens tot een verzameling documenten en instrumenten. Een tweede kenmerk was de top-down benadering: zaken werden voornamelijk geregeld op het niveau van de beroepsvereniging om in een latere fase in de beroepsgroep geïmplementeerd te worden. Deze aanpak werd in de jaren negentig veranderd.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Twee ontwikkelingen leidden tot een herbezinning op het kwaliteitsbeleid in de negentiger jaren. Ten eerste, de dreigende bezuinigingen in de fysiotherapie stimuleerde de vorming van één front en de drie bestaande fysiotherapieverenigingen (KNGF, LVFD, VVF) sloten zich aaneen. Men ging zich gezamenlijk beraden op de toekomst van en de visie op het beroep. Dit mondde uit in de nota 'Visie op fysiotherapie' (1992). Als vervolg hierop zal in 1995 een beleidsplan verschijnen. Op dit moment wordt eveneens gewerkt aan een geïntegreerd kwaliteitsplan dat wil zeggen dat het ingepast wordt in het totale beleid. De aspectbenadering maakt plaats voor een integrale benadering. Als reden wordt aangevoerd dat "er veel projecten ontwikkeld werden zonder dat duidelijk was wat men wilde bereiken en waar men over 5 jaar wilde zijn". Dit leidde tot een pas op de plaats en een herbezinning.

Ten tweede, de top-downstrategie veranderde in een bottom-up benadering. Er is veel energie gestoken in de versterking en ondersteuning van lokale of regio-groepen fysiotherapie. Dit, vanwege de verschuiving van landelijke (kwaliteits)afspraken met verzekeraars naar afspraken op lokaal of regionaal niveau, én om individuele fysiotherapeuten meer bij het beleid te betrekken omdat zij het zijn die kwaliteit in hun werk moeten realiseren.

Inmiddels is hard gewerkt aan vorming en training van een landelijk netwerk van (lokale of regionale) kaderleden, die ook een belangrijke rol zullen gaan spelen bij de implementatie van ontwikkelde instrumenten. Om de leden meer bij het beleid te betrekken is een

uitgebreide meningspeiling onder de leden gehouden via lokale/regionale bijeenkomsten door het gehele land. De besluitvorming op de ALV verloopt niet meer via afgevaardigden maar via de leden en het hoofdbestuur is teruggebracht van 25 naar 5 leden met uitsluitend beleidsvoorbereidende taken. Kortom op alle niveau's gaan de ontwikkelingen in de richting van meer inspraak en invloed van de leden (meer bottom-up en ook meer integraal). In hoeverre dit leidt tot andere prioriteiten in het kwaliteitsbeleid zal in 1995 duidelijk worden.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

De hiervoor geschetste beleidsontwikkelingen moet voornamelijk worden beschouwd als een interne aangelegenheid van het KNGF en staat los van de start van het ondersteuningsprogramma, aldus de vertegenwoordiger van het KNGF. In het kader van het ondersteuningsprogramma maakt de KNGF gebruik van de adviezen van de CBO-consulent, in die zin dat feedback wordt gevraagd en gekregen op grote lijnen in de beleidsontwikkeling. Deze advies-relatie met het CBO funktioneerde reeds en wordt binnen het ondersteuningsprogramma voortgezet. Voor de toekomst verwacht men een bijdrage aan de huidige discussie omtrent zinvolle vormen van toetsing voor de intra- en extramurale fysiotherapie.

4.2 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Radiologisch Laboranten

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

In 1992 is door de Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten een werkgroep kwaliteit ingesteld. In 1993 is, naast het beleidsplan een aparte notitie 'Kwaliteit' uitgegeven. Daarbij wordt aangekend dat het veel tijd heeft gekost om zich in de kwaliteitsterminologie te verdiepen. Aan de hand van de kwaliteitsaspecten van de NRV werd geïnventariseerd welke acties op het gebied van kwaliteit ondernomen konden worden (aspectbenadering, top-down). De nadruk lag op deskundigheidsbevordering (niveau van opleiding en accreditering van bij- en nascholing), aanpassing van beroepsinhoud aan zich wijzigende beroeps- en functie-eisen en tal van andere zaken. Veiligheid had en heeft continue aandacht (Kernenergiewet, stralingsbescherming, veiligheid van apparatuur enzovoorts). Prioriteiten waren nog niet gesteld.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Allereerst zijn met behulp van het referentiekader de huidige activiteiten in kaart gebracht en is bepaald waar men over 5 jaar wil zijn. Ook is een Themanummer over kwaliteit uitgebracht. Om prioriteiten te kunnen stellen is een enquête onder de leden gehouden om knelpunten en wensen te inventariseren (bottom-up). Op basis hiervan is gekozen voor de uitvoering van vier projecten: vermindering van het aantal foute opnamen (stralingsbescherming patiënten), kwaliteitsmodule voor opleiding en nascholing, multidisciplinaire samenwerking en, patiëntenrouting programma. Subsidies voor deze projecten moeten nog gewonnen worden.

In de loop der jaren is een verschuiving opgetreden. De plannen waren aanvankelijk groots en veelomvattend, de plannen zijn nu beperkter en realistischer. Het uitgangspunt is meer pragmatisch: welke projecten zijn haalbaar gezien de ondersteuning en de subsidies die kunnen worden verkregen? Hiermee komt meer nadruk op de aspectbenadering te liggen; de top-down aanpak is verschoven naar een meer bottom-up benadering.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Het ondersteuningsprogramma heeft bijgedragen aan bijsturing van de werkgroep kwaliteit en aan concretisering van het kwaliteitsbeleid. Het programma heeft geholpen bij het structureren van het eigen denken over kwaliteit (werkconferenties en consulentschappen). Voor de toekomst verwacht men van het ondersteuningsprogramma vooral concrete ondersteuning bij ontwikkeling, begeleiding en uitvoering van projecten.

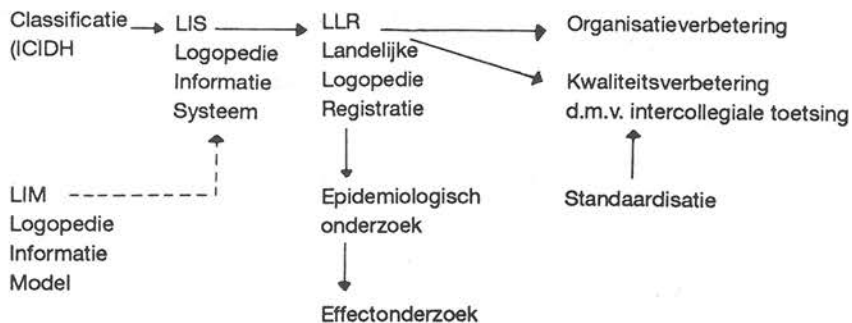
4.3 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Logopedie

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Aan het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie lag vanaf de start een duidelijke visie ten grondslag: kwaliteitsbewaking in de logopedie moet gebaseerd zijn op feitelijke, geregistreerde gegevens (en niet op meningen of opinies). De vertaling van dit uitgangspunt leidde tot de volgende drie doelstellingen: a) feitelijke gegevens moeten de basis vormen voor intercollegiale toetsing, b) feitelijke gegevens moeten de basis vormen voor effectmetingen van het logopedisch handelen, en c) op geaggregeerd niveau moeten epidemiologische gegevens verzameld

worden om inzicht te geven in de wijze waarop de logopedische hulpverlening aansluit bij de gezondheidsproblemen in de populatie. Om hiervoor de voorwaarden te creëren werd in 1990 een lange-termijn kwaliteitsbeleid ontwikkeld, vanaf de start gekenmerkt door een integrale benadering. Er werd een totaalplan geformuleerd, het zogenaamde 'masterplan', waarin de verschillende onderdelen in logische samenhang en volgorde uitgevoerd zouden moeten worden. Het overzicht is in schema 1 te zien.

Schema 1: Het Masterplan in de Logopedie



De samenhang binnen dit plan moet als volgt worden gezien. Voor de individuele praktijk wordt een informatiemodel (LIM) en een praktijkinformatiesysteem (LIS) ontwikkeld, waarmee de individuele logopedist de behandelgegevens op geautomatiseerde wijze vast kan leggen. Het praktijkinformatiesysteem is gekoppeld aan een landelijke logopedie registratie (LLR). Deze landelijke logopedie registratie verschaft de epidemiologische gegevens op landelijk niveau. Daarnaast verschaft het systeem gegevens omtrent het logopedische handelen op meso en micro niveau. Hierdoor kunnen praktijken onderling worden vergeleken wat betreft doelmatigheid, effectiviteit, volume en zo meer. Op basis van deze gegevens kan de logopedist de eigen praktijk toetsen aan andere praktijken en aan het gemiddelde. Samenvattend is de kern van dit beleid dat de feitelijke zorgverlening (LIS) vergeleken kan worden met het gemiddelde (LLR) en met de gewenste situatie die in standaarden wordt vastgelegd. Intussen zijn de meeste onderdelen uit dit masterplan gerealiseerd en kan overgegaan worden tot de volgende fase, de implementatie van het informatiesysteem.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Het hierboven geschetste plan is de afgelopen jaren zonder noemenswaardige wijzigingen zij het met grote inspanningen (en projectsubsidies) gerealiseerd. Daarmee is een tweede fase aangebroken, het daadwerkelijk gebruik van de registratie en informatiesystemen door de individuele logopedisten. Als vervolg op het masterplan zal daarom in 1995 een tweede plan ontwikkeld worden, met onder andere een accent op de implementatie van de ontwikkelde instrumenten. De tot nu toe gevolgde top-down benadering maakt dat de implementatie met de nodige zorg moet worden voorbereid. Hierbij wordt het ondersteuningsprogramma ingeschakeld. Inmiddels is in de afgelopen jaren door een organisatie-adviesbureau een plan gemaakt voor de structuur van de vereniging, regiovorming en kadertraining. Daarnaast wordt prioriteit gegeven aan de ontwikkeling van logopedische standaarden (waar inmiddels een begin mee is gemaakt) en effectonderzoek.

Als voordelen van deze geïntegreerde benadering in de Logopedie wordt genoemd dat vanaf het begin duidelijk was waar alle inspanningen toe moesten leiden. Daarmee werd ad-hoc beleid voorkómen en was de samenhang van de projecten vanaf het begin gewaarborgd. Een groot nadeel was dat het plan niet in logische volgorde uitgevoerd kon worden omdat uitvoering van elk project afhankelijk was van financieringsmogelijkheden die zich aandienen (er was wel een totaalplan maar geen totale financiering). Dit betekende dat bijvoorbeeld een projectsubsidie voor automatisering kon worden verkregen terwijl de daaraan voorafgaande classificatie en coderingssystemen nog niet voltooid waren. Deze inbreuk op de volgorde kostte veel extra tijd en ging ten koste van de coördinatie. Een tweede nadeel is dat belangrijke delen van de contributiegelden van de leden jarenlang besteed zijn aan voor hen tamelijk onzichtbare basisvoorwaarden waar men niet direct iets voor terugkrijgt. De leden vragen op dit moment aandacht voor de problemen waar zij mee worden geconfronteerd, bijvoorbeeld het wegvallen van contracteerplicht. Een totaalplan betekent ook dat minder middelen overblijven om in te spelen op zich wijzigende omstandigheden. Samenvattend heeft de NVLF de oorspronkelijke aanpak, top-down en integraal, gehandhaafd.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Bij de NVLF bestond al een adviesrelatie met het CBO. Het ondersteuningsprogramma levert een bijdrage bij de totstandkoming van het nieuwe meerjarenplan in de Logopedie. Ter voorbereiding van dit plan is in februari 1995 samen met het CBO een werkconferentie

georganiseerd. Voor de toekomst verwacht men van het ondersteuningsprogramma facilitering van de implementatie en ook ondersteuning bij subsidie-aanvragen. Men zou graag zien dat alle know-how centraal beschikbaar was in een permanente ondersteuningsfunctie "projectbegeleiding paramedische beroepen".

4.4 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Diëtisten

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

In 1992 werd door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten een eerste aanzet gegeven tot de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Tot dan toe hadden de activiteiten een tamelijk ad-hoc karakter. Commissies/leden pakten onderwerpen aan die zij zelf leuk of interessant vonden. Er was weinig samenhang en nauwelijks een centrale regie. Een aanzet daartoe ontstond in 1992 toen werd besloten om een procedure te ontwikkelen aan de hand waarvan in de toekomst criteria voor de diëtistische beroepsuitoefening vastgesteld zouden kunnen worden. De procedure kwam erop neer dat a) deskundigen een concept-criterium zouden ontwikkelen, b) dat dit concept in kringbijeenkomsten aan de leden voorgelegd zou worden en met derden (verzekeraars, patiënten/consumenten) zou worden besproken, c) dat de het criterium gelegitimeerd zou worden in de algemene ledenvergadering en d) dat voor de implementatie nog een traject uitgewerkt zou worden. Het plan was om bij deze criteria-ontwikkeling gebruik te maken van de PACE-normen, normen die in het kader van het Proefproject Accreditatie Ziekenhuizen ontwikkeld waren voor diëtistische afdelingen in ziekenhuizen. Uiteindelijk was de bedoeling dat het naleven van de criteria via intercollegiale toetsing bewaakt zou worden. In het kader van het ondersteuningsprogramma is inmiddels een project intercollegiale toetsing gestart. De hier geschetste procedure is wel ontwikkeld maar het is er tot nu toe niet van gekomen om aan de hand hiervan criteria te ontwikkelen en te implementeren. In 1994 vond een herbezinning op deze plannen plaats.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Tot 1994 bepaalden de leden en commissies aan welke aspecten werd gewerkt (aspect-benadering en bottom-up). In toenemende mate ontstond de behoefte aan een samenhangend kwaliteitsbeleid. Voor het onderbouwen van keuzes en het stellen van prioriteiten werd een lange-termijn visie noodzakelijk geacht. Het kwaliteits-

beleid moet dan ook passen binnen het algemene 5 jaren-beleidsplan van de vereniging.

Er is een werkgroep kwaliteit ingesteld met de opdracht een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen dat begin 1996 af moet zijn. De werkgroep inventariseert wat inmiddels voorhanden is en het referentiekader wordt gebruikt om de samenhang in kaart te brengen en lacunes op te sporen. Over prioriteiten valt op dit moment nog weinig te zeggen. Wel zal rekening worden gehouden met in ieder geval twee ontwikkelingen. Ten eerste wordt van intramuraal werkende diëtisten in toenemende mate verwacht dat zij inzichtelijk maken wat zij doen (explicitering). Ten tweede komt vanuit de leden een toenemende vraag naar erkenning van specifieke deskundigheden: via een vorm van certificering willen gespecialiseerde diëtisten zich erkend zien. Hoe dit zich moet verhouden tot een algemeen register in het kader van de Wet BIG wordt nader verkend.

Concluderend wordt de bottom-up benadering aangevuld met meer top-down sturing en wordt gewerkt aan een integraal kwaliteitsbeleid.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

De CBO-consulente levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid via ondersteuning van de werkgroep kwaliteit (adviezen en verslaglegging). Ook de werkconferenties worden door de leden van de werkgroep gebruikt voor meningsvorming en voor het genereren van ideeën. Het komend jaar wil men graag advies en feedback van CBO-deskundigen op de nieuw ontwikkelde kwaliteitsplannen.

4.5 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Ergotherapie

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

De beleidsnota van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (1993) anticipeert op wettelijke ontwikkelingen: de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. In 1993 wordt aangekondigd dat de voorbereidingen worden getroffen voor het instellen van een beroepsregister, in eerste instantie voor vrijgevestigde en eerstelijns ergotherapeuten. In het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen zullen voorbereidingen getroffen worden voor eenduidige registratie van werkzaamheden. De Kwaliteitswet schrijft namelijk een cyclisch proces van kwaliteitsbewaking voor, dat begint met systematische

verzameling van gegevens die de basis moeten vormen voor toetsing.

De beleidsnota noemt een groot aantal prioriteiten en activiteiten, waarbij het overzicht van kwaliteitsaspecten van de NRV als kader wordt gebruikt (aspectbenadering). De nadruk ligt in het beleid op normering en toetsing. Ten aanzien van normering zal beken worden of gebruik kan worden gemaakt van de PACE-normen, terwijl voor de extramurale setting inrichtingseisen ontwikkeld worden. Het plan is ook produktomschrijvingen te maken zodat de tariefopbouw hieraan gekoppeld kan worden. De geplande ontwikkeling van intercollegiale toetsing is inmiddels gerealiseerd en door het CBO is een methodiek toetsing ergotherapie ontwikkeld. In zijn algemeenheid is de aanpak top-down en gericht op kwaliteitsaspecten.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Een kwaliteitsbeleidsplan waarin wordt aangegeven waar de vereniging over 5 jaar wil zijn is nog niet ontwikkeld. Via invulling van het referentiekader is de huidige situatie in kaart gebracht en zijn lacunes opgespoord. Op basis hiervan is door de commissie Kwaliteitsontwikkeling en -bewaking in overleg met het bestuur een prioriteitenlijst opgesteld, bestaande uit de volgende activiteiten:

- Intercollegiale toetsing
- Ontwikkeling van standaarden
- Implementatie van de beroepscode
- Patiëntenfeedbacksysteem
- Herziening van het beroepsprofiel
- Accrediteren van na- en bijscholing
- Opstellen van een klachtenregeling
- Opzetten van een register in het kader van de Wet Big
- Implementatie van de PACE-normen
- Stimuleren van publicaties over kwaliteitsbevorderende activiteiten
- Stimuleren van onderzoek
- Ontwikkelen van een kwaliteitsmodule voor de initiële opleiding.

Hoe een en ander vorm gegeven moet worden is op dit moment nog niet duidelijk. Het is onduidelijk op basis waarvan keuzes gemaakt moeten worden en ook het tijdspad is moeilijk in te schatten. Het probleem is dat de vormgeving van het kwaliteitsbeleid afhangt van vrijwilligers waardoor de continuïteit regelmatig gevaar loopt. Ook is de vereniging onzeker of de achterban, de individuele leden het nut ervan inzien. Er zijn plannen in de toekomst de leden meer bij, de keuzes die moeten worden gemaakt in, het beleid te betrekken. De aanpak is niet gewijzigd: top-down en aspectbenadering.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

De CBO-consulent is behulpzaam geweest bij het opstellen van de prioriteitenlijst. Daarnaast geeft de consulent praktische assistentie (meedenken, meepraten, uitwerken) waardoor "sneller notities geproduceerd kunnen worden". De werkconferenties worden bijgewoond en benut voor het uitwisselen van ervaringen met kwaliteitsbeleid: "het helpt om te zien dat iedereen met dezelfde problemen worstelt en dat het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid tijd nodig heeft". Van het ondersteuningsprogramma verwacht men duidelijke handvatten voor de toekomst, vooral ook voor de voortgang na afloop van het programma.

4.6 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Mondhygiënist

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Vóór de start van het ondersteuningsprogramma in 1994 had de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist geen expliciet kwaliteitsbeleid ontwikkeld. Er was wel een - door één persoon ontwikkeld - concept maar dit werd niet door het huidige bestuur gedragen. Het bestuur had besloten de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid te koppelen aan de start van het ondersteuningsprogramma.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

De studiedag die eind 1992 is georganiseerd door het NIVEL en de NRV is de aanleiding geweest tot het oprichten van een Commissie Kwaliteit. De NVM heeft zelf een studiedag georganiseerd over kwaliteit om de leden over dit onderwerp te informeren. Aangezien het moeilijk was keuzes te maken hoe men verder wilde met kwaliteit, is besloten te wachten op de invoering van het ondersteuningsprogramma. De Kwaliteitscommissie heeft een tweesporen-beleid uitgezet, er zijn twee werkgroepen ingesteld. Eén werkgroep richt zich op de bewustmaking van de leden, dat wil zeggen het belang van kwaliteit onder de aandacht te brengen. Ten behoeve hiervan zal een speciaal project ontwikkeld worden, waarover men zich op dit moment nog beraadt.

De andere werkgroep richt zich op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met behulp van het referentiekader zijn bestaande kwaliteitsactiviteiten geordend.

Tot nu toe verloopt de voortgang moeizaam. Dit wordt mede veroorzaakt "door de ingewikkelde terminologie die in het referentiekader wordt gehanteerd". Ook vermoedt men dat het 'kwaliteitsdenken' bij

de leden nog niet leeft, evenmin als bij de werkgevers. De werkgevers stellen tot nu toe geen speciale eisen aan kwaliteitsbewaking door de beroepsgroep zelf en de vraag is in hoeverre zij hun medewerking zullen verlenen.

Samenvattend streeft men naar een integrale aanpak die top-down wordt vormgegeven.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

De bijdrage vanuit het ondersteuningsprogramma bestaat uit twee consulentschappen, één voor ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en één voor het bewustmakingsproject. De consultants adviseren en schrijven voorstellen en stimuleren de voortgang. Deze ondersteuning is onontbeerlijk, zo wordt gesteld, om te zorgen dat er iets van de grond komt. De werkconferenties zijn bijgewoond: "deze waren aanvankelijk te technisch omdat uitgegaan werd van basis-kennis over kwaliteit; de praktische vertaling ontbrak. Het is wel nuttig om te horen dat iedereen het moeilijk vindt". Men verwacht dat binnen het ondersteuningsprogramma de twee projecten kunnen worden afgerond en dat binnen de beroepsgroep het 'kwaliteits-denken' zal gaan leven.

4.7 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Oefentherapeuten Mensendieck

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

In 1992 heeft de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck een lange termijn beleidsplan ontwikkeld met daarin een onderdeel kwaliteitsbevordering. De kwaliteitsparagraaf is gebaseerd op de kwaliteitsaspecten die door de NRV worden onderscheiden (aspectbenadering). Het plan bevat ruim 40 concrete actiepunten en een daaraan gekoppelde tijdsplanning. Van deze actiepunten zijn er 10 gericht op een betere organisatie van de vereniging, 11 actiepunten betreffen het verbeteren van de marktpositie en 15 actiepunten gaan over kwaliteitsverbetering, o.a. een professionele bedrijfsvoering.

In het beleid ligt het accent op het expliciteren en verhogen van de eigen deskundigheden, mede om de afbakening met andere disciplines zichtbaar te maken. Veel belang wordt gehecht aan deskundigheidsbevordering in de vorm van na- en bijscholing. Ook de toekomstige intercollegiale toetsing zou eventueel de functie van permanente educatie kunnen hebben, bijvoorbeeld door informatie-

pakketten onder de toetsingsgroepen te verspreiden. Effectonderzoek staat hoog op de prioriteitenlijst. In 1993 heeft de NVOM een studiedag over kwaliteit voor alle leden gehouden en in dat jaar is ook het beroepsprofiel gelegitimeerd.

De behoefte aan na- en bijscholing en effect-onderzoek komt vooral van de leden, andere prioriteiten zijn door het bestuur vastgesteld. De aanpak is daarmee een combinatie van top-down en bottom-up.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

We beperken ons hier tot de beleidsontwikkelingen, de voortgang van intercollegiale toetsing wordt in het volgende hoofdstuk bij de projecten besproken. In het beleid wordt gewerkt aan realisering van de eerder geformuleerde actiepunten. Hierin zijn geen wijzigingen opgetreden. Daarnaast houdt de commissie kwaliteit zich bezig met de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Aan de hand van het referentiekader wordt opnieuw in kaart gebracht wat men al heeft en wat nog wordt gemist. Getracht wordt samenhang in de activiteiten aan te brengen, zodat de aspectbenadering verschuift naar een meer integrale benadering. De terminologie rond kwaliteit wordt als ingewikkeld ervaren en het zich eigen maken daarvan heeft veel tijd gekost. Deze tijd is beperkt omdat alles in vrije tijd moet gebeuren. De gecombineerde top-down/bottom-up benadering blijft gehandhaafd.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

De prioriteitenstelling is door de NVOM zelf gedaan. In het kader van het ondersteuningsprogramma heeft men samen met het CBO het referentiekader ingevuld. De commissie kwaliteit gaat zich nu eerst bezinnen op de verdere aanpak. De consulent vervult een adviserende rol in de commissie kwaliteit.

Voor de toekomst verwacht men o.a. aandacht voor de infrastructuur van de vereniging en de communicatie naar de leden. Men heeft behoefte aan meer duidelijkheid over de functie van consulenten.

4.8 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Oefentherapeuten Cesar

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid werd door de Vereniging Bewegingsleer Cesar gewacht op de start van het ondersteuningsprogramma. De zorg voor kwaliteit wordt overigens niet als iets

nieuws beschouwd, "kwaliteit is er altijd geweest en was altijd al opgenomen in de beleidsplannen van de Vereniging". In 1993 was een algemeen beleidsplan ontwikkeld. Dit beleidsplan is top-down/bottom-up tot stand gekomen. In eerste instantie is een rondgang langs alle geledingen gemaakt en dit heeft geleid tot een concept-beleidsplan. Dit concept-plan is besproken op een beleidsconferentie en vervolgens herschreven. Op de ALV hebben de leden het plan geamendeerd en goedgekeurd. Uitgangspunten in dit beleidsplan waren enerzijds de verdere professionalisering van het beroep en anderzijds verbetering van de organisatie van de beroepsvereniging. Voor de professionalisering van het beroep zou het beroepsprofiel geactualiseerd worden en zouden normen voor praktijkvoering geformuleerd worden. Deze normen zijn inmiddels ontwikkeld door de Hanze Hogeschool Groningen evenals een daaraan gekoppelde cursus praktijkvoering. Inmiddels is ook een model ontwikkeld voor een praktijkjaarverslag. Dit wordt naar alle leden toegestuurd. Het beleid was daarnaast gericht op een meer professionele organisatie van de vereniging. In het kader hiervan is gewerkt aan een doeltreffender organisatie van de regio's.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Op dit moment wordt opnieuw naar de kwaliteitsactiviteiten gekeken aan de hand van het referentiekader. Geprobeerd wordt dit kader in te vullen om op die manier lacunes op te sporen. Via het ondersteuningsprogramma is een project intercollegiale toetsing voor Cesartherapeuten gestart.

Een voortdurend streven van de vereniging was en is het inzichtelijk maken van het beroep en het beroepsmatig handelen. Dit niet zozeer in het kader van kwaliteit als wel om de werkgelegenheid - in gevaar door dreigende bezuinigingen - te behouden en te vergroten (prioriteit nummer één in de beroepsgroep). Via de toevoeging van een speciale diagnosecode wil men aan verzekeraars duidelijk maken welke specifieke klachten door de Cesartherapeuten worden behandeld. Ook worden adspirant huisartsen voorgelicht over verwijsmogelijkheden naar oefentherapeuten Cesar. De VBC hoopt dat deze 'verwijsmodule' in de huisartsenopleiding wordt opgenomen. De top-down/bottom-up aanpak is gehandhaafd en er wordt gewerkt aan kwaliteitsaspecten.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

In het kader van het ondersteuningsprogramma wordt het project intercollegiale toetsing uitgevoerd door het CBO en wordt een diagnosecode ontwikkeld in een speciaal project door het Neder-

lands Paramedisch Instituut. Tot nu toe is geen CBO-consulent ingeschakeld voor ondersteuning bij (verdere) beleidsontwikkeling. Wel zijn door de VBC de werkconferenties bijgewoond. Men verwacht dat het ondersteuningsprogramma in de toekomst ook een bijdrage zal leveren aan een betere structurering van de beroepsgroep.

4.9 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Orthoptisten

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

Nadat de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten in 1991 de voorwaarden voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid beschreven had, verscheen in 1993 de nota Kwaliteitsbevordering in de Orthoptie. Doel van het kwaliteitsbeleid was 'continue kwaliteitsverbetering' in de orthoptie. Men wilde dit realiseren door voortdurend en systematisch knelpunten in de daadwerkelijke beroepsuitoefening op te sporen (aspectbenadering). De voor deze knelpunten gevonden oplossingen zouden worden vertaald in concrete normen en richtlijnen aan de hand waarvan de kwaliteit van de beroepsuitoefening kon worden getoetst. Dit alles zou gebeuren aan de hand van een vaste methode, de verbetercyclus van Norma Lang (onderwerpkeuze, normeren, meten, verbeteren, toetsen). Men zou beginnen met het inventariseren van de belangrijkste knelpunten in een beperkt aantal praktijken (bottom-up). De uitvoering van dit plan stagneerde door gebrek aan financiële middelen.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

Het plan kon gedeeltelijk doorgang vinden in 1994 dankzij de subsidie die het Nederlands Paramedisch Instituut ontving voor een verbreding van haar werkterrein. De opzet werd enigszins gewijzigd. Als eerste stap werd - niet in een beperkt aantal praktijken - maar onder alle leden van de NVvO geïnventariseerd welke knelpunten men in de beroepsuitoefening ervaarde. Het belangrijkste knelpunt was het ontbreken van uniformiteit in verslaglegging (orthoptistisch onderzoek, therapiedoelen en rapportage aan derden). Als eerste prioriteit wordt dan ook een 'uniformiteitsproject' gestart. Twee andere prioriteiten werden door het bestuur gesteld, namelijk een regeling voor herintreders en het verbeteren van de infrastructuur van het beroep. Er wordt niet meer uitgegaan van één systematiek (Norma Lang), maar voor elk project zal de meest geëigende aanpak worden gekozen. De oorspronkelijke instrumentele benadering

(uitgaan van een methodiek) heeft plaats gemaakt voor een functionele benadering (uitgaan van het op te lossen probleem). De aanpak is een combinatie van top-down en bottom-up en gericht op kwaliteitsaspecten.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Niet in het kader van het ondersteuningsprogramma, maar in het kader van de 'verbredingssubsidie' heeft het Nederlands Paramedisch Instituut (voorheen SWSF) samen met de NVvO de knelpunten geïventariseerd. Op basis daarvan heeft de vereniging beleidsprioriteiten vastgesteld. In het kader van het ondersteuningsprogramma heeft de NVvO samen met de consultant de herintredersproblematiek geïventariseerd. Getracht wordt te komen tot een definitie van 'herintreders' en tot aanbevelingen over de nodige scholing en begeleiding.

4.10 Ontwikkeling kwaliteitsbeleid Podotherapeuten

Voorgeschiedenis van het kwaliteitsbeleid

De kwaliteitsaspecten in het algemene beleid van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapie betreffen het ontwikkelen van een protocol voor klachtenbehandeling en de uitvoering van een goed vestigings- en spreidingsbeleid. Met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid zou gewacht worden tot de start van het ondersteuningsprogramma.

Huidige ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid

De wijze waarop binnen het ondersteuningsprogramma tegen kwaliteit aangekeken wordt sluit niet aan bij datgene wat er in de Podotherapie leeft. Wel is het referentiekader gebruikt om in kaart te brengen wat er wel en niet is. Het kader wordt als abstract ervaren en biedt geen handvat voor het stellen van prioriteiten. Deze vraag is door de NVvP bij het CBO gelegd.

In 1994 is samen met het CBO een studiedag over kwaliteit georganiseerd. Eveneens is in 1994 een commissie kwaliteit ingesteld. Ook heeft het bestuur in een aantal bijeenkomsten zelf zaken op een rijtje gezet en de volgende prioriteiten gesteld: a) een goede beeldvorming van het kwaliteitsniveau van podotherapeuten, b) realiseren van het vestigingsbeleid en c) een goed public relations beleid om de bekendheid van het beroep onder verwijzers te vergroten.

Deze prioriteiten inclusief de daaraan verbonden kosten worden voorgelegd aan de algemene ledenvergadering. Zij zullen bepalen welke projecten verder uitgewerkt worden (bottom-up benadering) omdat elk project een contributieverhoging tot gevolg heeft. Er wordt expliciet gekozen voor een aspectbenadering.

Bijdrage van het ondersteuningsprogramma

Niet in het kader van het ondersteuningsprogramma maar in het kader van de 'verbredingssubsidie' voert het Nederlands Paramedisch Instituut een aantal projecten voor de NVvP uit (inventarisatie van na- en bijscholing en projecten met betrekking tot registratie, classificatie en documentatie). Van het consulentenschap is tot op heden nauwelijks gebruik gemaakt. Voor de toekomst verwacht men adviezen omtrent de plaatsbepaling van de beroepsgroep en de rol die kwaliteitsactiviteiten daarin kunnen vervullen. Daaraan gekoppeld verwacht men adviezen omtrent het stellen van prioriteiten.

4.11 Conclusies

Als algemene indruk komt uit de gehouden interviews naar voren dat het (verder) ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid een complexe aangelegenheid is die veel inspanningen vereist. De start van het ondersteuningsprogramma heeft geleid tot een herbezinning op het kwaliteitsbeleid, en verwant daarmee tot een pas op de plaats. De aandacht verschuift van het uitvoeren van projecten naar een bredere kijk op kwaliteitsactiviteiten. Beroepsgroepen bezinnen zich op de vraag hoe samenhang aangebracht kan worden in de kwaliteitsactiviteiten, en op welke wijze het kwaliteitsbeleid ingepast kan worden in het totale (strategische) beleid van de beroepsgroep, voor zover dat ontwikkeld is. De herbezinning leidt bij een aantal beroepsgroepen tot verandering van strategie. Hierover en over de bijdrage van het ondersteuningsprogramma kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. Top-down of bottom-up

Bij vijf van de tien beroepsgroepen werd het kwaliteitsbeleid aanvankelijk voornamelijk op bestuursniveau ingevuld en vormgegeven (top-down). Drie van hen hebben deze aanpak gehandhaafd, twee van hen hebben de strategie gewijzigd in een meer bottom-up aanpak. Zij trachten de leden meer bij het beleid te betrekken door met

name het kader van de beroepsgroep te trainen of door het stellen van prioriteiten te baseren op wensen van de leden.

Daarentegen zijn twee verenigingen die aanvankelijk een bottom-up benadering hanteerden ertoe over gegaan meer sturing van bovenaf uit te oefenen zodat een combinatie van top-down en bottom-up ontstaat. Eén vereniging - die een dergelijke aanpak had - heeft deze gehandhaafd. Via meer sturing probeert men samenhang in de kwaliteitsactiviteiten aan te brengen. Via een bottom-up benadering probeert men de acceptatie en (toekomstige) implementatie van kwaliteitsactiviteiten te bewerkstelligen. Het zal duidelijk zijn dat elke beroepsgroep zich gesteld ziet voor het vinden van het - voor de beroepsgroep - juiste evenwicht.

2. Integrale of aspectbenadering

Bij de meeste beroepsgroepen - met uitzondering van de logopedie - waren kwaliteitsactiviteiten aanvankelijk op kwaliteitsaspecten gericht, gebaseerd op de aspectbenadering van kwaliteit in de Nota's van de NRV. Hierin is een verschuiving te zien. De stand van zaken in 1994 laat zien dat 5 beroepsgroepen werken aan een meer integrale benadering, dat wil zeggen dat men het kwaliteitsbeleid wil inpassen in het totale beleid van de vereniging en wil baseren op een visie over toekomstige ontwikkelingen in het beroep. Vijf beroepsgroepen kiezen voor (continuering van) een aspectbenadering uit o.a. pragmatische overwegingen of om het geheel hanteerbaar (behapbaar) te houden. Ongeacht welke aanpak men hanteert streven alle beroepsgroepen ernaar meer samenhang in de kwaliteitsactiviteiten aan te brengen.

3. Evaluatie voortgang kwaliteitsbeleid

Zoals al is opgemerkt wordt de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid door de meerderheid als een ingewikkelde opgave ervaren. Over de tot nu toe opgedane ervaringen met het ondersteuningsprogramma valt het volgende op te merken.

Drie beroepsgroepen geven aan geen ondersteuning nodig te hebben bij het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleidsplan; zij kunnen dit op eigen kracht. Wel willen twee beroepen graag feedback van de consulent op concept versies. De overige zeven beroepsgroepen geven aan dat de consulenten ingeschakeld (zullen) worden voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Als eerste stap hebben de meeste beroepsgroepen samen met de consulent het referentiekader ingevuld. Op basis van dat overzicht zijn prioriteiten gesteld, doorgaans door de beroepsgroep zelf. Enkele beroepsgroepen

achten het referentiekader nuttig om in kaart te brengen wat er al wel en niet is.

Door andere beroepsgroepen werd het referentiekader als ingewikkeld en abstract ervaren. Daardoor heeft de aanloopperiode voor een aantal beroepsgroepen langer geduurd dan was gepland, zo wordt opgemerkt. Het feit dat het referentiekader geen handvatten biedt voor het stellen van prioriteiten werkt volgens een geïnterviewde belemmerend voor de voortgang.

Ook door het CBO wordt opgemerkt dat veel beroepsgroepen het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid geen gemakkelijke opgave vinden. Het werken aan projecten gaat gemakkelijker. De verdere voortgang van het kwaliteitsbeleid zal de nodige aandacht vergen.

4. Evaluatie werkconferenties

De algemene ondersteuning van de beleidsontwikkeling vindt o.a. plaats via de gezamenlijke werkconferenties en voor enkele beroepsgroepen studiedagen.

In het algemeen zijn de werkconferenties als nuttig ervaren. Men acht het leerzaam om op deze werkconferenties ervaringen van andere beroepsgroepen te horen. Twee beroepsgroepen geven aan dat de werkconferenties met name ook benut worden om kaderleden te scholen, iets wat door het CBO wordt ondersteund. Voor twee beroepsgroepen waren de werkconferenties niet vernieuwend omdat men al verder in de ontwikkelingen was.

Vier beroepsgroepen geven aan dat ze de werkconferenties liever concreter ingevuld willen zien. Ze geven daarbij aan dat ze het van groot belang vinden dat op een werkconferentie handvatten worden aangereikt waarmee men binnen de beroepsgroep direct aan de slag kan.

Een beroepsgroep adviseert kritischer te kijken voor welke doelgroepen een werkconferentie bedoeld (relevant) is. Het Nederlands Paramedisch Instituut suggereert om - gezien de diversiteit - activiteiten op verschillende nivo's aan te bieden. Daarnaast wordt geadviseerd na te gaan of werkconferenties in alle gevallen de meest geijkte vorm zijn om het gestelde doel te bereiken.

Eveneens een geïnterviewde adviseert in de toekomst een aantal werkconferenties aan implementatie te besteden.

Zes beroepsgroepen vinden het een probleem dat de werkconferenties overdag zijn. Ten eerste omdat deze dan alleen kunnen worden bezocht door mensen die zich vrij kunnen maken (vaak dezelfde dus); ten tweede is er het probleem van de inkomingsderving op werkdagen. Men suggereert zaterdagen of een middag en avond.

Geadviseerd wordt ook de dagen niet te dicht op elkaar te plannen omdat dit te belastend is voor de deelnemers.

Voor het CBO is tenslotte een punt van zorg hoe de overdracht binnen de verenigingen naar de achterban geregeld wordt, men ziet op de werkconferenties veel dezelfde gezichten.

5. Evaluatie consulentschappen

Elke beroepsgroep heeft bij de start van het programma een eigen consulent toegewezen gekregen. Deze consulentschappen zijn vooral bedoeld voor ondersteuning bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

De bijdrage aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid verschilt in intensiteit per beroepsgroep: vier beroepsgroepen hebben tot nu toe niet of nauwelijks gebruik gemaakt van de beschikbare consulenten, vier andere beroepsgroepen hebben de consulenten wel actief ingeschakeld. Bij twee beroepsgroepen is de bestaande adviesrelatie met het CBO gecontinueerd.

Bij zes beroepsgroepen is de invulling van het consulentschap conform de wensen van de beroepsgroep en funktioneert naar tevredenheid. Twee beroepsgroepen gebruiken het consulentschap ter advisering en dat wil men in de toekomst zo houden. Bij vier beroepsgroepen is het consulentschap op een praktische manier ingevuld. De consulent was aanwezig bij vergaderingen, adviseert, schrijft voorstellen, draagt ideeën aan. Men vindt deze invulling nuttig en bijzonder stimulerend. In de toekomst wil men graag op deze manier doorgaan.

Bij vier beroepsgroepen bestaat onduidelijkheid over de invulling van de consulentschappen: "men weet niet goed wat men wel of niet kan vragen". Gemeld wordt dat de invulling die aan het consulentschap wordt gegeven erg algemeen is en weinig concreet. Een geïnterviewde merkt op dat het consulentschap niet helemaal aansluit bij de (inhoud van de) beroepsgroep. Enkele beroepsgroepen zouden graag zien dat de consulenten in de toekomst meer praktische, uitvoerende werkzaamheden zouden verrichten (bijvoorbeeld stukken schrijven).

Door het CBO wordt gemeld dat de verwachtingen van zowel de consulenten als de beroepsgroepen in het begin van het programma anders lagen, omdat er onduidelijkheid was over de verdeling van verantwoordelijkheden. In de loop van 1994 zijn verwachtingen bijgesteld en beter op elkaar afgestemd. Ook volgens enkele beroepsgroepen is een duidelijker afstemming tussen verwachtingen en ideeën van de beroepsgroep en die van het CBO gewenst.

5. VOORTGANG VAN DE KWALITEITSPROJECTEN EN DE BIJDRAGE VAN HET PROGRAMMA

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt geëvalueerd in hoeverre projecten die zijn opgestart in het kader van het ondersteuningsprogramma inmiddels vorm hebben gekregen. In welke mate zijn de plannen opgesteld of inmiddels in uitvoering. Voor de weergave van de ondernomen projecten is gebruik gemaakt van het "Verslag Werkzaamheden 1994" (CBO, 1995). In dit verslag worden alle activiteiten die in het kader van het programma plaatsvinden door CBO en Nederlands Paramedisch Instituut beschreven. Aanvullende informatie is uit de interviews verkregen.

In de beschrijving wordt de terminologie en indeling van het referentiekader aangehouden. Achtereenvolgens zullen projecten op het gebied van voorwaardenscheppende activiteiten, deskundigheid en scholing en ten aanzien van de normering en verbetering van de beroepsuitoefening worden beschreven. Elke paragraaf wordt afgesloten met een overzicht van factoren die de voortgang bevorderen dan wel belemmeren. Ook worden wensen van de deelnemers voor bijstellingen in het programma vermeld.

5.2 Voorwaardenscheppende activiteiten

Als algemene activiteit op het gebied van voorwaardenscheppende activiteiten zijn een drietal werkconferenties georganiseerd.

De eerst werkconferentie met de titel "paramedisch programma" had als doel een gezamenlijke start te maken met het Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg. Tevens werden de resultaten van het project "Ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedici" gepresenteerd en was er tijd om met het daarin ontwikkelde referentiekader aan de slag te gaan. Op basis van informatie uit deze dag is de beroepsgroepen gevraagd het referentiekader in te vullen. Op deze manier wordt een goed overzicht verkregen over de huidige stand van zaken en het vormt een basis verder na te denken over de invulling van het kwaliteitsbeleid.

De tweede werkconferentie ging over het "managen van een kwaliteitsproject". In deze studiemiddag stond centraal het bieden van

handvatten aan de commissies kwaliteit, besturen en ambtelijk secretariaten van de paramedische beroepsverenigingen, bij het opstellen van projectplannen en het managen van projecten op het gebied van kwaliteit. In deze middag zijn een aantal (theoretische) basisprincipes van projectmanagement gepresenteerd en is de lijn doorgetrokken naar het managen van de projecten binnen het paramedisch programma. Aan de orde kwamen vragen op het gebied van bijvoorbeeld, wie is opdrachtgever, wie is verantwoordelijk.

De derde werkconferentie in het kader van voorwaardenscheppende activiteiten had als titel "ontwikkelen kwaliteitsbeleid". Tijdens deze studiedag zijn algemene inzichten met betrekking tot het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid gepresenteerd. Aan het einde van de dag werd geconcludeerd dat het van belang is dat beroepsgroepen een interne en externe analyse uitvoeren (dat wil zeggen een analyse van de eisen die door externe partijen aan de beroepsgroep worden gesteld) om een samenhangend kwaliteitsbeleid te kunnen formuleren. Het formuleren van een visie op kwaliteit is voor alle paramedische beroepsgroepen in ontwikkeling.

Op het gebied van voorwaardenscheppende activiteiten hebben twee beroepsgroepen actie ondernomen. Binnen de NVvP acht men zich nog weinig bekend met kwaliteit en men ziet een scholing op het begrip kwaliteit, het waarom van het kwaliteitsdenken en het concreet maken van hoe aan kwaliteit gewerkt kan worden als een eerste stap. Om de individuele podotherapeut enthousiast te kunnen maken voor kwaliteitsdenken vindt men het noodzakelijk dat het bestuur en de commissie kwaliteit een scholing op dit gebied volgt. De NVvP heeft samen met het CBO een studiedag "Scholing kader podotherapie omtrent kwaliteit, kwaliteitsbevordering en het invoeren van kwaliteitsprojecten" opgezet. Aan deze dag waren diverse doelstellingen gekoppeld: de verschillende invalshoeken van kwaliteit aangeven, ordeningskaders voor aspecten van kwaliteit benoemen, de aandacht voor kwaliteit plaatsen in de context van de naoorlogse ontwikkelingen, inzicht geven in de kwaliteitswetgeving en tot slot inzicht geven in de plaats en het doel van het paramedisch programma. Naar aanleiding van deze studiedag is besloten dat het bestuur eerst zelf de zaken op een rijtje wil zetten op het gebied van kwaliteit.

De VBC heeft het Nederlands Paramedisch Instituut benaderd ondersteuning te bieden bij het project 'codering beroepsspecifieke diagnose van oefentherapeuten Cesar, m.b.v. VNZ-informatiesysteem. De informatie die zorgverzekeraars tot op heden verzamelen met betrekking tot de patiëntenpopulatie van oefenthera-

peuten Cesar is gebaseerd op de codering van de verwijfsdiagnose met behulp van de , oorspronkelijk voor de fysiotherapie ontwikkelde, VNZ codering. De oefentherapeuten Cesar zijn van mening dat de huidige informatiestroom naar zorgverzekeraars over hun patiëntenpopulatie onvoldoende specifiek is om de soort beslissingen op te baseren die zorgverzekeraars dreigen te gaan nemen. De oefentherapeuten Cesar hebben daarom behoefte aan een beroepsspecifieke diagnose die nuancering van dergelijke beslissingen mogelijk moet maken. De indeling van stoornissen en beperkingen zoals gebruikt in het NIVEL onderzoek ' functie en plaats van oefentherapie Cesar in de Nederlandse gezondheidszorg' kan hiervoor als uitgangspunt dienen. Het verzoek van de VBC aan het Nederlands Paramedisch Instituut luidde dan ook " Ondersteuning bij de ontwikkeling en implementatie van een beroepsspecifieke diagnose die gerelateerd aan en in combinatie met de medische (verwijs)diagnose, de patiënt zodanig beschrijft dat beoordeling en vergelijking van patiëntcategorieën in het kader van beslissingen op het terrein van verdeling van het volume van zorg mogelijk wordt". Het project is gestart in december 1994 en zal medio juni 1995 worden afgerond.

Bevorderende en belemmerende factoren

Een factor die de voortgang belemmert is volgens de NVvP de ingewikkelde terminologie die in het referentiekader en in zijn algemeenheid ten aanzien van kwaliteit wordt gebruikt. Dit sluit niet aan bij wat er in de beroepsgroep leeft.

De VBC is enthousiast over de voortgang van het project rond de ontwikkeling van een diagnosecode dat door het Nederlands Paramedisch Instituut wordt uitgevoerd. Het project verloopt naar wens. Door het Nederlands Paramedisch Instituut wordt opgemerkt dat tot nu toe nauwelijks gebruik is gemaakt van de faciliteiten die het Nederlands Paramedisch Instituut in het kader van het ondersteuningsprogramma ter beschikking heeft gesteld op het gebied van informatie en documentatie. Men hoopt dat de bij het Nederlands Paramedisch Instituut aanwezige know-how op dit gebied in de toekomst beter zal worden benut.

5.3 Deskundigheid en scholing

Op het gebied van deskundigheid en scholing zijn geen algemene werkconferenties gehouden. Wel zijn twee projecten gestart.

Door de NVvO wordt een project geïnitieerd. De vereniging wil graag een "herintredersprogramma" ontwikkelen. Een werkgroep die hiervoor speciaal is opgericht buigt zich over dit plan. Twee keer is er contact geweest met de consulente van het CBO. In deze bijeenkomsten is geprobeerd het probleem in kaart te brengen en gegevens te verzamelen over de grootte van het probleem. Daarnaast zijn knelpunten en aandachtspunten verzameld. De werkgroep gaat nu een discussiestuk schrijven. Het bestuur vindt het van belang te inventariseren of er behoefte is aan een herintreders programma. Het idee is dat er (in samenwerking met de hogescholen) een basis leerprogramma wordt opgesteld om kennis bij te spijkeren. Daarnaast vindt men het van belang dat de herintreders een stage lopen onder leiding van een persoonlijk begeleider. Deze begeleider zou op het einde een soort beoordeling moeten geven. Hoe het herintredersprogramma er precies uit moet komen te zien is nog niet duidelijk maar daarvoor zal door de werkgroep een opzet worden gemaakt.

De NVRL heeft in haar prioriteitenlijst aangegeven een onderwijsmodule kwaliteitstoetsing te willen ontwikkelen voor de radiodiagnostiek. De module die al, door het CBO in samenwerking met de hogescholen, ontwikkeld is voor de radiotherapie moet dan worden vertaald naar radiodiagnostiek. Op dit moment is het onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het omzetten van deze module. Het plan is om deze module op de opleidingen en in bij/nascholing in te voeren ter bevordering van het kwaliteitsbesef van de leden.

Bevorderende en belemmerende factoren

Ten aanzien van bovengenoemde projecten worden twee problemen gesignaleerd: ten eerste zijn nauwelijks voorbeelden van programma's voor herintreders bekend, zodat dit programma vanuit het 'niets' ontwikkeld moet worden. Ten tweede blijkt dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor het omzetten van de onderwijsmodule kwaliteitstoetsing radiotherapie naar radiodiagnostiek: de NVRL, de Hogeschool of het CBO.

5.4 Normeren van de beroepsuitoefening

Een algemene activiteit die is georganiseerd op dit gebied is een werkconferentie met als titel "richtlijnen en standaarden". Tijdens deze dag stonden twee projecten uit het "Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg" centraal. Het project

"Centrale Ontwikkeling en Legitimering van Logopedische Standaarden" van de NVLF en het project "Centrale Richtlijnen voor het Fysiotherapeutisch handelen" werden op deze dag gepresenteerd. Op de eerste plaats was er aandacht voor de begrippen normen, standaarden en richtlijnen. Tijdens discussies in subgroepen stond met name het doel van het opstellen van normen, standaarden of richtlijnen centraal.

Op het gebied van normering zijn voor vier beroepsgroepen projecten gestart in het kader van het programma namelijk voor de KNGF, de NVLF, de NVD en de NVE. In een hiernavolgend schema wordt aangegeven in hoeverre de beroepsgroepen die activiteiten op dit gebied hebben ontplooid al zijn gevorderd. Het proces van het normeren van de beroepsuitoefening is onderverdeeld in acht fasen te weten; oriëntatie, opstellen werkplan, ontwikkeling methodiek, formuleren concept richtlijn, consensus/draagvlak bepalen, bijstelling concept richtlijn en komen tot definitieve richtlijn, accorderen op Algemene Leden Vergadering, opstellen implementatieplan.

Fase	KNGF	NVLF	NVD	NVE
Oriëntatie	X	X		X
Opstellen werkplan	X	X		
Ontwikkeling methodiek	X	X		
Concept richtlijn formuleren		X	X	
Consensus/draagvlak bepalen		X	X	
Bijstellen concept richtlijn			X	
Richtlijn accorderen op ALV			X	
Opstellen implementatieplan			X	

Achtereenvolgens zullen de vier projecten die in dit kader zijn opgestart worden besproken.

Het project standaarden bij de NVE verkeert nog in een beginstadium. Een projectgroep standaarden is in het leven geroepen en deze werkgroep maakt een projectplan voor de verdere aanpak van het ontwikkelen, inventariseren en implementeren van standaarden. De leden van de werkgroep hebben zich ingelezen in de materie en de werkconferentie over standaarden en richtlijnen bijgewoond. Het formuleren van het doel van de te ontwikkelen standaarden en het inventariseren van reeds bestaande protocollen binnen de ergotherapie is het volgende aandachtspunt. Hierna zal een definitief projectplan worden opgesteld.

Binnen de diëtetiek zijn al veel protocollen ontwikkeld. Hierbij wordt niet een centrale methodiek gevolgd, afdelingen diëtetiek in ziekenhuizen, verpleeghuizen of thuiszorginstellingen hanteren een eigen aanpak. In het ondersteuningsprogramma staat niet zozeer het ontwikkelen van nieuwe protocollen centraal maar meer het integreren van protocollen in de intercollegiale toetsingsmethodiek. Het doel is dat er een methode wordt ontwikkeld en uitgetest om bestaande protocollen te integreren in intercollegiale toetsingsactiviteiten. Dit zal uitmonden in een advies over hoe verder te gaan met het ontwikkelen van een protocollenbeleid. In 1995 zal worden gestart met een werkgroep protocollen. Deze werkgroep zal op basis van de door het CBO verzamelde protocollen en de ervaringen uit het KNGF richtlijnenproject een lijst met eisen samenstellen waaraan protocollen zouden moeten voldoen.

Binnen de logopedie is het project "Centrale ontwikkeling en legitimering van Logopedische standaarden" gestart. De uitvoering van het project ligt bij de Hogeschool Nijmegen. Dit project past binnen het masterplan van de NVLF, het meerjaren kwaliteitsbeleidsplan. De standaarden binnen de logopedie richten zich op een of meerdere aspecten van het logopedische proces binnen een werkveld. De standaarden zijn een concretisering van de eindtermen van de opleidingen logopedie. Het doel van de standaarden (kwaliteitseisen) is de beroepsuitoefening in verschillende praktijken te kunnen vergelijken. Daarnaast worden criteria geformuleerd (in de vorm van een meetinstrument) op grond waarvan de logopedist in staat zou moeten zijn zijn handelen op kwaliteit te toetsen. Ontwikkeling vindt plaats via de Delphi methode waarna legitimering plaatsvindt door de beroepsgroep via standaardbijeenkomsten. Met behulp van het ontwikkelde meetinstrument kan men nagaan of men daadwerkelijk via de standaard werkt. Implementatie van de standaarden vindt niet in het project plaats, hiervoor wordt apart een implementatieplan aan de beroepsvereniging aangeboden door het centrum voor beroepsinnovatie en methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen. Standaarden zijn in ontwikkeling voor logopedie in verpleeghuizen en in algemene ziekenhuizen en worden gelegitimeerd voor vrije vestiging en audiologische centra. De werkwijze zoals die bij de logopedie wordt gevolgd is op een werkconferentie over richtlijnen en standaarden gepresenteerd aan de andere paramedische beroepsgroepen.

Binnen de fysiotherapie wordt voor een andere aanpak gekozen. Een centrale richtlijn wordt binnen de fysiotherapie beschreven als

"een systematisch ontwikkelde vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad die door deskundigen is opgesteld en gericht is op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben". Het project "richtlijnen" moet worden gezien als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van het KNGF en is een van de voorwaardenscheppende instrumenten voor structurele kwaliteitsbewaking en bevordering. Doelstellingen die met het ontwikkelen van centrale richtlijnen worden beoogd kunnen op twee niveaus worden gezien:

Op het niveau van de beroepsbeoefenaar. Een bijdrage leveren aan kwaliteitsbewaking en -bevordering in de fysiotherapie (ondersteuning bieden bij het nemen van beslissingen, criteria voor zelfevaluatie en intercollegiale toetsing) en op het niveau van de beroepsgroep. Een stap voorwaarts zetten in het professionaliseringsproces (explicitering en vergroten van de uniformiteit).

Aan dit project wordt samengewerkt door het CBO, het Nederlands Paramedisch Instituut en het KNGF. De richtlijnen worden ontwikkeld door werkgroepen van fysiotherapeuten met wetenschappelijke achtergrond of ervaringsdeskundigheid. Elke richtlijn wordt via het methodisch fysiotherapeutisch handelen opgebouwd en het werkveld geeft feedback op de concept richtlijnen. Per richtlijn zal een implementatieplan worden opgesteld. Het project doorloopt vier fasen (voorbereiding, ontwerp, implementatie, bijstellen) In 1994 is door de uitvoerders aan fase 1 gewerkt, het vervaardigen van een methode voor centrale richtlijnen ontwikkeling. Hiervan is een werkboek verschenen dat ook door andere beroepsgroepen gebruikt kan worden. De gegevens van deze fase zijn gepresenteerd op de werkconferentie "Richtlijnen en standaarden". Tevens is in deze fase geïnventariseerd welke protocollen/richtlijnen binnen de fysiotherapie zijn ontwikkeld. In fase twee zal de ontwikkelde concept methode worden uitgetest door voor twee aandoeningen een richtlijn te ontwikkelen.

Bevorderende en belemmerende factoren

De voortgang van de projecten verloopt in zijn algemeenheid naar wens. Wel heeft men in het standaardenproject van de logopedie ervaren dat de ontwikkeling van standaarden vertraging op kan lopen indien blijkt dat andere disciplines of werkgevers zich niet met de standaard kunnen verenigen. Andere factoren die de voortgang bevorderen of belemmeren liggen niet in de uitvoering van de projecten maar hebben veel meer te maken met het type richtlijnen, standaarden of protocollen dat ontwikkeld wordt. Over deze verschillen valt het volgende op te merken.

Het ontwikkelen van inhoudelijke richtlijnen, zoals in de fysiotherapie gebeurt, eist een grote tijdsinvestering. De verwachting is dat binnen het project niet meer dan 2 richtlijnen ontwikkeld kunnen worden. Bij de logopedische standaarden blijft de logopedische behandeling buiten beschouwing maar worden normen opgesteld voor het methodisch handelen in de specifieke werkvelden. Daarmee wordt in één keer een breder terrein bestreken. Door de NVD wordt alleen een raamwerk voor protocollen ontwikkeld. Dit betekent een minder strak keurslijf omdat afdelingen diëtetiek binnen ziekenhuizen of verpleeghuizen eigen protocollen kunnen ontwikkelen.

Het CBO adviseert beroepsgroepen van tevoren goed af te wegen met welk doel men richtlijnen of standaarden wil gaan ontwikkelen (bijvoorbeeld: explicitering, produktomschrijving voor verzekeraars, claimen van een werkveld, toetsing, terugdringen van variatie, implementatie enzovoorts). Afhankelijk van de keuzes die men maakt moet de methodiek worden aangepast. Zij adviseren de beroepsgroepen die nog gaan beginnen, niet blindelings te copieëren wat andere beroepsgroepen doen, maar eerst de doelen te formuleren. De NVE, die met dit proces bezig is, ervaart dat het afwegen van de voor- en nadelen die aan de diverse doelen kleven niet eenvoudig blijkt te zijn.

Als wensen voor de toekomst verwachten enkele beroepsgroepen een faciliterende rol van het CBO bij het proces van implementatie. Het Nederlands Paramedisch Instituut adviseert gebruik te maken van de door het Nederlands Paramedisch Instituut opgezette databank waarin reeds ontwikkelde richtlijnen zijn verzameld. Ook voor andere beroepsgroepen zou een dergelijke inventarisatie kunnen worden uitgevoerd.

5.5 Verbeteren van de beroepsuitoefening

Er zijn geen algemene werkconferenties georganiseerd op het gebied van het verbeteren van de beroepsuitoefening.

Wel zijn voor zes beroepsgroepen namelijk de NVRL, NVD, NVE, NVOM, VBC, NVM toetsingsprojecten gestart in het kader van het kwaliteitsprogramma. In een hiernavolgend schema wordt aangegeven in hoeverre de beroepsgroepen die activiteiten op dit gebied hebben ontplooid al zijn gevorderd. Het proces van het verbeteren van de beroepsuitoefening is onderverdeeld in zeven fasen te weten: oriënterende fase, fase waarin het definitieve werkplan wordt opgesteld, fase waarin voorlichting wordt gegeven en werving van

deelnemers plaatsvindt, experimentele fase waarin methodiek wordt uitgetest, fase waarin methodiek wordt bijgesteld en handleiding-/werkboek wordt geschreven, verspreiding van methode in meerdere groepen, opstellen van implementatieplan voor verspreiding in hele beroepsgroep.

Fase	NVRL	NVD	NVE	NVM	NVOM	VBC
Oriëntatie	X	X	X	X	X	X
Werkplan		X	X	X	X	
Voorlichting/werving		X	X	X	X	X
Uittesten methodiek		X	X			
Bijstellen methodiek		X	X			
Verspreiding		X	X			
Opstellen implementatieplan						

Achtereenvolgens zullen de zes projecten die in dit kader zijn opgestart worden besproken. De projecten verschillen in de wijze waarop zij worden vormgegeven en in de fase van uitvoering.

Bij de radiologisch laboranten is voor het opzetten van het project 'invoeringsprogramma kwaliteitstoetsing radiologisch laboranten' ondersteuning gevraagd. Uit de enquête, die onder alle leden is verspreid, kwam naar voren dat de radiologisch laboranten behoefte hieraan hebben. Het doel van het project is door scholing en begeleiding afgevaardigden van radiologische afdelingen leren op hun eigen afdeling kwaliteitsprincipes toe te passen. Als uitgangspunt voor het project kwaliteitstoetsing op de afdelingen wil men de ontwikkelde onderwijsmodules kwaliteit nemen. Zogenaamde interne procesbegeleiders worden opgeleid. Zij kunnen dan reeds ontwikkelde kwaliteitsprojecten, Blauwe ton project, Routing patiënt, beroepscode en beroepsprofiel, PACE project, implementeren op de afdelingen radiodiagnostiek en radiotherapie. Deze interne procesbegeleiders zijn dan verantwoordelijk voor de invoering van de kwaliteitscyclus op de afdeling. Op de lange termijn is het de bedoeling dat alle afdelingen radiodiagnostiek en radiotherapie een of meerdere getrainde interne procesbegeleiders hebben die kwaliteitsprojecten op de afdelingen kunnen initiëren. In januari 1995 wordt door de werkgroep kwaliteit beslist hoe het invoeringsprogramma er precies uit zal gaan zien en gaat het project zo spoedig mogelijk van start.

De diëtisten hebben ook ondersteuning gevraagd voor het ontwikkelen van een op de praktijk van diëtisten afgestemde methode van

intercollegiale toetsing. Er wordt naar gestreefd de reeds door diëtisten ontwikkelde protocollen te integreren in het project.

Essentie van de intercollegiale toetsing voor diëtisten is dat de in werkelijkheid verleende zorg wordt gemeten, vergeleken en beoordeeld aan de hand van criteria. Deze criteria kunnen worden opgesteld bijvoorbeeld aan de hand van een protocol. Het toetsingsproces wordt uitgevoerd in toetsingsgroepen. Iedere toetsingsgroep wordt begeleid door een intercollegiale toetsings begeleider (een diëtist uit de toetsingsgroep). Deze begeleider wordt geschoold en begeleid door het CBO. In maart 1994 is de voorbereidende fase afgerond. In april is een eerste groep van 12 diëtisten gestart met het scholings- en begeleidingsprogramma. Op basis van de evaluatie van deze eerste groep is de methode aangepast. De belangrijkste wijziging is dat een toetsingsonderwerp niet meer alleen probleem georiënteerd hoeft te zijn maar ook een proces of produkt (bijvoorbeeld een protocol) als onderwerp gekozen kan worden. Een tweede groep van 18 diëtisten is gestart in oktober en in februari 1995 zal een derde groep van ca 15 diëtisten van start gaan. Van het project worden volgens het werkplan de volgende activiteiten en producten verwacht:

- * Het ontwikkelen van een protocollenbeleid.
- * Een ontwikkelde en uitgeteste methode van intercollegiale toetsing voor diëtisten.
- * Een ontwikkelde en uitgeteste methode om bestaande protocollen te integreren in intercollegiale toetsingsactiviteiten.
- * Onderwijsmateriaal in de vorm van een werkboek, een scholings- en begeleidingsprogramma om het invoeren van intercollegiale toetsing in toetsingsgroepen van diëtisten te ondersteunen.
- * Een netwerk van actief bij kwaliteitsbevordering betrokken diëtisten.
- * Op basis van de evaluatie wordt een invoeringsstrategie voor verdere verspreiding van intercollegiale toetsing onder diëtisten bepaald.
- * Een aanbeveling hoe verder te gaan met het ontwikkelen van een protocollenbeleid.

De NVE heeft ondersteuning gevraagd bij verdere implementatie en behoud van intercollegiale toetsing binnen de ergotherapie. In het project 'Ontwikkeling toetsing Ergotherapie' is een methode voor toetsing binnen de ergotherapie ontwikkeld. Dit project is in juni 1994 afgerond. Op basis van de ervaringen die binnen dit project zijn opgedaan is een strategie voor verdere verspreiding opgesteld. Het blijkt dat ondersteuning voor verdere verspreiding en behoud

van de methode nodig is. Een invoeringsprogramma intercollegiale toetsing is opgesteld en het is momenteel uitgestrekt over een aantal verschillende trajecten. Er is een vervolgtraject voor de afdelingen en regiogroepen die hebben deelgenomen aan het project 'Ontwikkeling toetsing ergotherapie'.

Daarnaast wordt er ook een nieuw invoeringsprogramma aangeboden voor regiogroepen en afdelingen ergotherapie. Er hebben zich vier regiogroepen aangemeld en in januari 1995 wordt met het invoeringsprogramma gestart. Vijf afdelingen hebben zich aangemeld voor het invoeringsprogramma. Omdat dit een gering aantal is zal er een gecombineerd invoeringsprogramma voor afdelingen ergotherapie en fysiotherapie worden gestart in januari 1995.

De NVM heeft het CBO ondersteuning gevraagd voor het project 'beroepscode en beroepsprofiel'. Het doel van de vereniging is door middel van reeds bestaande producten, te weten het beroepsprofiel en de beroepscode, de kwaliteit van de beroepsuitoefening dichterbij de leden brengen. De NVM wil met het expliciet implementeren van het beroepsprofiel en de beroepscode bereiken dat leden met elkaar in gesprek gaan over hun werk. Als gevolg hiervan hoopt men te bereiken dat de in deze stukken genoemde normen een grotere rol gaan spelen in de dagelijkse praktijk van de individuele mondhygiënist.

In september is een projectgroep opgericht, vervolgens is een werkplan opgesteld en zijn deelnemers geworven en worden de gespreksgroepen samengesteld. Deze gespreksgroepen gaan aan de hand van een met elkaar in de praktijk te ontwikkelen methode een onderwerp behandelen. De beroepscode wordt daarbij gebruikt als norm en de praktijk wordt getoetst aan de hand van het beroepsprofiel. Per gespreksgroep worden twee gespreksleiders opgeleid door het CBO.

De infrastructuur van de NVM wordt gevormd door vakgroepen, welke functioneren op landelijk niveau. Deze infrastructuur vormt het aangrijpingspunt voor het opzetten van een uitgebreidere infrastructuur. Als ideaal wordt geschetst dat er per vakgroep en per regio gespreksgroepen worden geformeerd. Omdat het beroepsprofiel vertaald moet worden naar de eigen praktijk is het van belang dat de eigen praktijk van de diverse leden van de gespreksgroepen zoveel mogelijk overeenstemt.

Uit het project zijn de volgende resultaten volgens het werkplan te verwachten:

- * Een blijvende infrastructuur binnen de NVM om kwaliteitsbevorderende activiteiten te implementeren.

- * Een aantal getrainde kaderleden om per werkveld en regio gespreksgroepen te leiden.
- * Een methode (ontwikkeld en uitgetoetst) om het beroepsprofiel en de beroepscode in de praktijk te gebruiken.
- * Een trainingsprogramma (ontwikkeld en uitgetoetst) om de training voor de kaderleden uit te breiden.
- * Scholingsmateriaal om het trainingsprogramma te ondersteunen.
- * Een strategie voor verdere verspreiding van de beroepscode en het beroepsprofiel binnen de beroepsgroep.

De invoeringsfase van het project is rond februari 1995 van start gegaan, in het eerste traject kunnen 4 á 5 gespreksgroepen deelnemen.

Binnen de NVOM is een commissie kwaliteit actief die als doelstelling heeft het introduceren en stimuleren van het kwaliteitsdenken binnen de beroepsgroep, het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid van de NVOM en het in gang zetten en het bewaken van de voortgang van het kwaliteitsbeleid. Gezien de hoge prioriteit die het onderwerp intercollegiale toetsing kreeg werd dit verder uitgewerkt tot een werkplan. Twee informatieavonden werden georganiseerd om deelnemers te informeren en te enthousiasmeren voor deelname aan intercollegiale toetsing. Het werkplan is bijna afgerond, er zijn al data gepland voor scholing van de groepen en een aantal groepen hebben zich aangemeld voor deelname. Het materiaal voor de scholingsgroepen wordt ontwikkeld. De NVOM geeft ook aan dat het van belang is aandacht te besteden aan een manier/methode waarop de in gang gezette ontwikkeling van intercollegiale toetsing verder verspreid zou kunnen worden. De resultaten die volgens het concept-werkplan worden verwacht van dit project zijn de volgende;

- * Intercollegiale toetsing invoeren binnen enkele groepen en zorg dragen voor intern klimaat op basis waarvan zowel de methodiek van de IT als het kwaliteitsdenken kan verspreiden over de hele beroepsgroep.
- * Met behulp van IT richtlijnen ontwikkelen, beroepsprofiel invoeren etc.
- * Het zichtbaar maken van het oefentherapeutisch handelen en daaruit voortvloeiend het ontwikkelen van richtlijnen c.q. protocollen.
- * Een invoeringsstrategie voor verdere invoering van intercollegiale toetsing binnen de beroepsgroep van oefentherapeuten Mensendieck, zodat het instrument integraal binnen de hele beroepsgroep gebruikt kan worden.

Half januari 1995 is gestart met de invoeringsfase.

Op basis van de inventarisatie van activiteiten en middelen via het referentiekader heeft de VBC besloten te komen tot een instrument waarmee oefentherapeuten Cesar structurele feedback op het eigen handelen kunnen krijgen. Het is de bedoeling dat reeds ontwikkelde middelen als beroepsprofiel, gedragscode etc worden geïntegreerd in een systeem voor structurele feedback. De exacte opzet van het programma is nog in ontwikkeling. Er is een eerste opzet gemaakt waarbij vier groepen oefentherapeuten geschoold kunnen worden. Er wordt uitgegaan van de reeds bestaande regionale structuur van de VBC. Er is een eerste bijeenkomst georganiseerd waarbij regio-vertegenwoordigers werden geïnformeerd over het programma, het begrip kwaliteit en over de invulling van het project 'Systematische kwaliteitsbevordering oefentherapeuten Cesar'. De verwachting is in maart 1995 te kunnen starten met de invoeringsfase.

Bevorderende en belemmerende factoren

In zijn algemeenheid verloopt de voortgang van de projecten naar wens. In overleg met de beroepsgroep zijn de projectvoorstellen tot stand gekomen, door het CBO worden of zijn de werkplannen geschreven, en de begeleiding en uitvoering door het CBO verloopt naar tevredenheid. Bevorderend is ook, zo wordt door twee beroepsgroepen gemeld, dat interne procesbegeleiders opgeleid worden en gecoached worden in het veld en dat het CBO als vraagbaak funktioneert voor reeds opgeleide functionarissen (nazorg). Een beroepsgroep merkt op dat de respons hoog is omdat door het CBO vooraf veel gedaan was aan informatie, voorlichting en werving.

Veel beroepsverenigingen hopen ook met het introduceren van intercollegiale toetsingsgroepen de infrastructuur van de vereniging te versterken. In hoeverre dat doel met toetsing bereikt kan worden is niet bekend.

De volgende belemmerende factoren worden gesignaleerd: Het projectplan dat voor een van de beroepsgroepen is gemaakt blijkt te duur te zijn om binnen het ondersteuningsprogramma te kunnen worden uitgevoerd. Hiervoor is nog geen oplossing gevonden. Bij een beroepsgroep blijkt de belangstelling voor intercollegiale toetsing gering, zoals blijkt uit het beperkte aantal deelnemers dat zich aanmeldt. Door het CBO wordt nu uitgezocht waar dat aan ligt. Een gemeenschappelijk punt van zorg is de verdere verspreiding en continuering van toetsing, enerzijds omdat de behoefte aan toetsing bij veel leden nog niet 'leeft' anderzijds omdat voor verdere verspreiding en continuering ondersteuning nodig blijkt te zijn.

Specifieke wensen voor bijstelling van de projecten zijn niet gemeld. Wel wordt in zijn algemeenheid ondersteuning gevraagd bij de ver-

dere continuering en verspreiding van intercollegiale toetsing en de communicatie met de achterban van de verenigingen. Het organiseren van een studiedag voor de leden van de vereniging wordt gesuggereerd.

5.6 Conclusies

Uit het voorgaande overzicht van projecten en activiteiten valt af te leiden dat veel projecten nog in een startfase verkeren. In 1994 is allereerst gewerkt aan de invulling en vormgeving van het ondersteuningsprogramma. Vervolgens zijn de verschillende beroepsverenigingen uitgenodigd tot het maken van een wensenlijst en het opstellen van prioriteiten, doorgaans nadat zij met behulp van het CBO het referentiekader hadden ingevuld om een goed overzicht te verkrijgen. In een volgende fase hebben oriënterende gesprekken met de beroepsvereniging plaats gevonden om overeenstemming te bereiken over de preciese invulling van het project, waarna werkplannen opgesteld zijn zodat met de uitvoering kon worden begonnen.

Zoals uit de in dit hoofdstuk beschreven evaluatie blijkt verlopen de meeste projecten in zijn algemeenheid naar wens en volgens plan. Er zijn nauwelijks wensen voor bijstelling van de projecten en uit de opgedane ervaringen worden nuttige adviezen afgeleid, zoals duidelijke afspraken maken over verantwoordelijkheden en voorafgaand aan het ontwikkelen van standaarden en richtlijnen, de doelen die ermee beoogd worden vaststellen. Wel is het duidelijk dat bij de projecten die al in een vergevorderd stadium verkeren, vooruitgekeken wordt naar de volgende stap, de implementatie in het veld. In hoeverre het ondersteuningsprogramma hierin een faciliterende rol kan vervullen zal de komende twee jaren duidelijk worden.

6. EVALUATIE PROGRAMMATISCHE AANPAK EN CONCLUSIES

Dit laatste hoofdstuk bevat een algemene evaluatie in drie delen. Ten eerste wordt de programmatische (gezamenlijke) aanpak geëvalueerd met de vraag welke voor- en nadelen de deelnemers van deze programmatische aanpak ervaren. Ten tweede wordt de voortgang van het kwaliteitsbeleid geëvalueerd inclusief de bijdrage van het ondersteuningsprogramma. Als derde onderdeel wordt ingegaan op de voortgang van de specifieke projecten. Elk deel wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen. Aan het slot van het hoofdstuk wordt kort ingegaan op continuëring.

Vooraf zij opgemerkt dat de evaluatie betrekking heeft op het eerste jaar van het ondersteuningsprogramma; de opstartfase. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat het programma in dit eerste jaar goed loopt en dat het in grote lijnen wenselijk lijkt op de ingeslagen weg door te gaan.

Evaluatie programmatische aanpak

Het Ministerie van VWS heeft voor de ondersteuning van de 10 paramedische beroepen gekozen voor een programmatische aanpak om versnippering van ondersteuning te voorkómen en de beschikbare deskundigheid zo doelmatig mogelijk in te zetten. Bovendien zouden beroepsgroepen elkaars ervaringen kunnen benutten zodat niet elk voor zich 'het wiel behoeft uit te vinden'.

Doordat een aantal lopende projecten in het programma geïntegreerd moest worden, bestaat het programma in feite uit een verzameling activiteiten en projecten, met als gemeenschappelijke noemer het kwaliteitsbeleid.

Desondanks blijkt deze gemeenschappelijke aanpak de volgende voordelen voor de deelnemers te hebben.

Op één na achten alle beroepsverenigingen een gezamenlijke aanpak in een aantal opzichten functioneel: het is nuttig "om kennis te bundelen; om te leren van elkaars positieve ervaringen of fouten; om te weten waar iedereen mee bezig is, zodat het gemakkelijker wordt om zelf prioriteiten te stellen; om methodieken te kunnen gebruiken die voor andere beroepsgroepen ontwikkeld zijn". "Ook geeft het steun om te zien dat iedereen het moeilijk vindt".

De meerderheid stelt dat de gezamenlijke aanpak de saamhorigheid tussen de beroepsgroepen vergroot en de onderlinge contacten

vergemakkelijkt. Het programma wordt als een stimulans ervaren waardoor iedereen wordt meegetrokken.

Volgens de uitvoerders draagt de gezamenlijke aanpak bij aan efficiency omdat zowel de ervaringen als het onderwijsmateriaal voor een bredere doelgroep wordt benut.

Als nadeel wordt ervaren dat er grote verschillen zijn tussen de beroepsgroepen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is. Illustratief is dat het programma voor twee beroepsgroepen te traag gaat en voor twee beroepsgroepen veel te snel. De uitvoerders van het programma hebben ervaren dat een gezamenlijke aanpak zijn grenzen heeft. De activiteiten moeten zeer specifiek toegesneden worden op elke beroepsgroep en men heeft behoefte aan individuele begeleiding. Dit betekent een voortdurend zoeken naar het evenwicht tussen specifiek en algemeen. Ook enkele beroepsgroepen wijzen erop dat sommige zaken zo beroepsspecifiek zijn, dat deze niet gezamenlijk ontwikkeld kunnen worden. Zij pleiten voor beroepsspecifieke projecten naast het programma.

Als tweede nadeel wordt gemeld dat de beschikbare financiën over 10 beroepsgroepen moeten worden verdeeld wat een versnippering van activiteiten en projecten met zich meebrengt. Ook hebben enkele beroepsgroepen de zorg dat het nu moeilijker wordt om projecten buiten het programma om door VWS gefinancierd te krijgen. Twee beroepsgroepen melden dat zij hierdoor vertraging oplopen.

De conclusie is dat een gezamenlijke programmatische aanpak inderdaad de beoogde meerwaarde lijkt op te leveren. Deze gezamenlijkheid kent zijn begrenzing door de verschillen in ontwikkelingsfase en door beroepsspecifieke ontwikkelingen. **Aanbevolen** wordt deze verschillen niet uit het oog te verliezen en toekomstige programma's vooral toe te spitsen op gemeenschappelijke ontwikkelingen bij de beroepsgroepen.

Evaluatie ontwikkeling kwaliteitsbeleid

Het algemene deel van het ondersteuningsprogramma is gericht op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid door de paramedische beroepen. De (verdere) ontwikkeling van dit beleid zal de komende jaren gestalte moeten krijgen om te bereiken dat het kwaliteitsbeleid meer is dan een lijst met prioriteiten en een logische plaats krijgt in het strategische beleid van de beroepsgroep. Door de beroepsgroepen wordt het ontwikkelen van een dergelijk beleid als een complexe

en moeilijke aangelegenheid ervaren, veel moeilijker als het uitvoeren van projecten.

Bij enkele partijen bestaat onduidelijkheid over de vraag wie in eerste instantie verantwoordelijk is voor de verdere ontwikkeling van dit beleid, de beroepsgroep zelf of de uitvoerders van het ondersteuningsprogramma.

Concluderend is het gevaar aanwezig dat alle aandacht uitgaat naar uitvoering van projecten omdat dit als minder moeilijk wordt ervaren. De beleidsontwikkeling kan daardoor stagneren. **Aanbevolen** wordt extra aandacht aan de beleidsontwikkelingen te besteden, zodat alle beroepsgroepen aan het einde van het programma een kwaliteitsbeleidsplan op papier hebben. Daarnaast wordt aanbevolen duidelijk vast te stellen wie in eerste instantie verantwoordelijk is voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

De start van het ondersteuningsprogramma heeft bij veel beroepsgroepen geleid tot een herbezinning op het kwaliteitsbeleid, en verwant daarmee tot een pas op de plaats. Men bezint zich op de vraag hoe samenhang aangebracht kan worden in de kwaliteitsactiviteiten, en op welke wijze het kwaliteitsbeleid ingepast kan worden in het totale (strategische) beleid van de beroepsgroep, voor zover dat ontwikkeld is. De herbezinning leidt bij een aantal beroepsgroepen tot verandering van strategie. Hierover en over de bijdrage van het ondersteuningsprogramma kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. Top-down of bottom-up

Bij vijf van de tien beroepsgroepen werd het kwaliteitsbeleid aanvankelijk voornamelijk op bestuursniveau ingevuld en vormgegeven (top-down). Drie van hen hebben deze aanpak gehandhaafd, twee van hen hebben de strategie gewijzigd in een meer bottom-up aanpak. Zij trachten de leden meer bij het beleid te betrekken door met name het kader van de beroepsgroep te trainen of door de prioriteiten te baseren op wensen van de leden.

Daarentegen zijn twee verenigingen die aanvankelijk een bottom-up benadering hanteerden ertoe over gegaan meer sturing van bovenaf uit te oefenen zodat een combinatie van top-down en bottom-up ontstaat. Eén vereniging - die een dergelijke aanpak had - heeft deze gehandhaafd.

De conclusie is dat beroepsgroepen enerzijds trachten meer samenhang in de kwaliteitsactiviteiten aan te brengen door meer sturing van bovenaf uit te oefenen, anderzijds tracht men via een bottom-up benadering de acceptatie en (toekomstige) implementatie van kwali-

teitsactiviteiten te bewerkstelligen. De ideale verhouding tussen top-down en bottom-up benadering kan per beroepsgroep verschillen en staat niet op voorhand vast. **Aanbevolen** wordt een - voor de beroepsgroep - juist evenwicht tussen beide benaderingen te vinden.

2. Integrale of aspectbenadering

Bij de meeste beroepsgroepen waren kwaliteitsactiviteiten aanvankelijk op kwaliteitsaspecten gericht, gebaseerd op de aspectbenadering van kwaliteit in de Nota's van de NRV. Hierin is een verschuiving te zien. De stand van zaken in 1994 laat zien dat 5 beroepsgroepen werken aan een meer integrale benadering, dat wil zeggen dat men het kwaliteitsbeleid wil inpassen in het totale beleid van de vereniging en wil baseren op een visie over toekomstige ontwikkelingen in het beroep. Vijf beroepsgroepen kiezen voor (continuering van) een aspectbenadering uit o.a. pragmatische overwegingen of om het geheel hanteerbaar (behapbaar) te houden.

De conclusie is dat - ongeacht welke aanpak men hanteert - alle beroepsgroepen ernaar streven meer samenhang in de kwaliteitsactiviteiten aan te brengen. De ervaring heeft geleerd dat een samenhangend of integraal kwaliteitsbeleid met name meerwaarde oplevert indien dit beleid ook integraal kan worden uitgevoerd. **Aanbevolen** wordt derhalve om bij het ontwikkelen van een dergelijk beleid de mogelijkheden voor integrale uitvoering en integrale financiering in het oog te houden en fondsen daarvoor zien te werven.

Binnen het ondersteuningsprogramma kunnen de beroepsgroepen voor de verdere beleidsontwikkeling deelnemen aan werkconferenties en een beroep doen op de speciaal daarvoor beschikbare consultants. Drie beroepsgroepen geven aan geen ondersteuning nodig te hebben bij het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleidsplan; zij kunnen dit op eigen kracht. Wel willen twee beroepen graag feedback van de consultant op concept versies. De overige zeven beroepsgroepen geven aan dat de consultants ingeschakeld (zullen) worden voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Over de tot nu toe opgedane ervaringen met de werkconferenties en de consultants valt het volgende op te merken.

- Evaluatie werkconferenties

De algemene ondersteuning via de gezamenlijke werkconferenties en voor enkele beroepsgroepen de studiedagen zijn in het algemeen als nuttig ervaren. Men acht het leerzaam om op deze werkconferenties ervaringen van andere beroepsgroepen te horen. Vier beroepsgroepen zouden de werkconferenties liever concreter ingevuld

willen zien. Ze geven daarbij aan dat ze het van groot belang vinden dat op een werkconferentie handvatten worden aangereikt waarmee men binnen de beroepsgroep direct aan de slag kan.

Zes beroepsgroepen vinden het een probleem dat de werkconferenties overdag zijn. Ten eerste omdat deze dan alleen kunnen worden bezocht door mensen die zich vrij kunnen maken (vaak dezelfde personen); ten tweede is er het probleem van de inkomingsderving op werkdagen. Men suggereert zaterdagen of een middag en avond. Geadviseerd wordt ook de dagen niet te dicht op elkaar te plannen omdat dit te belastend is voor de deelnemers. **Aanbevolen** wordt de werkconferenties zo praktisch mogelijk in te vullen en de tijden in onderling overleg met de beroepsgroepen vast te stellen.

- Evaluatie consulentschappen

Elke beroepsgroep heeft bij de start van het programma een eigen consulent toegewezen gekregen. De bijdrage van hen aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid verschilt in intensiteit per beroepsgroep: vier beroepsgroepen hebben tot nu toe niet of nauwelijks gebruik gemaakt van de beschikbare consulenten, vier andere beroepsgroepen hebben de consulenten wel actief ingeschakeld. Bij twee beroepsgroepen is de bestaande adviesrelatie met het CBO gecontinueerd.

Bij zes beroepsgroepen is de invulling van het consulentschap conform de wensen van de beroepsgroep en funktioneert naar tevredenheid. Twee van hen gebruiken het consulentschap ter advisering en dat wil men in de toekomst zo houden. Bij de overige vier is het consulentschap op een praktische manier ingevuld. Naast advisering schrijft de consulent bijvoorbeeld ook voorstellen. Men vindt deze invulling nuttig en bijzonder stimulerend. In de toekomst wil men graag op deze manier doorgaan.

Bij vier beroepsgroepen bestaat enige onduidelijkheid over de invulling van de consulentschappen: "men weet niet goed wat men wel of niet kan vragen". Gemeld wordt dat de invulling die aan het consulentschap wordt gegeven erg algemeen en weinig concreet is. Men zou graag zien dat de consulenten in de toekomst meer praktische, uitvoerende werkzaamheden zouden verrichten (bijvoorbeeld stukken schrijven).

De conclusie is dat de beroepsgroepen verschillen in de mate waarin en de wijze waarop zij van het consulentschap gebruik maken. Dit betekent dat per beroepsgroep afstemming plaats moet vinden tussen de wensen en verwachtingen van de beroepsgroep en die van de consulent. **Aanbevolen** wordt deze wederzijdse verwachtingen en wensen zo goed mogelijk te verduidelijken.

Evaluatie van de specifieke projecten

Het specifieke deel van het ondersteuningsprogramma is bedoeld voor de concretisering van het beleid, dat wil zeggen de ontwikkeling van specifieke hulpmiddelen en instrumenten die in de beroepsgroep geïmplementeerd kunnen worden. Veel van de projecten waarin instrumenten als protocollen, standaarden en richtlijnen of toetsingsmethoden ontwikkeld worden verkeren nog in een startfase. In 1994 is allereerst gewerkt aan de invulling en vormgeving van het ondersteuningsprogramma.

In zijn algemeenheid is de conclusie dat de projecten voorspoedig en volgens plan verlopen en naar tevredenheid van de beroepsgroepen. Er zijn nauwelijks wensen voor bijstelling van de projecten.

Uit de tot nu toe opgedane ervaringen met de projecten valt te leren dat het van belang is om vooraf duidelijk vast te stellen welke doelen met instrumenten als protocollen of intercollegiale toetsing worden beoogd. Het bereiken van meer uniformiteit binnen de beroepsgroep vraagt een andere aanpak dan het aan externe partijen zichtbaar maken wat men doet. Ook blijken enkele beroepsgroepen als nevendoel van (het instrument) intercollegiale toetsing te verwachten dat de infrastructuur van de vereniging hierdoor wordt versterkt. **Aanbevolen** wordt om de doelen vóóraf helder te formuleren (om teleurstellingen te voorkómen en om een goede evaluatie van de projecten mogelijk te maken).

Continuëring

Een gemeenschappelijk punt van zorg is voor alle beroepsgroepen de toekomstige implementatie en de verspreiding van de opgedane know-how binnen de vereniging. Een aantal beroepsgroepen beschikt niet over een organisatie in de vorm van een bureau of stafmedewerkers die continuëring en verspreiding voor hun rekening kunnen nemen. Volgens een van de geïnterviewden zouden alle beroepsgroepen moeten kunnen beschikken over - aan de beroepsgroep verbonden - kwaliteitsmedewerkers, zodat know-how binnen de beroepsgroep beschikbaar is en blijft. Via netwerkvorming zouden deze functionarissen de kennis en ervaringen kunnen bundelen.

De meerderheid van de beroepsgroepen vindt continuëring van de in gang gezette ontwikkeling ook na afloop van het programma van groot belang. Hiervoor acht men structurele ondersteuning en financiering - in welke vorm dan ook - noodzakelijk. Volgens één geïnterviewde zou een soort 'adviesbureau' voor paramedici beschikbaar

moeten zijn om met name ook deskundige ondersteuning te geven bij het maken van projectvoorstellen en het werven van subsidies. Men suggereert om hiervoor een fonds te creëren, bijvoorbeeld via de tariefsopbouw.

Bij de projecten die al in een vergevorderd stadium verkeren wordt vooruitgekeken naar de volgende stap, de implementatie in het veld. In hoeverre het ondersteuningsprogramma hierin een bijdrage kan leveren zal de komende twee jaren duidelijk worden. **Aanbevolen** wordt te bekijken in hoeverre en op welke manier het ondersteuningsprogramma een faciliterende rol kan spelen bij de verdere implementatie van activiteiten binnen de beroepsgroepen. In eerste instantie ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de beroepsgroep zelf.

BIJLAGE 1

AANDACHTSPUNTEN IN HET INTERVIEW MET VERTEGENWOORDIGERS VAN HET BESTUUR EN DE KWALITEITSCOMMISSIE VAN DE PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN

Het doel van het interview is in kaart te brengen via welke processen het kwaliteitsbeleid en de uitvoering daarvan tot stand komt. Concreet vragen we welke aanpak elke beroepsgroep hierbij hanteert en welke factoren hierop van invloed zijn. Bij deze factoren gaat het met name om de bijdrage die het CBO en het Paramedisch Instituut leveren.

In het interview komen aan de orde:

1. de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid
2. de uitvoering van het kwaliteitsbeleid
3. het ondersteuningsprogramma.

Hierna ziet u een opsomming van de onderwerpen die hierbij aan de orde komen. Op de volgende pagina's staan aandachtspunten die - indien relevant - ter sprake kunnen komen.

1. **Ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid**
 - a. ontwikkeling van een kwaliteitsbeleidsplan
 - b. stellen van prioriteiten
 - c. aanpak en strategie bij de uitvoering
 - d. bijdrage van het ondersteuningsprogramma
 - e. andere interne en externe invloeden
 - f. toekomstverwachtingen

2. **Uitvoering van het kwaliteitsbeleid: projecten en activiteiten**

t.a.v. de belangrijkste projecten/activiteiten komt aan de orde:

 - a. verantwoordelijkheid voor ontwikkeling en uitvoering
 - b. doelen en doelgroepen
 - c. aanpak en strategie bij de (verdere) ontwikkeling
 - d. bijdrage van het ondersteuningsprogramma
 - e. andere interne en externe invloeden
 - f. toekomstverwachtingen

3. **Ondersteuningsprogramma**
 - a. consulentschap
 - b. werkconferenties
 - c. projecten voor de beroepsgroep
 - d. documentatie- en informatie
 - e. voor- en nadelen programmatische aanpak
 - f. toekomstverwachtingen

1 ONTWIKKELING VAN HET KWALITEITSBELEID

a. Kwaliteitsplan

Vraag

Aandachtspunten

Heeft de beroepsgroep een kwaliteitsbeleidsplan? Sinds wanneer?
Is er één beleidsplan voor de gehele beroepsgroep of zijn er specifieke plannen
bijv. per werkveld, intra-/extramuraal, deelverenigingen, enz.)
Wie ontwikkelen de plannen? (commissies, bestuur, secretaris, externen etc)
Hoe verloopt de ontwikkeling van dit beleidsplan en waardoor:
makkelijk/moeizaam;
snel/tijdrovend;
acceptatie/weerstand;

b. Prioriteiten.

Vraag

Aandachtspunten

Wat zijn op dit moment prioriteiten in het kwaliteitsbeleid?
Waarom is voor deze prioriteiten gekozen en welke doelen worden beoogd?
Zijn de prioriteiten in de loop der tijd veranderd? Waarom?
Zijn de prioriteiten tussen nu en begin 1994 veranderd? Waarom?
Verwacht u veranderingen in de komende jaren? Welke en waarom?

c. Aanpak en strategie

Vraag

Aandachtspunten

Welke aanpak volgt u bij de concretisering en uitvoering van het beleid?
Heeft u een plan of bepaalde strategieën?
Is dit een totaalplan of plannen per project/activiteit?
Welke hindernissen verwacht u bij de uitvoering van het beleid?
(uitwerking, implementatie, infrastructuur, interesse van de leden, enz.)
Is er een strategie/plan voor het oplossen van deze problemen?
Welke?

d. Bijdrage ondersteuningsprogramma.

Vraag

Aandachtspunten

Heeft het ondersteuningsprogramma invloed gehad op het kwaliteitsbeleid?
Bij het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid?
Bij de prioriteitenstelling?
Bij het concretiseren van het beleid?
Bij (een plan van aanpak voor) de uitvoering van het beleid?
Bij concrete projecten? (hierop wordt ingegaan bij vraag 2)

e. Andere interne en externe invloeden

Vraag

Aandachtspunten

Welke andere interne of externe factoren waren van invloed?
Interne factoren: ontwikkelingen binnen de beroepsgroep
Externe factoren: financiering, wetgeving, eisen verzekeraars/inspectie enz.

f. Verwachtingen

Vraag

Aandachtspunten

Wat verwacht u van het ondersteuningsprogramma bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid?
Welke bijdrage verwachtte u van het programma begin 1994?
Welke bijdrage verwacht u nu voor de komende 2 jaar?

2. UITVOERING VAN HET KWALITEITSBELEID: PROJECTEN EN ACTIVITEITEN

De volgende vragen hebben betrekking op de belangrijkste kwaliteitsprojecten en activiteiten die in uw beroepsgroep ondernomen worden. Per beroepsgroep zal dit verschillen.

Per project komen de volgende vragen aan de orde:

Project/activiteit:.....

a. Verantwoordelijkheid

Vraag Wie is verantwoordelijkheid voor ontwikkeling en uitvoering?
Aandachtspunten Commissie, werkgroep, bestuur, externen?
Beschikbare menskracht, geld, tijd, deskundigheid?

b. Doelen en doelgroepen

Vraag Welke doelen worden beoogd en wat zijn de doelgroepen?
Aandachtspunten Wat zijn de kwaliteitsdoelen van de activiteit?
(profilering, voorwaardescheppend, kwaliteitsverbetering, enz.)
Voor welke doelgroepen is de activiteit bedoeld?
(opleiding, beroepsvereniging, beroepsbeoefenaren, beroepsvelden, enz.)
Waar moet de activiteit uiteindelijk in uitmonden en op welke termijn?

c. Aanpak en strategie

Vraag Welke aanpak en strategie is tot nu toe gevolgd?
Aandachtspunten Hoe is men tot nu toe tewerk gegaan?
Wat is tot nu toe bereikt?
Is of wordt de aanpak bijgesteld? Waarom?
Welke problemen deden zich voor? Hoe opgelost?
Wat zijn de sterke en zwakke kanten van deze aanpak?

d. Bijdrage ondersteuningsprogramma

Vraag Wat is de bijdrage van het ondersteuningsprogramma aan deze activiteit?
Aandachtspunten Wat doen de leden van de beroepsgroep zelf?
Welke bijdrage levert het ondersteuningsprogramma? (bijvoorbeeld advisering, ondersteuning, informatieverstrekking, methodiekontwikkeling, secretariaat, projectleiding, enz.)

e. Andere interne en externe invloeden

Vraag Welke andere interne en externe factoren zijn van invloed?
Aandachtspunten Intern: infrastructuur, draagvlak, relatie met activiteiten van deelverenigingen of activiteiten per werkveld, enz.
Extern: financiering, wetgeving, eisen inspectie/verzekeraars enz.

f. Toekomstverwachtingen?

Vraag	Wat zijn de toekomstverwachtingen?
Aandachtspunten	Hoe ziet men de verdere ontwikkeling en implementatie? Welke bijdrage verwacht men hierbij van het programma? Verwacht men hindernissen bij de verdere ontwikkeling en implementatie? Zo ja, welke? Hoe pakt men die aan en wat verwacht men van het ondersteuningsprogramma?

3. ONDERSTEUNINGSPROGRAMMA VAN CBO EN PARAMEDISCH INSTITUUT

a. Consulentschap

Vraag	Wat is de bijdrage van het consulentschap?
Aandachtspunten	Wat houdt het consulentschap concreet in? Wie maken er gebruik van? (commissies, bestuur, anders, enz.) Is deze invulling zinvol? Waarom? Wat wordt gemist? Zijn er suggesties voor andere invullingen? Welke? Wat verwacht men van de toekomstige invulling?

b. Werkconferenties/bijeenkomsten

Vraag	Wat is de bijdrage van de bijeenkomsten/werkconferenties?
Aandachtspunten	(bijvoorbeeld voorbereidende vergaderingen en stuurgroepbijeenkomsten, en, werkconferenties m.b.t.: referentiekader, kwaliteitsbeleidsplannen, deskundigheidsbevordering, richtlijnen en standaarden, enz.) Wie participeren in deze conferenties? (werkgroepen, commissies, bestuur enz.) Zijn deze bijeenkomsten zinvol? Waarom? Wat wordt gemist? Zijn er suggesties voor andere aanpakken? Welke? Wat verwacht men van de toekomstige invulling?

c. Specifieke projecten

Vraag	Welke specifieke projecten doen CBO en Paramedisch Instituut voor deze beroepsgroep?
Aandachtspunten	Wie participeren vanuit de beroepsgroep in deze projecten? Welke functie vervult het CBO of Paramedisch Instituut in deze projecten? Is deze aanpak zinvol? Waarom? Wat wordt gemist? Zijn er suggesties voor een andere aanpak? Welke? Wat verwacht men van de toekomstige ontwikkeling of de voortgang?

d. Informatie

- Vraag Naast overige activiteiten wordt door het Paramedisch Instituut ondersteuning geboden op het gebied van documentatie, informatievoorziening en -verspreiding.
- Aandachtspunten Op welke wijze maakt de beroepsgroep hiervan gebruik?
Welke functie vervult het Paramedisch Instituut hierbij?
Is dit zinvol? Waarom?
Wat wordt gemist? Zijn er suggesties voor verandering? Welke?
Wat verwacht men hiervan in de toekomst?

e. Voor- en nadelen programmatische aanpak

- Vraag Wat zijn volgens u de voordelen van deze programmatische aanpak?
- Aandachtspunten Voor wie? (beroepsgroep, CBO, Paramedisch Instituut, NIVEL, Ministerie, enz.)
Wat zijn volgens u nadelen van deze programmatische aanpak?
Voor wie?
Zijn er suggesties voor het opheffen van eventuele nadelen?
Welke?

f. Toekomstverwachtingen

- Vraag Wat verwacht u van het ondersteuningsprogramma in de komende jaren?
- Aandachtspunt Heeft u speciale wensen ten aanzien van het ondersteuningsprogramma?

