

## KWALITEITSBELEID PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN

Deel 1 Stand van zaken: kwaliteitsdeelsystemen en  
voorwaardenscheppende activiteiten paramedische  
beroepsgroepen

Deel 2 Referentiekader voor het kwaliteitsbeleid van de  
paramedische beroepsgroepen

J.E.Timmermans (CBO)  
Dr.E.M.Sluijs (NIVEL)  
Dr.J.Dekker (NIVEL)  
Drs.W.H.M. den Hartog (CBO)



CBO, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing,  
Churchillaan 11, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht, tel 030-960647

NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-  
zorg, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel 030-319946

Opdrachtgever: Samenwerkende Paramedische Beroepsorganisaties

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Kwaliteitsbeleid paramedische beroepsgroepen / J.E.Timmermans....(et al.). -  
Utrecht: CBO, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing;  
Utrecht: NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg.

Studie verricht in opdracht van de Samenwerkende Paramedische  
Beroepsorganisaties. - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-247-4. (NIVEL)

Trefw.: paramedische beroepen; kwaliteitszorg.

Tekstverwerking en lay-out: Bernadette Kamphuys

Omslag: Mieke Cornelius

Drukwerk: Boekbinderij Post

Bestelwijze: U kunt deze publikatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij het  
NIVEL en het CBO.

De prijs bedraagt f 32,= (exclusief verzendkosten).

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg. Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN  
Utrecht, tel 030-319946, telefax 030-319290.

CBO, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.  
Churchillaan 11, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht, tel 030-960647, telefax  
030-943644.

## INHOUD

VOORWOORD	5
INLEIDING	7
DEEL 1 Stand van zaken: kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten bij de paramedische beroepsgroepen	
1. Verantwoording	15
2. Kwaliteitsbeleid en professionalisering	19
3. Opleiding en scholing	35
4. Bevoegdheid en titelvoering	43
5. Beroepsuitoefening	51
6. Differentiatie en specialisatie	67
7. Overzicht per beroepsgroep	71
8. Nawoord	85
DEEL 2 Referentiekader voor het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen	
1. Verantwoording	91
2. Van kwaliteit tot kwaliteitsbeleid	95
3. Motieven voor kwaliteitsbeleid	103
4. Het vorm geven van het kwaliteitsbeleid	109
5. Implementatie	151
BESCHOUWING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	167
Literatuur	175
Bijlagen	183





## VOORWOORD

Dit rapport gaat over het huidige en toekomstige kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. In het eerste deel van dit rapport wordt het huidige kwaliteitsbeleid beschreven. Dit deel biedt een overzicht van de kwaliteits(deel)systemen die binnen de paramedische beroepsgroepen voorhanden zijn. Het tweede deel van het rapport gaat in op het toekomstige kwaliteitsbeleid. Ten behoeve hiervan is een referentiekader ontwikkeld dat richting kan geven aan de verdere ontwikkeling en implementering van het kwaliteitsbeleid. Dit rapport staat in het teken van de Leidschendamafspraken waarbij zorgaanbieders zich tot taak hebben gesteld zelf zorg te dragen voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van zorg.

Centrale doelstelling van dit rapport is de paramedische beroepsgroepen te ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van hun kwaliteitsbeleid. Het betreft de volgende beroepsgroepen:

- Diëtisten
- Ergotherapeuten
- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten Cesar
- Oefentherapeuten Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch Laboranten.

Ondanks de verschillen tussen deze beroepsgroepen speelt bij elke beroepsgroep de vraag op welke wijze invulling gegeven kan worden aan kwaliteitsbeleid en kwaliteitsbewaking, zoals tijdens de Leidschendamconferenties is afgesproken. Paramedici achten het zinvol om tot op zekere hoogte hun kwaliteitsbeleid op elkaar afstemmen. Datgene wat de paramedische beroepsgroepen gemeenschappelijk hebben staat dan ook centraal in dit rapport.

Aanleiding tot dit rapport was een gezamenlijk verzoek tot ondersteuning van het kwaliteitsbeleid dat de paramedische beroepsgroepen medio 1991 aan de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) van de NRV hebben gericht. Door de VC VOK werd daarop het project Ondersteuning kwaliteitsbeleid Paramedici gestart uitmondend in een gezamenlijke studiedag in

november 1992. Als volgende stap in deze activiteiten is de onderhavige studie verricht.

De studie is verricht in opdracht van de Samenwerkende Paramedische Beroepsorganisaties en is gefinancierd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De begeleidingscommissie was samengesteld uit: Mw.I.W.M.Vriens, voorzitter, de heer J.H.A.Leenders, Mw.E.M.Mayer-Luymes, Mw.E.van Rooyen-Troost, Mw.A.de Vries-van Dijk. Als vertegenwoordigers van het Ministerie van WVC participeerden Mw.M.I.Meulmeester en de heer A.J.M.Zengerink in de begeleidingscommissie. De heer Th.A.G.Koekenbier van de Geneeskundige Hoofdinspectie participeerde als adviserend lid.

Tijdens het verloop van de studie heeft de begeleidingscommissie regelmatig overleg gepleegd met afgevaardigden van de Paramedische Beroepsorganisaties.

Het eerste deel van het onderzoek - het overzicht van de stand van zaken - is uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg). Het tweede deel - de ontwikkeling van het referentiekader - is uitgevoerd door het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing).

Wij hopen dat elke paramedische beroepsgroep nuttig gebruik kan maken van de in dit rapport gegeven ideeën en informatie. Voor de verdere uitwerking daarvan is het verheugend dat het Ministerie van WVC recent het besluit heeft genomen een driejarig programma 'Stimulering Kwaliteitsbeleid Paramedici' te realiseren.

Utrecht, februari 1994.

Mw.I.W.M.Vriens  
Voorzitter Begeleidingscommissie

## INLEIDING

Dit rapport is geschreven voor de tien paramedische beroepsgroepen. Het is bedoeld als ondersteuning bij het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid. De huidige stand van zaken bij de paramedische beroepsgroepen is in het eerste deel van dit rapport in kaart gebracht, het tweede deel biedt een referentiekader dat behulpzaam kan zijn bij het verder vormgeven en implementeren van het toekomstige kwaliteitsbeleid. Het gehele project past binnen algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarin aanbieders van zorg in toenemende mate het nut, de noodzaak en de kwaliteit van hun handelen inzichtelijk moeten maken. We gaan kort op deze ontwikkelingen in.

Tijdens de Leidschendamconferenties in 1990 hebben aanbieders, financiers, patiënten/consumentenorganisaties en overheid afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden ten aanzien van de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg (zie bijlage 1). Afsproken is dat het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van zorg primair een taak is van de zorgaanbieders. In de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen zal dit worden verankerd. Aanbieders van zorg zullen daartoe kwaliteitssystemen ontwikkelen en invoeren die tot doel hebben de kwaliteit van zorg op een systematische wijze te bewaken, te beheersen en znodig te verbeteren. Deze kwaliteitssystemen moeten externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken.

Inmiddels zijn allerlei activiteiten gestart. Beroepsbeoefenaren en instellingen zijn bezig om de kwaliteit van de zorgverlening inzichtelijk, beheersbaar en stuurbaar te maken. Er wordt getoetst, gevisiteerd, kwaliteitscommissies worden opgericht, kwaliteitsnota's worden geschreven (zie Sluijs en de Bakker, 1992; Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994). Het blijkt echter dat onvoldoende duidelijk is hoe het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren precies vorm gegeven moet worden; wat een goed kwaliteitssysteem inhoudt en wat nodig is om zo'n systeem op te zetten. Dit geldt ook voor de paramedische beroepsgroepen.

De paramedische beroepsgroepen hebben zich daarom medio 1991 gericht tot de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) van de NRV, met het verzoek om nadere informatie

teerd aan het nieuwe referentiekader. Dit maakt zichtbaar welke onderdelen inmiddels goed geregeld zijn en op welke gebieden lacunes geconstateerd kunnen worden. Deze vergelijking kan richting geven aan het toekomstige kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen.

**DEEL I STAND VAN ZAKEN:  
VOORWAARDENSCHIPPENDE  
ACTIVITEITEN EN  
KWALITEITSDEELSYSTEMEN  
PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN**

Dr.E.M.Sluijs  
Dr.J.Dekker

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel.030 - 319946



## INHOUD Deel 1 Stand van zaken

<b>1. VERANTWOORDING</b>	<b>15</b>
1.1 Doel van de inventarisatie	15
1.2 Werkwijze en indeling	16
<b>2. KWALITEITSBELEID EN PROFESSIONALISERING</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Kwaliteitsbeleid bij de paramedische beroepsgroepen	19
2.3 Kwaliteitsbeleid en professionalisering	26
2.4 Ondersteuning en financiële middelen	29
2.5 Conclusies	32
<b>3. OPLEIDING EN SCHOLING</b>	<b>35</b>
3.1 Inleiding	35
3.2 Afstemming opleiding - beroepsuitoefening	35
3.3 Regulering van bij- en nascholing	40
3.4 Conclusies	42
<b>4. BEVOEGDHEID EN TITELVOERING</b>	<b>43</b>
4.1 Inleiding	43
4.2 Beroepsprofiel en deskundighedsomschrijving	43
4.3 Gedragsregels en ethiek	45
4.4 Klachten- en tuchtrechtregelingen	46
4.5 Registratie en herregistratie	47
4.6 Conclusies	49
<b>5. BEROEPSUITOEFENING</b>	<b>51</b>
5.1 Inleiding	51
5.2 Classificatie-, registratie- en informatiesystemen	51
5.3 Normen, criteria, standaarden, protocollen	54
5.4 Toetsing en kwaliteitsmanagement	57
5.5 Implementatie	63
5.6 Conclusies	64
<b>6. DIFFERENTIATIE EN SPECIALISATIE</b>	<b>67</b>
6.1 Inleiding	67
6.2 Differentiatie en specialisatie	67
6.3 Conclusie	68

<b>7.</b>	<b>OVERZICHT PER BEROEPSGROEP</b>	71
7.1	Inleiding	71
7.2	Kwaliteitsbeleid en professionalisering	72
7.3	Opleiding, bij- en nascholing	74
7.4	Titelbescherming / bevoegdheid	75
7.5	Beroepsuitoefening	77
7.6	Differentiatie en specialisatie	83
<b>8.</b>	<b>NAWOORD</b>	85



# 1 VERANTWOORDING

## 1.1 Doel van de inventarisatie

Deze inventarisatie van kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten is bedoeld om de paramedische beroepsgroepen informatie te verschaffen omtrent elkaars activiteiten. Enerzijds omdat de paramedici tot op zekere hoogte hun kwaliteitsbeleid op elkaar af willen stemmen. Anderzijds zijn er veel vragen en onderwerpen die voor alle beroepsgroepen leven, dit ondanks het feit dat de beroepsgroepen zich in wisselende fasen van het ontwikkelingsproces bevinden. Deze inventarisatie kan deze gemeenschappelijke vragen zichtbaar maken.

In dit deel van het rapport zal eerst een korte schets gegeven worden van het kwaliteitsbeleid van elke paramedische beroepsgroep. Daarna volgt een inventarisatie van de kwaliteitsdeelsystemen die inmiddels voorhanden zijn of de voorwaardenscheppende activiteiten die daartoe worden verricht.

### *Kwaliteitssystemen*

Een kwaliteitssysteem bestaat in essentie uit een verzameling kwaliteitsbewakende procedures om de kwaliteit te beheersen en te garanderen. Het invoeren daarvan verloopt doorgaans in vier opeenvolgende fasen. De eerste fase bestaat uit het formuleren van normen en criteria waaraan het produkt (de zorg) moet voldoen. In de tweede fase worden kwaliteitssystemen ontwikkeld om te garanderen dat aan de gestelde normen wordt voldaan. In een derde fase volgt de implementatie van deze kwaliteitssystemen. Als de kwaliteitssystemen operationeel zijn kan externe beoordeling plaatsvinden, en dat is dan de laatste fase. Vanuit deze gedachtengang worden kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten in dit rapport als volgt gedefinieerd.

Kwaliteitsdeelsystemen zijn "onderdelen van het kwaliteitssysteem waarmee een of meerdere aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening op structurele wijze bewaakt en/of verbeterd wordt" (Sluijs en De Bakker, 1992). Voorbeelden zijn visitatie, intercollegiale toetsing, systemen m.b.t. klachtrecht en tuchtrecht, accreditatie van na- en bijscholing, enz. Kenmerkend is dat deze proce-

dures de kwaliteitskringloop weerspiegelen en periodiek worden herhaald.

Voordat kwaliteitsdeelsystemen ingevoerd kunnen worden zal de zorg die men levert (het 'produkt') geëxpliciteerd moeten zijn en zal bekend moeten zijn aan welke eisen de zorg moet voldoen. We noemen dit voorwaardenscheppende activiteiten. Voorwaardenscheppende activiteiten bestaan in essentie uit het expliciteren en normeren van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van beroepsprofielen, gedragsregels, klachtenreglementen en modelovereenkomsten. Deze documenten bevatten normen ten aanzien van de beroepsuitoefening. Normen ten aanzien van de inhoud van de zorg zijn te vinden in richtlijnen, standaarden en protocollen en in richtlijnen ten aanzien van classificatie en registratie.

### *Professionalisering*

Kwaliteitssystemen vervullen een belangrijke rol in het proces van professionalisering van een beroepsgroep. Het streven naar professionalisering is een gemeenschappelijk element in het beleid van alle paramedische beroepsgroepen. In paragraaf 2.3 wordt dit nader uitgewerkt. Uitgangspunt bij professionalisering is het waarborgen van een specifiek kwaliteitsniveau van de beroepsgroep en een effectieve beheersing van het beroepsgedrag (Kortenhoeven, 1990). Het waarborgen van een specifiek kwaliteitsniveau kan gebeuren via opleidingseisen en via bij- en nascholing terwijl de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep geregeld kan worden via registratie en herregistratie.

Een effectieve beheersing van het beroepsgedrag vindt bijvoorbeeld plaats via klachtenregelingen en tuchtrechtprocedures en via toetsing van de beroepsuitoefening.

Op grond van deze algemene uitgangspunten zal in het rapport aandacht besteed worden aan de opleidingseisen en aan bij- en nascholing, aan de bevoegdheid en de titelbescherming en aan het waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf.

## **1.2 Werkwijze en indeling**

De inventarisatie van kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten betreft de volgende paramedische beroepsgroepen in alfabetische volgorde:

- Diëtisten
- Ergotherapeuten

- Fysiotherapeuten
- Logopedisten
- Mondhygiënisten
- Oefentherapeuten Cesar
- Oefentherapeuten Mensendieck
- Orthoptisten
- Podotherapeuten
- Radiologisch Laboranten

Voor het inventariseren van de kwaliteitsdeelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- Beleidsplannen en jaarverslagen van alle paramedische beroepen (v.a. 1990)
- De jaargangen (1990-1993) van de paramedische vaktijdschriften
- Rapport: Paramedici en kwaliteitsbeleid (NRV 1992)
- Overzicht activiteiten van CBO, SWSF en NIVEL m.b.t. paramedici (v.a 1990)
- Rapport: Kwaliteitssystemen in ontwikkeling (Sluijs, de Bakker, 1992)
- Rapport: Kwaliteitssystemen in uitvoering (Sluijs, de Bakker, Dronkers, 1994)
- Registratie Innovatieve Projecten (NIVEL/NZI/NcGv)

Een concept van de inventarisatie is in december 1993 aan de vertegenwoordigers van alle paramedische beroepsgroepen voorgelegd met het verzoek de volledigheid te checken. Alle paramedische beroepsgroepen hebben hieraan gevolg gegeven en hebben ontbrekende activiteiten aangemeld. Hierdoor mag aangenomen worden dat het aldus ontstane overzicht een vrij compleet beeld geeft van de huidige stand van zaken voor zover deze de beroepsgroep als geheel betreffen (zie voor het overzicht hoofdstuk 7).

Het overzicht van ondersteuningsmogelijkheden en mogelijke financiers is gebaseerd op de in deze studie gevonden literatuur. Dit betekent dat bij elke publikatie gekeken is naar de wijze waarop het project is gefinancierd en de instanties die naast de beroepsgroep bij het project betrokken waren. Omdat deze in een aantal publikaties niet waren vermeld kan niet aangenomen worden dat het overzicht van financiers en ondersteunende instanties volledig is.

De indeling van dit rapport weerspiegelt in grote lijnen het proces van professionalisering. In de hoofdstukken 2 t/m 6 komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Kwaliteitsbeleid en professionalisering

- Opleiding, bij- en nascholing
- Titelbescherming en bevoegdheid
- Beroepsuitoefening
- Differentiatie en specialisatie

In hoofdstuk 7 wordt een overzicht per beroepsgroep gegeven. Dit hoofdstuk bevat de documenten en literatuur aangaande voorwaardenscheppende activiteiten en kwaliteitsdeelsystemen van elke beroepsgroep. Dit overzicht is beperkt tot de zaken die op landelijk niveau voor de gehele beroepsvereniging gelden of die passen binnen het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging. Lokale of incidentele projecten zijn niet opgenomen. De grens is overigens niet altijd even scherp te trekken omdat er een voortdurende samenwerking plaatsvindt tussen datgene wat in het veld zelf en binnen de beroepsorganisatie ontwikkeld wordt.

In dit rapport is ervoor gekozen om exemplarische voorbeelden van deelsystemen en voorwaardenscheppende activiteiten te beschrijven. Er zou namelijk veel verdubbeling ontstaan wanneer voor elke beroepsgroep dezelfde typen activiteiten beschreven zouden worden. Door exemplarische voorbeelden te beschrijven ontstaat een overzicht van de 'kwaliteitsinstrumenten' waar de paramedische beroepsgroepen op dit moment over beschikken. Deze kunnen een voorbeeldfunctie vervullen en bieden de beroepsgroepen de mogelijkheid elkaars ervaringen te benutten. Alleen in paragraaf 2.2 wordt op het kwaliteitsbeleid voor elke beroepsgroep afzonderlijk ingegaan om de accentverschillen per beroepsgroep aan te geven.

De huidige stand van zaken wordt in een afsluitend hoofdstuk 'Beschouwing, conclusies en aanbevelingen' gerelateerd aan het referentiekader dat in deel 2 van dit rapport beschreven wordt. In het afsluitende hoofdstuk wordt zichtbaar welke onderdelen al goed geregeld zijn en voor welke gebieden in de toekomst kwaliteitssystemen ontwikkeld zouden moeten worden.

## 2 KWALITEITSBELEID EN PROFESSIONALISERING

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een korte schets van het kwaliteitsbeleid van elke paramedische beroepsgroep. Het kwaliteitsbeleid laat zien waar de beroepsgroep de komende jaren naar streeft en waar de prioriteiten liggen. Deze prioriteiten zijn afhankelijk van de specifieke situatie en de ontwikkelingsfase waarin een beroepsgroep zich bevindt. Het beleid wordt daarom van elke beroepsgroep afzonderlijk besproken (paragraaf 2.2). Terwille van de leesbaarheid beperken we ons tot de grote lijnen. Wij wijzen erop dat niet onderzocht is in hoeverre het beleid inmiddels gerealiseerd en geïmplementeerd is. We bespreken de beleidsplannen en de visie die daaraan ten grondslag ligt.

Een gemeenschappelijk uitgangspunt bij de paramedische beroepen is het streven naar verdere professionalisering en profilering. Dit komt aan de orde in paragraaf 2.3. Omdat het realiseren van het kwaliteitsbeleid extra ondersteuning en financiële middelen vereist wordt in paragraaf 2.4 een overzicht gegeven van instanties die daar tot nu toe een bijdrage aan leveren. Het hoofdstuk besluit met de conclusies.

### 2.2 Kwaliteitsbeleid bij de paramedische beroepsgroepen

#### Diëtisten

Het beleid van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft als uitgangspunt "de kwaliteit van het beroep diëtist in al haar facetten te verhogen en het beroepsbeeld te profileren" (NVD, 1992). Tot 1995 zal het kwaliteitsbeleid van de NVD gericht zijn op het scheppen van de voorwaarden die nodig zijn voor kwaliteitsbevordering van het beroep. Als belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsbevordering ziet de NVD het formuleren van criteria waaraan de diëtistische zorg moet voldoen. Inmiddels is een standaardprocedure ontworpen aan de hand waarvan de komende jaren criteria ontwikkeld zullen worden. In het kort komt deze procedure erop neer dat deskundigen een concept-criterium ontwikkelen. Dit concept wordt aan alle leden voorgelegd en besproken in de kringbijeenkomsten (regionale overleggen). Ook vindt afstemming plaats met 'derden' zoals consumenten, zorgverzekeraars en andere beroepsbeoefenaren. Hierna

wordt het concept bijgesteld en ter legitimering aan de algemene ledenvergadering voorgelegd. Dan volgt de implementatie volgens een nog op te stellen standaard implementatie-procedure. De implementatie wordt geëvalueerd en als op grond daarvan bijstelling van het criterium nodig is wordt de kringloop opnieuw gevolgd.

In eerste instantie zullen kwaliteitscriteria voor de organisatie van de beroepsuitoefening ontwikkeld worden, waarbij voortgebouwd wordt op de reeds ontwikkelde 'kwaliteitsborgingsnorm voor de beroepsuitoefening'. Als kwaliteitsnormen gelden voor de leden van de NVD de beroepscode en gedragsregels. Aan de implementatie hiervan wordt gewerkt. Criteria waaraan nascholing moet voldoen zijn inmiddels vastgesteld en een beleid inzake protocollen en standaarden is in ontwikkeling.

Interne toetsing van gelegitimeerde kwaliteitscriteria zal plaatsvinden via intercollegiale toetsing. De ontwikkeling daarvan is inmiddels gestart. Discussies over externe toetsing zullen te zijner tijd plaatsvinden.

Naast het ontwikkelen, implementeren en toetsen van kwaliteitsnormen wordt de komende jaren gewerkt aan het evalueren van de Probleem Georiënteerde Registratie (POR) en het ontwikkelen van een Diëtisten Informatiesysteem (DIS). De NVD wil effectiviteitsonderzoek stimuleren.

## **Ergotherapeuten**

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft als centrale doelstelling: "het zichtbaar maken en verhogen en waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de ergotherapeut" (NVE, 1993). Het beleid anticipeert op wettelijke regelingen inzake kwaliteitsbewaking voor zowel de extra- als intramurale setting.

Anticiperend op de wet BIG stelt de NVE zich tot doel "voorbereidingen te treffen tot registratie van ergotherapeuten" in verband met het recht op titelbescherming. In eerste instantie zal een register voor vrijgevestigde en in de eerstelijns werkende ergotherapeuten worden opgesteld.

Anticiperend op de Kwaliteitswet Zorginstellingen zal de NVE voorwaarden formuleren voor eenduidige registratie van werkzaamheden. De Wet schrijft namelijk een cyclisch proces van kwaliteitsbevordering en bewaking voor dat begint met systematische verzameling van gegevens over kwaliteit en zorg zodat de kwaliteit getoetst kan worden.

Het tweede deel van de NVE-beleidsnota geeft een beschrijving van de kwaliteitsaspecten zoals die in de betreffende nota's van de NRV

worden onderscheiden (NRV, 1985, 1990a, 1990b). Deze kwaliteitsaspecten vormen tezamen een matrix waartegen de beleidsvoornemens van de NVE worden afgezet.

Deze beleidsvoornemens betreffen vooral normering en toetsing. Voor de intramurale setting zijn binnen het PACE-project normen ontwikkeld voor de organisatie en de bedrijfsvoering en deze zullen de basis zijn voor een algemeen te hanteren norm. Voor de extramurale setting worden regels voor de praktijkinrichting ontwikkeld alsmede een produktomschrijving. Het is de bedoeling de opbouw van tarieven hieraan te relateren. Algemene normen zijn verder te vinden in de beroepscode en klachtenregelingen, en in te ontwikkelen modelovereenkomsten met patiëntenorganisaties. Ook zullen criteria voor na- en bijscholing worden opgesteld. Een model voor intercollegiale toetsing is in ontwikkeling.

### **Fysiotherapeuten**

Het beleid in de fysiotherapie is gericht op het verhogen van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen, de fysiotherapeuten en de beroepsorganisatie. In 1994 zal een gezamenlijke beleidsnota verschijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) en de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF). Gezamenlijke uitgangspunten (voor intra- en extramurale fysiotherapie) zijn inmiddels geformuleerd in de nota Visie op Fysiotherapie (1992). Het streven is de herkenbaarheid en de eenheid van de fysiotherapie te vergroten.

De beleidsnota van het KNGF (KNGF, 1993) anticipeert op een grotere rol van de regionale en lokale verenigingen fysiotherapie: "in de praktijk blijken veel afspraken gemaakt te (moeten) worden op instellings- en lokaal/regionaal niveau bijvoorbeeld in de individuele overeenkomsten tussen aanbieders en zorgverzekeraars". Sinds 1992 bestaat er dan ook een toenemende aandacht voor een goed functionerende infrastructuur van het KNGF en verdere professionalisering van de beroepsorganisatie. Er zal veel energie gestoken worden in ondersteuning en training van kadergroepen. Doel hiervan is de kwaliteitsinstrumenten die de beroepsorganisatie produceert in te bedden in een goed regionaal en nationaal netwerk. Om de rol van het kader te versterken worden de kadergroepen direct betrokken bij beleidsvoorbereiding, zullen de activiteiten van het kader worden geïnventariseerd en zullen kadergroepen gerichte ondersteuning en training krijgen voor het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsdeelsystemen.

De beleidsnota van het KNGF beschrijft voorts een 20-tal projecten. Ten aanzien van normering wordt o.a. gewerkt aan (een model voor het ontwikkelen van) centrale richtlijnen voor het fysiotherapeutisch handelen, aan een protocol voor de overdracht tussen eerste- en tweede lijn, aan het ontwikkelen van kwaliteitseisen voor de praktijkvoering en aan het actualiseren van beroepsomschrijving, ethiek en gedragsregels. Als kwaliteitsdeelsysteem kan accreditatie van bij- en nascholing worden genoemd. Er wordt een plan ontwikkeld voor de implementatie van (vormen van) intercollegiale toetsing. Ook zijn er diverse doorlopende projecten rond uniforme registratie, verslaglegging en automatisering.

De komende jaren wordt speciale aandacht geschonken aan het fysiotherapeutische kwaliteitsbeleid in de intramurale sector. Mede door veranderingen in het kwaliteitsbeleid dat instellingen voeren vindt een ontwikkeling plaats naar een meer procesmatige benadering van de zorg (er wordt meer en meer gekeken naar het gehele zorgproces van intake tot ontslag, ook wel de 'routing' van de patiënt genoemd). Hierdoor verdwijnen aparte eenheden fysiotherapie en moeten nieuwe vormen voor de fysiotherapeutische kwaliteitsbewaking gevonden worden. In 1994 wordt begonnen met een inventarisatie van problemen in de intramurale sector en de ontwikkeling van een plan.

### **Logopedisten**

Het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) is al enkele jaren gericht op het realiseren van een 'masterplan voor kwaliteitsbevordering'. Het plan bestaat uit een aantal in de tijd gefaseerde projecten die op een logische wijze samenhangen. Doel van deze projecten is de voorwaarden creëren voor a) intercollegiale toetsing op basis van feitelijke gegevens b) effectmetingen van het logopedisch handelen, en c) verzamelen van epidemiologische gegevens op geaggregeerd niveau. Het masterplan is tot stand gekomen in overleg met externe partijen (CBO, Ministerie van WVC, Inspectie van de Volksgezondheid en Ziekenfondsraad). Verderop in dit rapport wordt een beschrijving van het masterplan gegeven.

Centraal in het plan staan goed functionerende informatiesystemen. "Deze kunnen pas hun waarde krijgen als men de beschikking heeft over valide klassificatiesystemen waarmee het handelen op uniforme wijze in kaart gebracht kan worden". Ook worden landelijke standaarden voor de logopedische zorgverlening ontwikkeld. Deze standaarden zullen alle sectoren waarin logopedische zorg wordt verleend omvatten (basisgezondheidsdiensten, de verschillende intramurale



sectoren en de verschillende onderwijssettingen). Zodra de informatiesystemen uitgetest zijn en functioneren kan gewerkt worden aan een landelijke registratie van epidemiologische gegevens en logopedische activiteiten. "Het informatiesysteem vormt een goede basis voor effectonderzoek en voor het binnen de eigen praktijk opzetten van kwaliteitsbevordering zoals intercollegiale toetsing en/of het onderling vergelijken van praktijken".

De informatiesystemen moeten de voorwaarden scheppen voor intercollegiale toetsing. Bij de ontwikkeling en implementatie van intercollegiale toetsing is het uitgangspunt dat de toetsing plaatsvindt op grond van harde gegevens en op basis van geaccepteerde criteria en standaarden. De uitvoering van de hierboven genoemde projecten is in volle gang maar zal zeker nog enkele jaren in beslag nemen.

De NVLF hecht veel belang aan implementatie van de ontwikkelde instrumenten. De interne informatievoorziening en de regiostructuur zijn afgestemd op een goede informatievoorziening aan de leden.

### **Mondhygiënist**

In afwachting van de resultaten van het huidige project 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedici' zal de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) in 1994 een beleidsplan ontwikkelen.

### **Oefentherapeuten Mensendieck**

De Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) heeft een lange termijn beleidsplan ontwikkeld voor de periode 1992-1995. In het plan wordt een overzicht gegeven van wat reeds op verschillende beleidsterreinen is bereikt en wat toekomstige doelen zijn. Het plan bevat ruim 40 concrete actiepunten voor de komende jaren inclusief tijdsplanning en de verantwoordelijke personen of commissies. Van deze actiepunten zijn er 10 gericht op professionalisering van de organisatie, 11 actiepunten betreffen de marktpositie en 15 actiepunten zijn gericht op de kwaliteitsbevordering.

Ten aanzien van kwaliteit is de centrale doelstelling: "het verhogen, zichtbaar maken en waarborgen van de kwaliteit van het werk van de oefentherapeuten-Mensendieck".

Het kwaliteitsbeleid van de NVOM is afgeleid van de kwaliteitsaspecten die door de NRV worden onderscheiden (NRV, 1985).

De NVOM hecht veel belang aan deskundigheid en deskundigheidsbevordering. Naast intensief contact met de opleiding wordt overwogen, na- en bijscholing verplicht te stellen en de (toekomstige) toetsingsgroepen te ondersteunen met gerichte informatiepakketten

en standaardprocedures. Ook de wetenschappelijke onderbouwing van de Mensendieckmethode en effectonderzoek hebben prioriteit. Er wordt naar gestreefd te komen tot een heldere omschrijving van eigen deskundigheden zodat de afbakening met andere disciplines duidelijk wordt.

De huidige oefengroepen zullen worden uitgebreid en overwogen wordt intercollegiale deskundigheidsbevordering en toetsing in de toekomst verplicht te stellen in het kader van permanente educatie. In deze groepen zal expliciet aandacht worden besteed aan het werken volgens de normen die in het beroepsprofiel en de gedragsregels zijn geformuleerd. De NVOM legt een duidelijke koppeling tussen deskundigheidsbevordering en toetsing.

### **Oefentherapeuten Cesar**

Het beleidsplan van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) bevat naast de beleidsvoornemens veel informatie over het ontstaan en de samenstelling van de beroepsgroep en maatschappelijke ontwikkelingen en trends. Gesteld wordt dat de grondslagen van de Cesar therapie steeds meer erkenning vinden en dat het streven erop gericht is deze grondslagen verder te onderbouwen en de maatschappelijke plaats, functie en specialiteit te behouden.

In het beleidsplan wordt eerst de huidige en vervolgens de gewenste situatie geschetst. In het beleid voor de komende jaren ligt een sterk accent op professionalisering van de organisatie van de beroepsvereniging en een doeltreffende organisatie van de regio's. Ook professionalisering van het beroep heeft hoge prioriteit.

De concrete invulling van het kwaliteitsbeleid zal mede gebeuren op basis van de resultaten van het huidige project 'Ondersteuning kwaliteitsbeleid Paramedici'. Het kwaliteitsbeleid zal ook afgestemd worden op het beleid van de NVOM en de opleiding omdat gestreefd wordt naar een nauwere samenwerking met beide partijen.

De beleidsvoornemens aangaande de vak- en beroepsinhoud, scholing en professionalisering zijn als volgt samen te vatten.

Er wordt een begin gemaakt met protocolontwikkeling. Het maken van onderzoeksprotocollen zal daarbij geen probleem zijn omdat het hierbij gaat om het expliciteren en inzichtelijk maken van de bestaande werkwijze. Behandelingsprotocollen staan echter haaks op de werkwijze van Cesar. Wel zullen behandeldoelen voor specifieke patiëntengroepen worden geformuleerd als basis voor toetsing en effectmeting. Met betrekking tot normering zullen eisen geformuleerd worden waaraan de praktijkvoering moet voldoen en zullen het beroepsprofiel en zonodig de ethische code worden geactualiseerd.

Er bestaan plannen het nascholingsaanbod in drie opeenvolgende niveaus in te delen.

### **Orthoptisten**

De Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO) heeft in 1991 de nota Kwaliteit in de Orthoptie uitgebracht. De beleidsvoornemens zijn verwoord in de recente nota Kwaliteitsbevordering in de Orthoptie (1993). Aanleiding was o.a. de wet BIG omdat daarin wordt voorgeschreven dat "het primair tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar behoort regelingen te treffen inzake de kwaliteit van de beroepsuitoefening".

In het beleid van de NVvO staat continue kwaliteitsverbetering centraal. In de nota wordt gesteld dat het daartoe noodzakelijk is "om voortdurend en systematisch knelpunten in de beroepsuitoefening op te sporen en oplossingen voor deze knelpunten te zoeken. Op basis van deze oplossingen kunnen meetbare en controleerbare criteria geformuleerd worden waaraan de kwaliteit van de geboden zorg getoetst kan en moet worden".

De systematiek die hierbij gevolgd wordt is conform het model van Norma Lang: 1) kiezen van een onderwerp 2) formuleren van criteria 3) verzameling van gegevens over de feitelijk gang van zaken 4) toetsen of de gang van zaken voldoet aan de criteria 5) veranderplan opstellen 6) toetsen of er daadwerkelijk en meetbaar sprake is van kwaliteitsbevordering. Dit model is vergelijkbaar met de kwaliteitskringloop.

De eerste onderwerpen die voor deze systematische verbetering in aanmerking komen zijn knelpunten die in een beperkt aantal praktijken geïnventariseerd zullen worden. Door deze werkwijze steeds te herhalen ontstaat continue kwaliteitsverbetering alsook kwaliteitsnormering. Dit laatste kan de basis vormen voor intercollegiale toetsing.

### **Podotherapeuten**

De Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) zal het kwaliteitsbeleid mede baseren op basis van de resultaten van het huidige project 'Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedici'.

### **Radiologisch Laboranten**

Het beleidsplan van de Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (NVRL) is opgesteld omdat "verschuivingen binnen de gezondheidszorg, technische en maatschappelijke ontwikkelingen en verhoging van kwaliteitseisen de NVRL nopen zich als beroepsvereniging in toenemende mate te professionaliseren". Naast het

beleidsplan is er een aparte Notitie Kwaliteit (NVRL, 1993). Daarin wordt aan de hand van de kwaliteitsaspecten van de NRV een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken en acties die ondernomen kunnen worden ter bevordering van de kwaliteit.

In het beleidsplan wordt veel waarde gehecht aan opleiding en deskundigheid. De NVRL zal derhalve blijvend invloed uitoefenen op de opleiding, streven naar brede internationale erkenning van de opleiding en het niveau van nascholing bewaken onder andere door accreditering. Verplichtstelling van nascholing wordt overwogen.

Ten aanzien van normering zijn de beleidsvoornemens om de beroepsinhoud voortdurend aan te passen aan beroeps- en functie-eisen, mede omdat de beroepsinhoud afhankelijk is van technische en maatschappelijke ontwikkelingen. Ook beroepsprofielen en beroepscodes worden periodiek aangepast. Omdat altijd in multidisciplinair verband wordt gewerkt zal een duidelijke deskundigheidsomschrijving worden gemaakt in samenwerking met andere disciplines.

Ten aanzien van de veiligheid wordt aangesloten bij internationale richtlijnen en ARBO- en Kernenergiewetgeving, onder andere ten aanzien van normgeving van patiëntendosis en criteria voor apparatuur. Ook protocollering behoort tot de mogelijkheden. Ten aanzien van kwaliteitsbewaking zijn nog geen prioriteiten gesteld maar worden de volgende mogelijkheden genoemd: inventarisatie van beroepsfouten, participeren in FONA-commissies (FONA = Fouten Ongevallen en Near Accidents) en klachtencommissies, onderzoek naar patiëntensatisfactie, intercollegiale toetsing en processtatistiek (= registreren van meetpunten in het proces van onderzoek en behandeling).

Tot slot wordt onderzoek naar beroepsklachten en arbeidssatisfactie genoemd om op basis van de resultaten gerichte acties te kunnen ondernemen.

### **2.3 Kwaliteitsbeleid en professionalisering**

Een algemeen doel van het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren is verdere professionalisering en profilering. Het belangrijkste doel van professionaliseren is het verwerven van autonomie op een bepaald arbeidsveld (Boersen e.a., 1988).

Professionalisering kan vanuit drie invalshoeken gezien worden (Stet, 1991). In de 'kenmerkbenadering' is professionalisering het streven om zoveel mogelijk kenmerken van de ideale professie te verwerven (bijvoorbeeld autonomie, wettelijke bescherming, enzovoorts). In de

functionalistische benadering wordt gekeken naar de wijze waarop een beroepsgroep de taken die haar door de samenleving zijn toebedeeld vervult. In de machts- of beheersingsbenadering is professionalisering gedefinieerd als: "een proces waarbij leden van een beroepsgroep op collectieve wijze, vooral gebruikmakend van kennismacht, trachten een collectieve machtspositie te verwerven en/of te verdedigen, met het doel de gebruiks- en ruilwaarde van het beroep te beheersen" (Van der Krogt, 1981). Kort gezegd wordt macht ontleend aan de kennis van een beroepsgroep en de waarde die de gebruikers daaraan hechten. Professionalisering kent ook een schaduwzijde: vanuit de samenleving ontlokt absolute professionele autonomie steeds meer kritiek. Eelman (1991) adviseert dan ook in het professionaliseringsproces samenwerking met organisaties van verwijzers en patiënten na te streven.

In de paramedische literatuur wordt altijd een directe koppeling gelegd tussen professionalisering en kwaliteit of kwaliteitsbeleid (Zander, 1987; Boersen e.a. 1988; Helders, 1989; Buitenhuis, 1989; Mondelaers, 1991; Stet, 1991; Engelen, 1991; Van Nimwegen en van Snellenberg, 1991; Versteegh-Vermeij, 1993; Bering, 1993).

Zonder op details in te gaan wordt hierna toegelicht op welke wijze het kwaliteitsbeleid bijdraagt aan het verwerven van kenmerken van een professie: autonomie, ethiek en interne sociale controle, kennis en deskundigheden en wettelijke bescherming.

### *Autonomie*

De medische professies kennen een grote mate van autonomie in de definiëring van hun taken. Zij bepalen zelf wat tot hun domein behoort, de wijze waarop de taken uitgevoerd worden en de evaluatie daarvan. Met betrekking tot de domeinbepaling is de autonomie van paramedici beperkter. Zij zijn wel relatief autonoom in de wijze waarop zij hun taken uitvoeren en in het evalueren van hun handelen. Het kwaliteitsbeleid van paramedische beroepsgroepen is erop gericht deze autonomie uit te breiden en waar te maken. Het streven is zelf zorg te dragen voor kwaliteitsbewaking van het paramedisch handelen en van de resultaten daarvan. De van der Schueren (1991) bepleit in dit verband registratie van behandelresultaten. Engelen (1991) stelt bijvoorbeeld dat de radiologisch laborant niet af moet wachten of een foto door de radiodiagnost afgekeurd wordt, maar zelf bevoegd en in staat is om de resultaten van het werk te beoordelen: "Van die bevoegdheid gebruik maken is een teken van professioneel handelen" (Engelen, 1991). Zelf zorgdragen voor kwaliteitsbewaking van werkwijzen en de resultaten daarvan draagt bij aan professionele autonomie.

### *Ethiek en interne sociale controle*

Van professionals wordt verwacht dat zij een dermate hoge ethiek hebben dat men erop vertrouwen kan dat zij gewetensvol te werk zullen gaan. Daarnaast kan men erop rekenen dat de professie maatregelen neemt tegen individuen die hun werk niet goed doen (Freidson op citaat door Engelen, 1991). Alle paramedische beroeps-groepen beschikken inmiddels over een beroepscode, gedrags-regels en/of regels van ethiek waarin vastgelegd is welke normen en waarden binnen de beroepsgroep gehanteerd worden. In het kader van verdere professionalisering is het kwaliteitsbeleid bij veel beroepsgroepen gericht op het implementeren van deze gedrags-regels om te bewerkstelligen dat elke individuele paramedicus zich aan deze normen houdt. Tuchtrect of klachtenreglementen worden ingevoerd om maatregelen te kunnen nemen tegen individuen die zich hier niet aan houden. Daarnaast wordt in toenemende mate gezocht naar toetsingsmethoden om te stimuleren dat de normen ook daadwerkelijk nageleefd worden.

### *Kennis en deskundigheden*

"Bij traditionele professies ligt de nadruk op de beroepscultuur, bij professies van recente datum wordt de nadruk gelegd op de kennis-basis van het beroep. Een professie onderscheidt zich onder andere van een beroep door (...) de erkenning en exclusiviteit van de bekwaamheden van de professieleden" (Eelman, 1991). Stet (1991) vult aan dat "de specifieke kennis en kunde van een beroepsgroep uiteindelijk de ruilwaarde van een beroep bepalen". Kennisvermeer-dering zal onder andere ontstaan door het expliciteren van ervarings-kennis en wetenschappelijk onderzoek. De vertaling hiervan naar de praktijk vindt plaats via opleiding, na- en bijscholing. Daarnaast ligt de relatie met het kwaliteitsbeleid in het waarborgen dat bestaande kennis en vaardigheden op de juiste wijze (en bij de juiste patiënten) worden toegepast. In het kwaliteitsbeleid van paramedici is het streven naar toetsingsmethoden terug te vinden.

In het kader van professionalisering is niet alleen het ontwikkelen en toepassen van kennis van belang, explicitering van deze kennis en kunde is nodig om de 'gebruikswaarde' van het beroep zichtbaar te maken (Stet, 1991). Dit betekent dat produkten en diensten omschreven worden. "Een professional zal duidelijk maken voor welke diensten men wel en voor welke men niet bij hem terecht kan" (Van Nimwegen en Van Snellenberg, 1991). De auteurs wijzen in dit verband op het belang van een kernvisie en eenduidige definitie van het vak zodat de 'produkten' die de beroepsgroep levert herkenbaar worden voor de 'klanten'. In het kwaliteitsbeleid van de paramedi-

sche beroepsgroepen is dit streven terug te vinden, in het beleid van de fysiotherapeuten is dit een van de prioriteiten.

#### *Wettelijke bescherming*

"Op basis van kennis, dienstbaarheid en ethiek legitimeert het beroep zijn waarde voor de maatschappij, hetgeen uiteindelijk moet resulteren in een wettelijke bescherming en in een financiële vergoeding" (Boersen e.a., 1988). De huidige ontwikkelingen gaan in tegengestelde richting. De overheid treedt terug, stimuleert marktmechanisme en zelfregulatie en delegeert verantwoordelijkheden aan zorgverzekeraars. De contracteervrijheid dwingt aanbieders in een concurrentiepositie. Bovendien wordt het verstrekkingenpakket in functionele termen omschreven wat inhoudt dat wel aangegeven zal worden op welke verstrekkingen de verzekerde recht heeft maar niet door wie deze zorg verstrekt moet worden. Bij de in werking treding van de wet BIG verdwijnt de beroepsbescherming en zullen veel diensten en (be)handelingen niet langer zijn voorbehouden aan specifieke beroepsgroepen.

Het toezicht op de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt door de overheid aan de beroepsgroep zelf overgelaten. In het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen is dit terug te vinden in de hierboven genoemde maatregelen ten aanzien van het bewaken en zichtbaar maken van de kwaliteit. Daarnaast beraden enkele beroepsgroepen zich over de wenselijkheid van (her)registratie systemen om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Concluderend dwingt de afnemende (wettelijke) bescherming de paramedische beroepsgroepen tot het vinden van nieuwe maatregelen om het in gang gezette proces van professionalisering niet te laten stagneren. Deze maatregelen liggen voornamelijk op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsborging.

## **2.4 Ondersteuning en financiële middelen**

Het realiseren van het kwaliteitsbeleid en verdere professionalisering vereisen ondersteuning en financiële middelen om de diverse projecten te kunnen uitvoeren. In 1992 werd al geconstateerd (Sluijs en de Bakker, 1992; NRV, 1992) dat de paramedische beroepsgroepen een achterstand vertonen omdat veel ontwikkelingswerk in vrije tijd moet gebeuren. De kleinere beroepsgroepen beschikken niet of nauwelijks over een ondersteunend apparaat. Daarnaast ontbreekt specifieke deskundigheid op het gebied van kwaliteitssystemen. Ook

wordt geconstateerd dat naast de tijd de know-how ontbreekt om fondsen of projectsubsidies te verwerven.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste financiers waar de paramedici de afgelopen jaren projectsubsidies hebben verworven en van de organisaties die een ondersteunende functie vervullen bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Dit overzicht pretendeert geen volledigheid. Het bevat de financiers en ondersteunende instanties die bij in deze inventarisatie opgenomen publikaties zijn vermeld.

### **Financieringsbronnen**

Voor zover vermeld bij de kwaliteitsprojecten blijken de onderstaande instanties subsidies te hebben verleend aan de huidige kwaliteitsprojecten:

- Paramedische beroepsgroepen zelf
- Ministerie van WVC
- Ministerie van Economische Zaken
- Nationale Commissie Chronisch Zieken
- Ziekenfondsraad
- Nederlandse Hartstichting
- Leidse Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
- Ziekenfonds Noord Limburg
- Zorgverzekeraar RZMN/A&O (Midden Nederland)
- Zorgverzekeraar VGZ (Nijmegen)
- en vermoedelijk anderen\*)

*\*) bij veel publikaties is de financier niet vermeld*

Uit deze gegevens blijkt dat de projecten van de paramedische beroepsgroepen door een beperkt aantal externe financiers en fondsen gesubsidieerd worden. Het Ministerie van WVC is daarvan de belangrijkste, maar ook ziekenfondsen en zorgverzekeraars blijken een bijdrage te leveren. Het merendeel van de activiteiten is door de eigen middelen van de beroepsgroepen gefinancierd.

### **Ondersteuningsmogelijkheden**

Met ondersteuningsmogelijkheden wordt bedoeld het kunnen beschikken over organisaties die meehelpen bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid of de kwaliteitsinstrumenten (bijvoorbeeld de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen, standaarden, normen, toetsingsvormen enzovoorts). De onderstaande instanties hebben daarin tot nu toe een rol gespeeld:



Landelijke organisaties	<p>Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing (CBO)</p> <p>Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF)</p> <p>Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)</p> <p>Stichting Ontwikkeling en Ondersteuning voor Huisarts en Eerstelijnszorg (O&amp;O)</p> <p>SIG Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg</p> <p>TNO Centrum voor Medische Technologie</p> <p>TNO Instituut voor Toxicologie en Voeding</p> <p>Voorlichtingsbureau voor de Voeding</p> <p>En vermoedelijk anderen*)</p>
Universiteiten/ Hogescholen	<p>Diverse Hogescholen en Universiteiten spelen een ondersteunende rol bij het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten. Bij de Hogescholen zijn het niet alleen paramedische opleidingen die een bijdrage leveren, ook de lerarenopleidingen en de vakgroepen Beroepsinnovatie en Methodiek-ontwikkeling kunnen hierbij betrokken zijn.</p>
Ziekenhuizen	<p>Ook binnen diverse ziekenhuizen wordt door de daar werkzame paramedische beroepsgroepen of in samenwerking met de paramedische diensten of afdelingen gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Een uitputtende opsomming van de betrokken ziekenhuizen is op basis van deze inventarisatie niet te geven.</p>
Overig	<p>Overige instanties die een ondersteunende rol spelen (of speelden) bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zijn o.a. Kruis Zorgorganisaties en Instellingen voor Thuiszorg. Voorbeelden zijn: Bedrijfsbureau Interzorg Holland (Kruisorganisaties); Kwaliteitsfuncties van Thuiszorginstellingen; en vermoedelijk anderen* ).</p>

Bij driekwart van de paramedische beroepen wordt het kwaliteitsbeleid ondersteund door het CBO en het NIVEL. Bij minstens vijf

---

\* niet bij alle publikaties wordt melding gemaakt van ondersteunende instanties.

paramedische beroepsgroepen vervult de SWSF een ondersteunende rol. De ondersteuning door de overige instanties heeft doorgaans betrekking op een of enkele beroepsgroepen.

Bij enkele paramedische beroepsgroepen (Logopedie, Diëtetiek, Ergotherapie) blijken de hogescholen een niet onaanzienlijke rol te spelen bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Bij de andere beroepen is dat - althans op dit moment - wat minder duidelijk.

Ten aanzien van ondersteuning door de opleidingen wordt door de VBC het volgende opgemerkt: "De initiële opleiding(en) voor de paramedische beroepen zijn de HGZO-instellingen, waarvan een deel onder het ministerie van O&W en een deel onder het ministerie van WVC ressorteert. Deze ministeries kennen ieder een eigen regime, waardoor de opleidingspositie qua aard, status, omvang en grootte nogal kan verschillen. En daarmee ook de ondersteuning die de opleidingen aan de beroepsgroep kunnen bieden zoals bijvoorbeeld vervolgonderwijs (post-HBO) en beroepsgericht onderzoek" (VBC, 1993). Overigens wordt in de meeste beleidsplannen van de paramedici gestreefd naar een nauwere samenwerking met de opleidingen.

Bij de ondersteuning via ziekenhuizen gaat het in meerderheid om de ontwikkeling van normen waaraan paramedische diensten of afdelingen moeten voldoen, de zogenoemde 'kwaliteitsborgingsnormen' in het kader van het PACE-project (PACE = Proefproject Accreditatie Ziekenhuizen).

De hierboven genoemde partijen leveren in bijna alle gevallen een bijdrage aan de **ontwikkeling** van instrumenten, methoden of criteria. Van daadwerkelijke ondersteuning bij de implementatie op grote schaal in de gehele beroepsgroep is nauwelijks sprake. Tot nu toe zijn het de beroepsverenigingen zelf die daartoe initiatieven ontplooiën. In hoeverre externe instanties een bijdrage kunnen leveren aan implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen en standaarden op grote schaal moet nader worden verkend.

## 2.5 Conclusies

Acht van de tien paramedische beroepen hebben inmiddels een kwaliteitsbeleid geformuleerd, twee beroepsgroepen zullen dat dit jaar ter hand nemen.

In de beleidsplannen worden verschillende accenten gelegd. Als gemeenschappelijke elementen zijn te noemen:

- Het streven naar professionalisering van de beroepsorganisatie. Bij veel beroepsorganisaties wordt de eigen structuur kritisch onder de loupe genomen en worden taken en verantwoordelijkheden opnieuw bepaald en toegewezen. Het lijkt erop dat de beroepsorganisaties bij zichzelf beginnen met de kwaliteitsbewaking.
- In het verlengde hiervan wordt gewerkt aan het verbeteren van de infrastructuur van de beroepsvereniging. Door het creëren van nieuwe structuren op regionaal en lokaal niveau wordt getracht de leden meer bij het beleid te betrekken en duidelijke communicatielijnen te creëren voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid.
- Alle beroepsgroepen houden zich bezig met het normeren van de kwaliteit van zorg. Getracht wordt de kwaliteitseisen die gesteld worden te expliciteren en concrete normen en richtlijnen te formuleren. Op dit gebied is in de voorwaardenscheppende sfeer al veel gedaan. In hoofdstuk vijf wordt dit nader toegelicht.
- De paramedische beroepsgroepen financieren het meeste ontwikkelingswerk zelf. Zij krijgen financiële ondersteuning van een beperkt aantal financiers. Het Ministerie van WVC levert daarin het grootste aandeel. Ook enkele zorgverzekeraars leveren een bijdrage.
- Aan de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en kwaliteitsinstrumenten leveren landelijke instituten (CBO, NIVEL, SWSF) een belangrijke bijdrage. Bij een aantal beroepsgroepen dragen ook de Hogescholen bij aan de kwaliteitsontwikkelingen. De meeste beroepsgroepen streven naar een nauwere samenwerking met de Hogescholen. Het verdient aanbeveling de rol die Hogescholen bij de kwaliteitsontwikkelingen kunnen vervullen nader te verkennen.



## 3 OPLEIDING EN SCHOLING

### 3.1 Inleiding

Zowel de initiële opleiding als de bij- en nascholing zijn bepalend voor de deskundigheid van (paramedische) beroepsbeoefenaren. Alle paramedische beroepsgroepen hechten dan ook veel belang aan een hoog niveau van zowel de opleiding als de bij- en nascholing. De verwachting is dat opleidingen in de toekomst ook zelf kwaliteitssystemen zullen gaan ontwikkelen zoals recent door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is geadviseerd (NRV, 1993).

In het kader van dit rapport wordt met name aandacht besteed aan de wisselwerking tussen opleiding en beroepsuitoefening. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de samenwerking tussen beroepsverenigingen en opleidingen en het streven om de opleidingseisen voortdurend aan te passen aan (veranderingen in de) beroepsuitoefening.

In het verlengde daarvan wordt in paragraaf 3.3 gekeken naar de pogingen om na- en bijscholing te reguleren en de kwaliteit daarvan te waarborgen. De laatste paragraaf bevat de conclusies.



### 3.2 Afstemming opleiding - beroepsuitoefening

Dat een kwalitatief hoogstaande beroepsopleiding van belang is wordt door alle beroepsgroepen erkend omdat daarin de basis wordt gelegd voor het niveau van de beroepsuitoefening. Het belang hiervan wordt nog eens onderstreept door drie ontwikkelingen die we kort toelichten: de toegenomen autonomie van de opleidingen in het kader van deregulering, de titelbescherming in het kader van de Wet BIG en de internationale erkenning van diploma's in het kader van de Europese eenwording.

Om het onderwijs beter af te stemmen op het werkveld is in 1985 door het Ministerie van WVC het ontwikkelen van beroepsprofielen in gang gezet. Het doel was het beroep helder in kaart te brengen om op basis daarvan opleidingsprofielen te maken. Deze profielen zouden eindtermen voor de opleiding moeten bevatten die corresponderen met de beroepstaken. Hierdoor zou zowel een betere afstemming ontstaan tussen beroepsinhoud en onderwijs terwijl er

ook meer eenheid in de eindtermen tussen de opleidingen onderling zou ontstaan. Meer eenheid in de eindtermen leek gewenst in verband met de toenemende autonomie van de opleidingen. Boon (1990) licht dit als volgt toe bij de totstandkoming van het beroepsprofiel van de diëtist:

"Het beleid van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, waaronder de opleiding tot diëtist ressorteert, is gericht op deregulering en versterking van de autonomie van scholen. Als het de opleidingen niet volstrekt duidelijk is waartoe dient te worden geschoold, over welk arsenaal een beginnend beroepsbeoefenaar dient te beschikken, dan geeft de hieruit voortvloeiende vaagheid een vrijbrief voor het uiteenwaaiëren van de opleidingsinhoud. De 'eindproducten' van de hogescholen zouden dan zoveel van elkaar kunnen gaan verschillen dat het vakdepartement, WVC, vraagtekens zou kunnen plaatsen bij het verlenen van het civiel effect aan het getuigschrift" (Boon, 1990). Dit maakt meer eenheid in de opleiding gewenst.

De invoering van de Wet BIG vormt een tweede stimulans voor kwaliteitsbevordering van de opleiding. Voor de meerderheid van de paramedische beroepen geldt dat niet de uitoefening van het beroep maar de opleidingstitel kan worden beschermd. De beroepen kunnen in aanmerking komen voor een regeling ex. artikel 51 van het Ontwerp van Wet BIG. Dit houdt in dat een omschrijving van de deskundigheid en van de opleidingseisen van het betreffende beroep wordt gegeven en dat de opleidingstitel wordt beschermd. Als zodanig is het niet een regeling van het beroep maar van de opleiding en van de daar verworven deskundigheid.

Voordat we op de derde ontwikkeling, de internationalisering ingaan, beschrijven we op welke wijze de paramedische beroepsgroepen trachten onderwijs en beroepsuitoefening op elkaar af te stemmen. Er bestaan (nog) geen kwaliteitsdeelsystemen voor deze afstemming maar alle beroepsgroepen hebben beleidsvoornemens of concrete plannen om de samenwerking met de opleidingen te intensiveren, zoals uit onderstaande citaties mag blijken.

*"Door als NVD zorg te dragen voor een goede samenwerking met opleidingen in het kader van de kwaliteitsbewaking kunnen beide partijen gebruik maken van elkaars diensten. De NVD zou mee kunnen denken bij het maken van leerplannen, de opleidingen zouden hun medewerking kunnen verlenen bij het organiseren van bijscholingen. Om een en ander structureel te maken adviseert de werkgroep een werkgroep opleidingen in te stellen die*

*zich met name richt op de samenwerking van NVD en opleidingen inzake integratie kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening. (NVD, 1993).*

*"Het is daarom uitermate belangrijk dat een goede afstemming plaatsvindt tussen opleidingen enerzijds en de beroepsorganisatie anderzijds. Hiervoor is een gestructureerd overleg tot stand gebracht tussen de beroepsorganisatie en het Studierichtings-overleg Fysiotherapie" (Visie op Fysiotherapie, 1992).*

*"De hogescholen zullen hun inhoud en eindtermen zoveel mogelijk congruent met het beroepsprofiel Logopedist moeten laten zijn" (Landelijk Studierichtingsoverleg Logopedie, Jubileumvergadering NVLF, 1993).*

*"De opleiding gebruikt het beroepsprofiel van de Oefentherapeut Mensendieck als één van de pijlers van de huidige onderwijsvernieuwingen. Het beroepsprofiel beantwoordt daarmee aan de oorspronkelijke doelstelling" (Balm, 1993).*

*"Van de kant van de VBC zal een Commissie Onderwijs worden ingesteld om te komen tot afstemming van initieel en post-initieel onderwijs en een klankbordfunctie te vervullen voor de afstemming van het onderwijsbeleid tussen opleiding en VBC" (VBC, 1993).*

*"De NVRL is betrokken bij de inservice-opleiding door participatie in de Raad Beroepsopleiding Radiologisch Laboranten, die belast is met de uitvoering van de opleiding. Verder heeft de NVRL een zetel in de Stichting Opleiding Assistenten Nucleaire Geneeskunde. Met betrekking tot de dagopleiding MBRT (HBO-opleiding voor Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken) heeft de NVRL zetels in de werkveldcommissie. Tevens is de NVRL vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie van de Centrale Opleiding Radiotherapie. Op het gebied van de opleiding vindt er tevens regelmatig overleg plaats tussen de NVRL en de Vereniging Opleidingsinstituten Radiologisch Laboranten. Door participatie in de door de Minister van WVC geïnstalleerde Adviescommissie wordt de Staatssecretaris geadviseerd over alle zaken het beroep en de opleiding aangaande" (NVRL, 1993).*

Uit deze opmerkingen blijkt dat de paramedische beroepsgroepen bezig zijn de samenwerking met de opleidingen te intensiveren om

de voorwaarden te creëren voor continue afstemming van opleiding en beroepsuitoefening. Bij de Radiologisch Laboranten zijn twee concrete voorbeelden van dergelijke aanpassingen te vinden. We zullen ze ter illustratie bespreken.

Om een betere aansluiting tussen opleiding en praktijk te bewerkstelligen is bij de diagnostisch laboranten het leerplan geherstructureerd. De theoretische opleiding die door de Hogeschool verzorgd wordt is aangepast aan de inservice opleidingen die door de diverse ziekenhuizen in de regio gegeven worden. Het leerplan is opnieuw vormgegeven in nauw overleg met de deelnemende ziekenhuizen in de regio (ter Heine-van Oosterum, 1990).

Een tweede voorbeeld betreft het normeren en verbeteren van de praktijkbegeleiding bij de laboranten. Een Werkgroep Praktijkbegeleiding houdt zich hier actief mee bezig omdat de praktijkbegeleiding per ziekenhuis verschilt en niet altijd voldoet aan de criteria die voor een goede praktijkbegeleiding zijn geformuleerd. Deze criteria zijn o.a. dat praktijkbegeleiders een speciale opleiding hebben gevolgd, dat men minimaal 2 uur per leerling per week vrijgesteld is voor praktijkbegeleiding en dat er een functie-omschrijving als praktijkbegeleider aanwezig is (Alards, 1992). Via een enquête is nagegaan in hoeverre de werkelijke situatie overeenkomt met de gewenste situatie. Daaruit blijkt dat eenderde van de praktijkbegeleiders niet de opleiding daartoe heeft gevolgd en dat men in ongeveer de helft van de gevallen minder dan twee uur per leerling vrijgesteld is voor praktijkbegeleiding. De werkgroep gaat stappen ondernemen om in deze situatie verbetering te brengen. Ook zal een standaard functie omschrijving worden samengesteld (Alards, 1992).

Als derde ontwikkeling kan het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren worden genoemd zoals in de EEG richtlijnen in het kader van de eenwording van Europa is vastgelegd. Voor alle deelnemende landen binnen Europa geldt dat beroepsbeoefenaren niet geweigerd kunnen worden maar dat wel aanvullende eisen kunnen worden gesteld.

Daarnaast proberen de beroepsgroepen internationale erkenning van de opleiding te verkrijgen in landen buiten de EEG. Dit betreft dan de erkenning door de beroepsvereniging van het betreffende land of erkenning door de internationale beroepsvereniging. In het kader van deze 'internationalisering' is een aantal paramedische beroepsgroepen begonnen met het internationaal afstemmen van diploma's. Dit blijkt geen eenvoudige zaak zoals de volgende voorbeelden illustreren:



### *Diëtisten*

"Bij de diëtisten bestaat binnen Europa een groot verschil in de opleidingen, zowel in tijdsduur als niveau. In Duitsland is het bijvoorbeeld een tweejarige opleiding op MBO niveau terwijl de opleiding in Ierland van academisch niveau is. De verschillen tussen de opleidingen en de werkvelden zijn zo groot dat erkenning van de verschillende diëtisten diploma's nauwelijks van toepassing is" (Oosten, 1992). "Wel is de Nederlandse Diëtisten opleiding in 1993 erkend door de Amerikaanse Diëtisten Vereniging. Nederlandse Diëtisten moeten een aanvullend registratie-examen afleggen om geregistreerd te worden" (Bouman, 1993).

### *Ergotherapeuten*

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie is lid van de World Federation of Occupational Therapists. Men kan hier alleen lid van worden als het opleidingsprogramma aan een aantal (minimum) eisen voldoet. "Ook binnen de ergotherapie bestaan overigens grote verschillen tussen opleidingen in diverse landen" (Bongers, 1992). "Wel wordt gestreefd naar internationalisering van het ergotherapie-onderwijs. In 1986 is daartoe opgericht de COTEC (Committee of Occupational Therapists for the European Communities). Doel is de standaard van beroepsuitoefening in Europa te verbeteren en de wetenschappelijke fundering te bevorderen" (Bruggen, 1992).

### *Radiologisch Laboranten*

"Bij de Radiologisch Laboranten kent Nederland op dit moment een aantal wederzijdse erkenningen van het diploma. Sommige landen erkennen het diploma niet omdat de opleiding te weinig theorie zou bevatten" (Kommissie Beroepsinhoud Opleidingen, 1993). "De NVRL blijft streven naar een brede internationale erkenning van de opleiding. De wettelijke regeling van de opleiding zal worden aangepast zodanig dat deze voldoet aan de internationale normen voor HBO onderwijs" (NVRL, 1993).

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat er nog een lange weg te gaan is voordat diploma's internationaal op elkaar afgestemd of onderling vergelijkbaar zijn (zie ook Koster, Dekker en Groenewegen, 1991). Wel blijkt dat deze ontwikkelingen mede een stimulans voor de beroepsverenigingen zijn om intensiever met de opleidingen samen te werken.

### 3.3 Regulering van bij- en nascholing

Bij het reguleren van bij- en nascholing spelen drie aspecten een rol:

- het overzichtelijk maken van het aanbod aan bij- en nascholing
- het bevorderen en bewaken van de kwaliteit ervan (bijv. accreditoren)
- het stimuleren of verplicht stellen van bij- en nascholing.

Deze stappen vormen een logische volgorde, een volgorde die in de meeste beleidsnota's van de paramedische beroepsgroepen is terug te vinden. We lichten de stappen een voor een toe.

Het overzichtelijk maken van bij- en nascholing vindt plaats door het inventariseren van bij- en nascholing. De gedachte is dat het volgen van bij- en nascholing gestimuleerd wordt wanneer het totale aanbod voor alle leden van de beroepsgroep duidelijk in kaart is gebracht. Daarnaast maakt een dergelijk overzicht doublures en hiaten zichtbaar wat van belang kan zijn bij het ontwikkelen van nieuwe cursussen. Nagenoeg alle paramedische beroepsgroepen zijn bezig met het in kaart brengen van de bij- en nascholing. Bij enkele beroepsgroepen is dit inmiddels voltooid (Bavel, 1992).

Als tweede stap zijn of worden criteria vastgesteld waaraan na- en bijscholing moet voldoen (o.a. NVD, NVE, KNGF, NVLF). Doel daarvan is de kwaliteit van bij- en nascholing te bewaken en de leden te informeren over het niveau van de aangeboden bij- en nascholing. Welke criteria door de verschillende beroepsgroepen worden gesteld is niet duidelijk omdat geen openbare publikaties over dit onderwerp gevonden zijn. De indruk bestaat dat de criteria nog niet uitgekristalliseerd zijn en dat het formuleren van kwaliteitseisen wellicht moeilijker is dan op het eerste gezicht lijkt.

Als derde stap wordt bij de helft van de paramedische beroepsgroepen overwogen om na- en bijscholing in de toekomst (mogelijk) verplicht te stellen. Op dit moment is nog nergens sprake van een verplichting. Wel worden bijvoorbeeld radiologisch laboranten ten sterkste aangeraden nascholing ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen te volgen. Een voorbeeld is nascholing op het gebied van stralingshygiëne (specifieke deskundigheid op het gebied van stralingshygiëne is vereist ingevolge het Besluit Stralenbescherming Kernenergiewet voor het omgaan met röntgentoestellen en radioactieve stoffen (de Haan, 1991).

In de fysiotherapie is men al zes jaar bezig met het probleem van al dan niet verplichtstelling. De afweging van voor- en nadelen blijkt niet

eenvoudig te zijn. Ter illustratie bespreken we de wijze waarop het denken over dit onderwerp zich in de loop der jaren ontwikkeld heeft.

### **Wel of geen verplichte nascholing**

Al in 1987 zijn binnen de fysiotherapie initiatieven ontplooid voor het verplicht stellen van na- en bijscholing. De voor- en nadelen van verplichte na- en bijscholing zijn grondig verkend in diverse werkgroepen, discussienota's en publikaties (Discussienota KNGF, 1988; Van den Brink-Muinen en Dekker, 1991; Van Eijkeren, 1990, 1992). Een van de overwegingen hierbij was dat fysiotherapeuten op vrijwillige basis weliswaar zeer veel nascholing volgen maar dat "betrekkelijk modieuze onderwerpen meer in trek zijn dan cursussen over problemen of tekortkomingen in de gezondheidszorg". Het plan is dan ook de nascholing niet alleen af te stemmen op de subjectieve behoefte van fysiotherapeuten. "Het is wenselijk de nascholing in de toekomst (in ieder geval ten dele) te baseren op objectieve behoeftebepaling" (bijvoorbeeld in overleg met WVC, Opleiding en Inspectie).

In de discussies over verplichtstelling is steeds als uitgangspunt gehanteerd dat verplichte na- en bijscholing geen doel op zich mag zijn. Het doel is te verzekeren dat aandacht wordt besteed aan nieuwe ontwikkelingen in het vak en behandelmethoden en ziektebeelden waarvan in de praktijk is vastgesteld dat men er onvoldoende van op de hoogte is.

Na jarenlange afweging van voor- en nadelen komen de huidige plannen erop neer dat men eerst een instrument wil ontwikkelen waarmee vastgesteld kan worden waar lacunes in werkwijze of kennis zitten zodat op grond daarvan gerichte nascholing gevolgd kan worden.

Als nadelen voor het zonder meer verplicht stellen van na- en bijscholing worden onder andere genoemd: dat verplichtstellen geen zin heeft als er geen sancties aan verbonden kunnen worden, dat geen verplichtingen opgelegd kunnen worden aan degenen die geen lid van de beroepsvereniging zijn, dat nascholing niet garandeert dat de verworven kennis in de praktijk wordt toegepast en dat het registreren van gevolgde nascholing enorme werkbelasting voor de beroepsvereniging meebrengt.

In eerste instantie wordt dan ook getracht nascholing verder te stimuleren en te faciliteren door in ieder geval drie maatregelen: a) het overzichtelijk maken van het aanbod aan bij- en nascholing op een centraal punt b) het waarborgen van de kwaliteit van na- en bijscholing door het stellen van criteria en een systeem van accredi-

tering c) het aantrekkelijk maken van de nascholingsprogramma's door gericht behoefte-onderzoek - ook op basis van maatschappelijke ontwikkelingen - te verrichten naar onderwerpen voor nascholingsprogramma's. Gesteld wordt dat op de lange termijn de regulering van na- en bijscholing zou kunnen passen in een model van herregistratie" (Van Eijkeren, 1992).

### 3.4 Conclusies

Alle paramedische beroepsgroepen hechten veel belang aan opleiding, bij- en nascholing omdat dat in belangrijke mate de deskundigheid van de paramedicus bepaalt. De gemeenschappelijke aandachtspunten zijn de volgende:

- In toenemende mate streven de beroepsgroepen ernaar onderwijs en werkveld beter op elkaar af te stemmen. Dit wordt gestimuleerd door de toegenomen autonomie van de opleidingen, de Wet BIG en het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren in het kader van de eenwording van Europa. Ook wordt gestreefd naar internationale erkenning van de diploma's c.q. de opleidingen door de beroepsverenigingen in andere landen. Incidenteel wordt gewerkt aan internationale afstemming van de eisen die aan het beroep en de opleiding worden gesteld.
- Bijna alle beroepsgroepen streven naar een betere regulering van bij- en nascholing. Doorgaans worden achtereenvolgens de volgende stappen ondernomen. Het inventariseren en in kaart brengen van de na- en bijscholing en het formuleren van eisen waaraan na- en bijscholing moet voldoen. In hoeverre de eisen die de paramedische beroepsgroepen aan na- en bijscholing stellen vergelijkbaar zijn, is niet bekend.
- Hoewel verplichtstelling van na- en bijscholing bij enkele beroepsgroepen wordt overwogen is men hier terughoudend in. Men houdt zich op dit moment bezig met het afwegen van de voor- en nadelen daarvan.

## 4. BEVOEGDHEID EN TITELVOERING

### 4.1 Inleiding

Voor negen van de tien paramedische beroepen geldt dat de beroepstitel niet meer wettelijk beschermd is als de Wet BIG in werking treedt. Wel is het voor deze beroepen mogelijk de opleidingstitel te beschermen. Dit gebeurt op basis van een deskundigheidsomschrijving en de opleidingseisen die aan het beroep worden gesteld. Een uitzondering vormen de fysiotherapeuten die wel een titelbescherming in het kader van de wet BIG kennen en die ook onderworpen zijn aan een wettelijk tuchtrecht. Mede vanuit deze veranderingen in wetgeving beraden de paramedische beroepsgroepen zich over de wijze waarop zij zelf het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep kunnen waarborgen bijvoorbeeld door het invoeren van registers van gekwalificeerde beoefenaren of door het invoeren van herregistratie. Ook explicitering en normering van de beroepsuitoefening, zoals dat gebeurt in beroepsprofielen en gedragsregels kunnen in dit licht worden gezien. In dit hoofdstuk gaan we op deze onderwerpen in.

### 4.2 Beroepsprofiel en deskundigheidsomschrijving

Alle paramedische beroepsgroepen beschikken inmiddels over een beroepsprofiel en over een deskundigheidsomschrijving. Een beroepsprofiel omvat een beschrijving van vrijwel alle taken die de beroepsbeoefenaar zou kunnen vervullen. Zoals eerder opgemerkt zijn de beroepsprofielen vooral ontwikkeld om het onderwijs af te stemmen op het beroep. Daarnaast dragen ze bij aan de herkenbaarheid en profilering van het beroep. Het beroepsprofiel is als het ware het visitekaartje van het beroep en maakt duidelijk waar een beroep voor staat. Dit vergemakkelijkt het overleg met andere beroepsgroepen maar ook met bijvoorbeeld de overheid, de verzekeraar, de werkgevers en de consument.

Ook kunnen beroepsprofielen gebruikt worden voor de kwaliteitsbewaking binnen het beroep. Het beroepsprofiel beschrijft de kwalificaties waaraan de beroepsbeoefenaar moet voldoen en bevat vele normen omtrent de uitoefening van het beroep. Aan de hand van deze normen kan de beroepsuitoefening worden getoetst.

De beroepsprofielen van de paramedische beroepsgroepen zijn op een vergelijkbare manier opgezet en bevatten standaard de volgende tien vast omschreven taakgebieden. Deze tien taakgebieden zijn:

- het verlenen van zorg
- verstrekken van preventieve zorg
- samenwerken met andere zorgverleners
- voorlichten
- beheren
- het geven van onderwijs en begeleiding
- het verrichten van onderzoek
- evalueren van beroepsmatig handelen
- ontwikkelen van individuele kennis en kunde
- ontwikkelen van het eigen beroep.

Bij elk taakgebied zijn de beroepstaken omschreven. Deze hebben doorgaans een globaal karakter. bijvoorbeeld: "de beroepsbeoefenaar hanteert bij het verlenen van zorg de beroepscode en gedragsregels"; "verzamelt gegevens door het afnemen van een anamnese"; stelt op basis van de anamnese een diagnose"; "bepaalt in overleg met de patiënt het doel van de behandeling", enzovoorts. In het beroepsprofiel zelf staat geen concrete informatie over de inhoud van diagnostiek en behandeling. Wel hebben de meeste beroepsgroepen een uitgebreide toelichting in het beroepsprofiel opgenomen waarin veel informatie over specifieke taken en behandelingen te lezen valt.

De helft van de beroepsgroepen is voornemens het beroepsprofiel expliciet te implementeren. Men wil bewerkstelligen dat de leden op de hoogte zijn van de normen die in het beroepsprofiel worden gesteld en dat de leden zich conform deze normen (gaan) gedragen.

Daarnaast is men algemeen van mening dat de beroepsprofielen regelmatig geëvalueerd en bijgesteld moeten worden om te zorgen dat het beroepsprofiel niet achter blijft bij nieuwe inzichten en ontwikkelingen. Concrete plannen op dit gebied staan in de beleidsnota's o.a. bij fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten Cesar en radiologisch laboranten.

Beschrijven beroepsprofielen de algemene kenmerken van het beroep, functieprofielen gaan specifiek in op de taken en functies die in de diverse velden of settingen of voor speciale patiëntencategorieën worden verricht. Zo heeft de NVE functieprofielen ontwikkeld voor ergotherapie in de revalidatie, algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. In de fysiotherapie

beschikken 8 werkvelden inmiddels over een functieprofiel: manuele therapie, fysiotherapie in de sportgezondheidszorg, in de geriatrie, verstandelijk gehandicapten, de kinder- en jeugdgezondheidszorg, de pre- en postnatale gezondheidszorg en voor fysiotherapeuten voor ontspanningstherapie. Profielschetsen zullen worden gemaakt voor o.a. fysiotherapie in de psychiatrie en bedrijfsfysiotherapie. Ook bij diëtisten en logopedisten worden dergelijke functieprofielen ontwikkeld. Evenals beroepsprofielen dragen functieprofielen bij aan de explicitering van het beroep. Zij maken duidelijk wat het beroep voor specifieke patiëntencategorieën kan betekenen.

### 4.3 Gedragsregels en ethiek

Alle paramedische beroepsgroepen hebben ethische normen geformuleerd waaraan de leden van de beroepsgroep gebonden zijn. Hoewel verschillende termen worden gehanteerd - ethische code, gedragscode, gedragsregels - gaat het in alle gevallen om normen ten aanzien van de wijze waarop de beroepsbeoefenaar zich dient te gedragen, zowel tegenover de patiënt als tegenover collega's, verwijzers of andere partijen. Tussen ethische normen en gedragsregels is een verschil in abstractie niveau. Ethische regels beschrijven de normen en waarden die aan de beroepsuitoefening ten grondslag liggen, deze worden vervolgens geconcretiseerd in gedragsregels.

Voorbeelden van gedragsregels zijn:

- "De beroepsbeoefenaar betreft de patiënt bij het opstellen van het behandelplan";
- "De beroepsbeoefenaar beschermt te allen tijde de vertrouwelijkheid van de gegevens van de patiënt";
- "De beroepsbeoefenaar is verplicht rapportage bij te houden";
- "De beroepsbeoefenaar oefent zijn vak uit binnen de grenzen van eigen deskundigheid. In situaties waar meer kennis en deskundigheid vereist zijn verwijst hij door",
- enzovoorts.

Gedragsregels bevatten criteria ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar en de naleving daarvan kan worden getoetst.

Als doel en functie van de gedragsregels wordt onder andere het volgende genoemd:

- het geven van inzicht aan de gebruiker over wat hij kan verwachten van de professie; het is de legitimatie van het beroep naar de samenleving.

- het herkenbaar maken van normen en waarden van de beroepsbeoefenaren, zodat de mogelijkheid ontstaat een klacht in te dienen in geval van professionele nalatigheid.
- het leveren van een bijdrage in het streven naar zelfregulering en autonomie van de beroepsgroep.

Evenals het beroepsprofiel vervullen de gedragsregels dus meerdere functies.

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie heeft bij het ontwikkelen van de beroepscode gebruik gemaakt van de Europese en internationale beroepscode voor het beroep. De NVE stelt overigens dat "de beroepsvereniging een belangrijke rol speelt in het opstellen van een structuur waarbinnen de naleving van de beroepscode wordt gegarandeerd" (NVE,1993). Ook door de NVRL wordt gesteld dat "het zaak is dat de strekking van de beroepscode genoegzaam bekend wordt onder beroepsbeoefenaren en dat zij hun handelen hierop baseren" (NVRL, 1993). Deze citaten illustreren dat na het ontwikkelen van gedragsregels een tweede fase van implementeren en bewaken in gang wordt gezet.

#### 4.4 Klachten- en tuchtrechtregelingen

Bij klachten- en tuchtrechtregelingen moet onderscheid gemaakt worden tussen het wettelijk tuchtrecht in het kader van de wet BIG dat voor fysiotherapeuten geldt en klachtenregelingen die de beroepsgroep zelf hanteert. In beide gevallen is de functie hetzelfde namelijk bewaken dat de beroepsbeoefenaren de patiënt geen schade berokkenen en dat zij zich niet gedragen in strijd met de gedragsregels. Het verschil tussen beide regelingen zit in de sancties die kunnen worden toegepast en de draagwijdte van de regelingen.

Klachtenregelingen kunnen alleen toegepast worden op degenen die lid zijn van de beroepsvereniging. Aan hen kunnen naast een waarschuwing of berisping alleen sancties opgelegd worden die te maken hebben met het lidmaatschap van de beroepsvereniging. Bijvoorbeeld schorsing van het lidmaatschap van de vereniging. Het wettelijk tuchtrecht omvat alle beroepsbeoefenaren (leden en niet-leden) en de sanctiemogelijkheden zijn veel zwaarder. Schorsing of ontzetting uit het beroep zijn ultieme mogelijkheden.

De Commissie BIG van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is van mening dat wettelijk tuchtrecht in een aantal gevallen een aanvulling op een interne klachtenregeling kan zijn. Met name in gevallen waarin de patiënt/cliënt in grote mate afhankelijk is van de



beroepsbeoefenaar en wanneer bijzondere risico's aan de behandeling verbonden zijn. Voor de meeste paramedische beroepsgroepen lijkt dit niet van toepassing.

De helft van de paramedische beroepsverenigingen heeft (nog) geen klachtenregeling, mede omdat veel beroepsbeoefenaren in instellingsverband werken zodat men automatisch onder het (verplichte) klachtenregelement van de instelling valt. De overige paramedische beroepen hebben wel een klachtenregeling of zijn van plan deze binnenkort te ontwikkelen (ergotherapeuten en oefentherapeuten Mensendieck).

Zoals opgemerkt is alleen op fysiotherapeuten het wettelijk tuchtrecht van toepassing. Dit is ingesteld na een proefperiode met een interne klachtenregeling. Deze interne klachtenregeling werd in 1988 van kracht tegelijkertijd met de Gedragsregels voor Fysiotherapeuten (gedragen door de leden van KNGF, VVF en VMFV). Dit betekende dat fysiotherapeuten die lid zijn van een van de drie verenigingen ter verantwoording konden worden geroepen. In overleg met de Inspectie en WVC is een gezamenlijk klachtenregistratie-formulier ontwikkeld. Na een proefperiode van drie jaar is de klachtenregeling geëvalueerd. Uit de evaluatie bleek dat ongeveer de helft van de klachten niet in behandeling kon worden genomen omdat het niet-leden betrof" (KNGF, 1992). Mede omdat de aard van de klachten als ernstig werd beoordeeld werd het wettelijk tuchtrecht ingesteld.

Als doel van het tuchtrecht wordt in de eerste plaats het handhaven van de kwaliteit genoemd. Daarnaast kan het dienen om het beroep zuiver te houden en het biedt de patiënt een zekere bescherming. "In dat licht gezien is het daarom een misvatting te denken dat het tuchtrecht is bedoeld als een manier voor de klager om zijn gelijk te halen. Het kenmerk van het tuchtrecht moet veel meer gezien worden als een correctiemogelijkheid van de beroepsgroep ten aanzien van de aangeklaagde beroepsgeenoot" (Suyker, 1991).

#### **4.5 Registratie en herregistratie**

Het register van de Inspectie waar paramedici zich moeten laten registreren om hun beroep te mogen uitoefenen is op dit moment het enige registratiesysteem dat de paramedische beroepsbeoefenaren kennen. Enige voorwaarde voor inschrijving is een diploma van een erkende opleiding. In Nederland kennen alleen huisartsen een systeem van herregistratie. Dit komt erop neer dat de registratie 5

jaar geldig is en alleen vernieuwd wordt als men het beroep een bepaalde tijd per jaar heeft uitgeoefend. Bij de KNMG bestaan plannen om herregistratie voor alle medische beroepen in te voeren en de eisen voor herregistratie geleidelijk te verzwaren. In de toekomst kunnen eisen gesteld worden ten aanzien van nascholing en toetsing en zelfs re-examinering wordt overwogen. Het zal overigens nog vele jaren duren voor dit gerealiseerd is.

Er zijn enkele paramedische beroepsgroepen die een dergelijk systeem voor de toekomst overwegen, zoals uit onderstaande mag blijken:

*De NVE heeft als doelstelling in het kader van de Wet BIG; "het treffen van voorbereidingen tot registratie van ergotherapeuten en bepaling van een logo teneinde uitvoering aan het recht op titelbescherming en voeren van een op de titel betrekking hebbend onderscheidingsteken uit te voeren. In eerste instantie zal een register voor vrijgevestigde en in de eerstelijns werkende ergotherapeuten worden opgesteld" (NVE, 1993).*

*Bij Orthoptisten wordt overwogen eisen te stellen aan de geldigheidsduur van het bewijs van bevoegdheid van de orthoptist (Nota Kwaliteit in de Orthoptie, 1992).*

*In de fysiotherapie kennen verschillende deelverenigingen eigen registers waar men alleen ingeschreven wordt wanneer men aan een aantal eisen heeft voldaan. Bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie moet men bijvoorbeeld een erkende opleiding gevolgd hebben om geregistreerd te kunnen worden (twee opleidingen zijn erkend) en anders moet aanvullende scholing gevolgd worden. De registratie is steeds voor een periode van twee jaar geldig. Voor herregistratie is eens per twee jaar na- en bijscholing verplicht.*

In het buitenland zijn systemen van herregistratie minder zeldzaam. Zie bijvoorbeeld de Bibliografie Recertification of Primary Health Care Professionals (Boeringa en Sluijs, 1992). Ook enkele paramedische beroepsgroepen kennen een dergelijk systeem. De Amerikaanse Diëtisten Associatie hanteert bijvoorbeeld een systeem van herregistratie waarbij de registratie voor 5 jaar geldig is. Om geregistreerd te blijven moet de diëtist de Registratiecommissie op de hoogte houden van haar bijscholingsactiviteiten (Bouman, 1993).

In hoeverre dergelijke systemen voor paramedici wenselijk en haalbaar zijn moet de toekomst uitwijzen.

#### 4.6 Conclusies

De paramedische beroepsgroepen beraden zich over de wijze waarop de kwaliteit van het beroep beschermd en bewaakt kan worden als de Wet BIG in werking treedt en de beroepsuitoefening niet meer wordt beschermd via de titelbescherming. Als gemeenschappelijke aandachtspunten kunnen de volgende zaken worden genoemd:

- Alle paramedische beroepen beschikken over een deskundigheidsomschrijving in het kader van de Wet BIG en over een beroepsprofiel waarin het beroep wordt geëxpliciteerd en waarin eisen ten aanzien van de beroepsuitoefening zijn gesteld. Veel beroepsgroepen streven naar een periodieke actualisering van de beroepsprofielen.  
Bij de meerderheid van de beroepsgroepen zijn de beroepsprofielen nader uitgewerkt in functieprofielen voor de diverse werkvelen en patiëntencategorieën.
- Alle beroepsgroepen beschikken over gedragsregels waarin normen worden gesteld ten aanzien van de bejegening van de patiënt en de omgang met collega's, verwijzers en andere partijen. Bij veel beroepsgroepen is het streven deze gedragsregels te implementeren in de gehele beroepsgroep om te bevorderen dat deze gedragsregels nageleefd worden.
- Alleen bij fysiotherapeuten is het wettelijk tuchtrecht van toepassing. Een minderheid van de overige beroepsgroepen heeft een interne klachtenregeling. Bij enkele beroepsgroepen wordt het instellen van een klachtenregeling overwogen. Het feit dat paramedici die in instellingen werkzaam zijn automatisch onder de klachtenregeling van de instelling vallen speelt hierbij een rol.
- Bij de paramedische beroepen bestaan (nog) geen systemen van registratie en herregistratie. Over de wenselijkheid van dergelijke systemen bestaat nog geen duidelijkheid.



## 5 BEROEPSUITOEFENING

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft welke kwaliteitsdeelsystemen gehanteerd worden om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. De verschillende toetsingsvormen die ontwikkeld zijn worden besproken. Daaraan vooraf gaan we in op de voorwaardenscheppende activiteiten die inmiddels zijn verricht. Deze voorwaardenscheppende activiteiten zijn van tweeërlei aard. Enerzijds wordt gewerkt aan eenduidige classificatie, registratie- en informatiesystemen. Deze systemen moeten op een eenduidige manier gegevens leveren over de zorg en de kwaliteit daarvan. Anderzijds wordt gewerkt aan normering zodat duidelijk wordt aan welke kwaliteitseisen de zorg zou moeten voldoen. Voorbeelden daarvan zijn criteria, richtlijnen, standaarden en protocollen. Tenslotte wordt ingegaan op het implementeren van zowel toetsing als van protocollen en standaarden. Het hoofdstuk besluit met de conclusies.

### 5.2 Classificatie-, registratie- en informatiesystemen

Eenduidige classificatie en registratie is een eerste stap op weg naar kwaliteitsbewaking. "Wil je met elkaar over kwaliteit praten dan zul je eerst eenheid van taal moeten hebben. Je moet dezelfde begrippen hanteren en gegevens op gelijke wijze noteren" aldus de voorzitter van het KNGF. "Anders moet bij allerlei activiteiten op het gebied van kwaliteit (registratie, toetsing, protocollering) telkens weer veel energie besteed worden aan het definiëren van begrippen" (Reitsma, 1993). Door de paramedische beroepsgroepen wordt hard aan uniformering gewerkt. Voor de fysiotherapeutische verslaglegging zijn richtlijnen geformuleerd (Reitsma, 1992, 1993). De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is al enkele jaren bezig met het ontwikkelen van classificatie- en registratiesystemen voor vijf paramedische beroepen (Heerkens, 1993).

Logopedisten zijn met vergelijkbare activiteiten bezig (Raaijmakers en Dekker, 1993). Hoge prioriteit heeft in de logopedie ook het invoeren van informatiesystemen om zowel op lokaal als op landelijk niveau gegevens over de zorg en de kwaliteit daarvan te kunnen genereren. We zullen ons beperken tot deze drie voorbeelden, wat niet weg

neemt dat ook in de andere beroepen ontwikkelingen op dit gebied te zien zijn, bijvoorbeeld bij de ergotherapeuten.

#### *Richtlijnen voor de verslaglegging*

In de richtlijnen voor de fysiotherapeutische verslaglegging staat welke gegevens over het fysiotherapeutisch handelen vastgelegd moeten worden. Uitgangspunt zijn de fasen van het methodisch handelen: aanmelding, anamnese en onderzoek, diagnose, behandelplan, behandeling, evaluatie en afsluiting. Per fase is aangegeven welke gegevens minimaal geregistreerd moeten worden. Om de uniformiteit te bevorderen wordt aanbevolen om een uniforme classificatie te gebruiken (ICIDH). Hierdoor worden zaken als klachten van de patiënt, behandeldoelen en behandelresultaten op vergelijkbare wijze geregistreerd. Het doel van deze uniforme verslaglegging is ten eerste een geheugensteun voor de individuele fysiotherapeut, zodat het handelen gestuurd, bewaakt en geëvalueerd kan worden. Ten tweede waarborgt het een goede overdracht van gegevens o.a. bij waarneming. De richtlijnen zijn op het secretariaat van het KNGF verkrijgbaar.

#### *Classificatie en registratiesysteem SWSF*

De hiervoor vermelde richtlijnen voor de verslaglegging geven aan 'wat' vastgelegd moet worden, de tweede vraag is dan op welke wijze men dat moet doen, dat wil zeggen met welk registratiesysteem. Dat kan zowel een handmatig als een geautomatiseerd systeem zijn. De SWSF heeft zo'n registratiesysteem voor de eerste lijns fysiotherapie ontwikkeld. Dit geautomatiseerde registratiesysteem is gericht op communicatie, kwaliteitscriteria en toetsing op verschillende niveaus. In het experiment Tegelen is, met een daar ontwikkeld geautomatiseerd registratiesysteem, ervaring opgedaan (Reitsma, 1993).

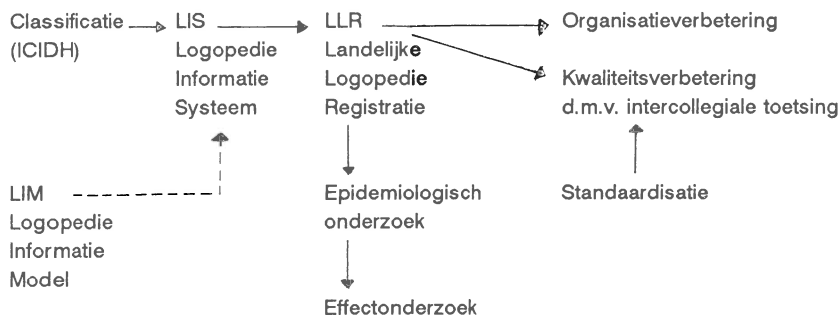
Om gegevens te kunnen registreren zijn classificaties en/of codelijsten nodig. Door SWSF is (in samenwerking met de beroepsorganisaties ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie-Mensendieck, oefentherapie Cesar en podotherapie) geïnventariseerd aan welke classificaties binnen het paramedisch (bewegings)beroep behoefte is. Nodig bleken te zijn: classificatie medische gegevens, classificatie gezondheidstoestand (aangepaste ICIDH), classificatie verrichtingen, classificatie hulpmiddelen en classificatie lokalisatie. Met behulp van de terminologie uit deze classificaties kunnen relevante gegevens uit het methodisch handelen vastgelegd worden. "Het voordeel van het hanteren van classificaties door een hele beroepsgroep, en liever nog door meerdere beroepsgroepen, is dat de verschillende termen

en begrippen voor alle gebruikers dezelfde betekenis hebben, zodat onduidelijkheden en misverstanden voorkómen worden" (Heerkens, 1993).

### *Informatiesystemen Logopedie*

In de logopedie wordt gewerkt aan de hand van een 'masterplan' waarin informatiesystemen een essentiële rol spelen. Voor de overzichtelijkheid wordt het plan hieronder schematisch weergegeven:

Schema 1: Projecten in het Masterplan Logopedie



De samenhang binnen dit - lange termijn - project kan als volgt worden gezien (Mondelaers, Van Praag, Van den Heuvel, 1990): 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 naast epidemiologische gegevens, gegevens op meso en macro 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. Op landelijk niveau zal zorg gedragen worden voor aanpassingen in classificaties en coderingen (Mondelaers, Van Praag, Van den Heuvel, 1990).

Inmiddels is een aantal projecten van het masterplan afgerond o.a.: de classificatie, het logopedie informatiemodel, automatisering en een systeembeoordelingsmodel. Op dit moment wordt onder meer

gewerkt aan de informatiesystemen (op praktijk en landelijk niveau), aan automatisering in proefpraktijken, aan standaardontwikkeling en aan epidemiologisch onderzoek.

Samenvattend kan gesteld worden dat veel paramedische beroepen inmiddels op weg zijn naar eenheid van begrippen, taal en registratie. Dat dit in zijn algemeenheid een lange en bewerkelijke weg is kan niet worden ontkend.

### **5.3 Normen, criteria, standaarden, protocollen**

Om niet te verdwalen in de veelheid aan normen, criteria, standaarden en protocollen die op dit moment binnen de paramedische beroepsgroepen ontwikkeld worden, hanteren we de volgende indeling (NRV, 1986):

- normen ten aanzien van het methodisch technisch handelen
- normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar
- normen ten aanzien de organisatie van de zorgverlening.

In het kader van kwaliteitszorg is de mate van specificiteit van normen van groot belang. Toetsing van kwaliteit is slechts mogelijk indien normen specifiek en concreet zijn (meetbaar) en ondubbelzinnig beoordeeld kunnen worden. Het zal overigens duidelijk zijn dat het bereiken van consensus moeilijker is naarmate normen specifiekere zijn. Hoewel we in deze inventarisatie geen uitspraak over de specificiteit kunnen doen is het zinvol deze overwegingen bij de interpretatie van onderstaande gegevens te betrekken.

#### **Normen ten aanzien van het methodisch technisch handelen**

Bij de normen ten aanzien van het methodisch technisch handelen wordt algemeen een onderscheid gemaakt tussen de inhoud van de behandeling (wat wordt gedaan) en het proces (hoe wordt dit gedaan). Dit onderscheid staat bekend onder het motto:

"Doen we de juiste dingen" en "Doen we de juiste dingen goed?"

De beroepsprofielen van de paramedici bevatten met name normen ten aanzien van het proces, dat wil zeggen de wijze waarop gehandeld wordt (methodisch, zorgvuldig, veilig enzovoorts). In een aantal gevallen zijn deze normen nader geconcretiseerd. Voorbeelden zijn de kwaliteitsstandaarden van de logopedist in de vrije vestiging en in audiologische centra (Lambert e.a. 1991a, 1991b). Voor alle werkvelen waar logopedisten werkzaam zijn zullen dergelijke standaarden ontwikkeld worden. De standaarden bevatten geen criteria ten aanzien van de inhoud van de behandeling bij patiëntencategorieën



c.q. diagnoses. Bij de radiologisch laboranten zullen met name aanvullende eisen ten aanzien van de veiligheid worden geformuleerd (aansluitend bij wetgeving en internationale normen). Ook in het beleidsplan van de ergotherapeuten wordt dit als aandachtspunt genoemd.

Normen ten aanzien van de inhoud van de zorg worden doorgaans vastgelegd in richtlijnen of protocollen. Bij de meerderheid van de paramedici worden plannen in die richting overwogen. Er wordt in dit verband overigens ook wel gesproken van explicitering in plaats van normering. Bij sommige beroepsgroepen worden bij wijze van proef enkele protocollen ontwikkeld (zie hiervoor ook het overzicht in hoofdstuk 8). De diëtisten zijn hierin relatief ver gevorderd. Ter illustratie bespreken we het beleid van de NVD.

#### *Protocollen bij diëtisten*

Binnen de diëtetiek worden op verschillende niveaus protocollen ontwikkeld. Op landelijk niveau is bijvoorbeeld in 1989 het Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie ontwikkeld. In het Academisch Ziekenhuis in Leiden zijn de diëtisten sinds 1989 bezig met de ontwikkeling van protocollen voor de klinische dieetbehandeling. Deze protocollen zijn bedoeld als norm waaraan de dieetbehandelingen in het ziekenhuis moeten voldoen. De Landelijke Werkgroep Diëtisten Nierziekten ontwikkelde protocollen voor dieetbehandeling van patiënten met nierziekten. Een multidisciplinair samengestelde groep ontwikkelde educatie-protocollen voor vier categorieën patiënten met diabetes mellitus type II. Ook is een zestal dieetbehandelingsprotocollen ontwikkeld voor de dieetbehandeling in de thuiszorg. De NVD volgt drie beleidslijnen bij de protocolontwikkeling, ondersteunen, uniformeren, en uitvoeren. Ondersteunen betekent dat de NVD de leden stimuleert zelf protocollen te maken en dit (enigszins) coördineert. Uniformeren betekent dat de NVD normen gaat opstellen en een model gaat maken waaraan een protocol moet voldoen. Een protocol dat aan deze eisen voldoet kan dan eventueel het NVD-keurmerk krijgen. Daarnaast zou de NVD zorg kunnen dragen voor vakinhoudelijke consensusafspraken voor de diverse protocollen. Dan is niet alleen de vorm maar ook de inhoud van het protocol eenduidig. Uitvoeren betekent dat de NVD zelf bovenstaande activiteiten initieert en begeleidt en zorg draagt voor een goede implementatie en evaluatie van de protocollen. Elke beleidslijn heeft consequenties voor de menskracht (tijd en geld) die de NVD moet investeren. Vooralsnog zijn in het beleid van de NVD alle drie de

beleidslijnen opgenomen (Koemans, 1992). Samen met het CBO is intussen een project 'Protocollen en toetsing' gestart.

### **Normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar**

Normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar zijn in de eerste plaats te vinden in de gedragsregels en de ethische codes. Zoals opgemerkt beschikken alle paramedische beroepsgroepen over dergelijke gedragsregels.

Daarnaast zijn regels ten aanzien van de omgang met en de bejegening van de patiënt of cliënt te vinden in modelovereenkomsten met patiënten of patiëntenverenigingen. In de fysiotherapie is in 1991 een modelregeling fysiotherapeut-patiënt van kracht geworden, ondertekend door het KNGF en het LPCP (Landelijk Patiënten en Consumenten Platform). In deze modelregeling zijn o.a. zaken vastgelegd rond minderjarigen, plaatsvervangend beslissen, privacy, dossiervorming, waarneming enzovoorts. De modelregeling verschaft met name aan patiënten duidelijkheid omtrent wederzijdse rechten, plichten en procedures. De modelregeling is op posterformaat aan alle leden verspreid. In de wachtkamer kunnen patiënten hier kennis van nemen (Eijkeren, KNGF, 1991).

### **Normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening**

Normen ten aanzien van de organisatie van de zorgverlening hebben betrekking op de praktijkvoering, de organisatie van de praktijk zoals bereikbaarheid, waarneming en continuïteit. Dit geldt niet alleen voor zelfstandig gevestigden maar ook voor paramedische diensten of afdelingen in ziekenhuizen of instellingen. Bij de meerderheid van de paramedische beroepsgroepen is ontwikkeling van dergelijke normen in gang gezet. In het kader van het PACE-project (Proefproject Accreditatie Ziekenhuizen) zijn normen voor afdelingen of diensten ontwikkeld binnen de diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, en bij de radiologisch laboranten de radiodiagnostiek en de nucleaire geneeskunde. De NVD is bezig met de implementatie van deze normen in de beroepsgroep. We zullen dit voorbeeld ter illustratie bespreken. Ook de NVE acht dit van belang. Binnen de ergotherapie zullen regels voor de praktijkinrichting vastgesteld worden. Voor de oefentherapeuten Cesar en Mensendieck worden op dit moment richtlijnen voor de praktijk ontwikkeld. Voor podotherapeuten bestaan dergelijke richtlijnen. In de fysiotherapie worden (door alle verenigingen samen) in 1994 kwaliteitseisen voor de praktijkvoering ontwikkeld, extra- en intramuraal.

De paramedische beroepen kenden doorgaans al minimumeisen voor de praktijkvoering in overeenkomsten met verzekeraars. Ook

wettelijke regelingen bevatten eisen ten aanzien van de praktijkinrichting (bijvoorbeeld de ARBO wet, de WET BIG en de Milieu Wetgeving).

#### *Normering in het kader van het PACE-project*

Binnen de NVD worden de kwaliteitsnormen voor een afdeling diëtetiek die binnen het PACE-project ontwikkeld zijn geïmplementeerd in de gehele beroepsgroep. Deze normen betreffen o.a. het beleid en de organisatie, de procesbeheersing de deskundigheidsbevordering en de opleiding. De normen hebben een abstract karakter. In de normen wordt gesteld 'wat' geregeld moet zijn, en niet 'hoe' dat geregeld moet zijn. Een voorbeeld: "de tijd die mag liggen tussen het verwijzen van de patiënt en het bezoek van de diëtist hoort beschreven te zijn'. Afdelingen of diëtisten kunnen zelf invullen hoeveel uren of dagen dit zijn. Een andere norm is dat er 'een deskundigheidsbevorderingsplan' moet zijn. Ook daar moet de afdeling zelf nadere invulling aan geven.

De normen zijn aanvankelijk ontwikkeld binnen de dienst diëtetiek van het Academisch Ziekenhuis in Leiden. De normen blijken echter ook goed van toepassing te zijn voor kleine en grote afdelingen diëtetiek in instellingen en kruiswerk, zowel met een grote als kleine formatie. De NVD is nu bezig om deze normen in de beroepsgroep te implementeren. Inmiddels zijn de normen in brede kring bediscussieerd en zijn de reacties verzameld en verwerkt. De volgende stap is het bereiken van consensus over de bijgestelde normen.

Samenvattend kan gesteld worden dat binnen de paramedische beroepen met name normen bestaan ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar. Normen ten aanzien van het proces van zorgverlening en de praktijkvoering zijn veelal in ontwikkeling. Normen ten aanzien van de inhoud van behandeling of zorg zijn, met uitzondering van de diëtetiek, doorgaans nog niet ontwikkeld.

## **5.4 Toetsing en kwaliteitsmanagement**

In deze paragraaf bespreken we verschillende vormen van toetsing en experimenten op het gebied van kwaliteitsmanagement. Ook wordt kort ingegaan op externe beoordeling.

Bij de paramedici wordt met een aantal toetsingsmethoden gewerkt waarvan 'intercollegiale toetsing' de bekendste is. Daarnaast bestaat afdelingsgebonden toetsing, praktijktoetsing en visitatie. Met name binnen intramurale settings is ook het toezicht van afdelingshoofden

of directie een vorm van toetsing. Naast deze vormen van toetsing ontstaan - mede door de kwaliteitsontwikkelingen in instellingen - in toenemende mate ook andere initiatieven op het gebied van kwaliteitszorg. We bespreken die onder de noemer van kwaliteitsmanagement. Soms zijn daar ook externe partijen, in casu verzekeraars, bij betrokken. Tot slot gaan we kort in op externe beoordeling door inspectie en verzekeraars.

Toetsing heeft als doel de kwaliteit te verhogen door verbeteringen aan te brengen bij geconstateerde tekortkomingen. Toetsing staat of valt met de bereidheid kritisch naar het eigen werk te willen en durven kijken. Toetsing is geen doel op zich maar een middel. Het doel is kwaliteitsverhoging.

Nog in geen enkele beroepsgroep in de gezondheidszorg is toetsing een regulier en vanzelfsprekend onderdeel van de beroepsuitoefening. Een uitzondering vormen apothekers en chirurgen. Apothekers hanteren zo'n systeem al 15 jaar. Chirurgische maatschappen worden sinds 3 jaar periodiek geëvalueerd door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (het is dus niet eenmalig maar wordt om de paar jaar steeds herhaald) (NVvH, 1993).

Ook bij paramedici zijn nog geen beroepsgroepen waarbij de meerderheid van de beroepsgroep aan toetsing deelneemt. Wel zijn met name door het CBO voor veel beroepsgroepen toetsingsmethoden ontwikkeld en wordt op veel plaatsen geëxperimenteerd met vormen van toetsing. Ter illustratie zullen we een aantal voorbeelden bespreken.

#### *Intercollegiale toetsing*

Bij intercollegiale toetsing worden toetsingsgroepen gevormd die regelmatig bij elkaar komen. Binnen zo'n groep beoordelen collega's elkaars werk aan de hand van criteria en geven elkaar feedback. Belangrijk is dat men zich binnen zo'n groep niet bedreigd voelt en de bereidheid bestaat om het eigen werk kritisch onder de loupe te nemen. Bij intercollegiale toetsing wordt een vaste methode gevolgd die de kwaliteitskringloop weerspiegelt (Hartog, 1993):

- 1) men kiest een onderwerp
- 2) men formuleert criteria
- 3) men verzamelt gegevens over de feitelijke werkwijze
- 4) men toetst of de feitelijke werkwijze overeenkomt met de criteria
- 5) bij tekortkomingen verandert men de werkwijze en via hertoetsing wordt nagegaan of de verandering tot het gewenste resultaat heeft geleid. Daarna wordt een nieuw onderwerp aangepakt.

De 'zwaarte' van de toetsing hangt af van de keuzes die men in de eerste drie stappen maakt (Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994).

Stap 1 de onderwerpkeuze: de vraag 'wat' wordt getoetst is van belang. Dit kan variëren van de inrichting van de wachtkamer tot de inhoudelijke behandeling van (categorieën) patiënten. In zijn algemeenheid zijn onderwerpen die het proces van zorgverlening betreffen minder moeilijk en minder bedreigend dan onderwerpen die ook de inhoud van de behandeling betreffen (Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994).

Stap 2 criteria: formuleert men in de groep zelf de criteria waaraan getoetst wordt of gaat men uit van formele criteria, zoals die bijvoorbeeld zijn vastgelegd in (landelijke) standaarden of protocollen? Diëtisten en logopedisten zullen dit laatste doen.

Stap 3 gegevensverzameling: wordt al dan niet gebruik gemaakt van feitelijke c.q. harde gegevens? Logopedisten streven naar het gebruik van feitelijke gegevens.

De voor- en nadelen van al deze varianten kunnen per situatie verschillen. Op dit moment zijn alle varianten te zien. Bij de Oefentherapeuten Mensendieck zal toetsing een ander karakter krijgen en wordt een directe verbinding gelegd met deskundigheidsbevordering. Het plan is om themagerichte informatiepakketten samen te stellen die de 'oefengroepen' in hun bijeenkomsten kunnen gebruiken. Het wordt een vorm van permanente educatie (NVOM, 1992).

Het effect van toetsing tenslotte is afhankelijk van de mate waarin men ook daadwerkelijk veranderingen in zijn of haar werkwijze aanbrengt.

#### *Afdelingsgebonden toetsing*

Voor de intramurale fysiotherapie is een methode voor afdelingsgebonden toetsing ontwikkeld (Hartog, 1992,1993). De bedoeling is dat deze vorm van toetsing in alle diensten fysiotherapie van ziekenhuizen en instellingen geïmplementeerd wordt. De toetsingsgroepen werken niet met formele criteria maar kiezen hun eigen onderwerpen of problemen, afhankelijk van de specifieke situatie. De onderwerpen die gekozen worden blijken met name op organisatorisch gebied te liggen omdat daarin de meeste knelpunten ervaren worden (Hartog,1992).

Fysiotherapeuten uit intramurale settingen worden door het CBO getraind zodat zij als projectleider binnen een instelling een toetsingsproject kunnen gaan begeleiden. Op dit moment is niet bekend op welke schaal deze vorm van toetsing plaatsvindt.

### *Praktijktoetsing*

In de orthoptie wordt een methode van kwaliteitsbewaking en -bevordering ontwikkeld die zowel normering als toetsing omvat. Er wordt gewerkt volgens de spiraalmethode van Norma Lang. Deze methode kent de volgende stappen:

1. Keuze van het onderwerp. Als eerste onderwerpen zullen knelpunten aangepakt worden die zich herhaaldelijk in de orthoptische praktijk voordoen. Een visitatiecommissie zal in een aantal praktijken knelpunten inventariseren.
  2. Vaststellen van criteria. Voor het vaststellen van criteria gelden de RUMBA-eisen, te weten Relevant, Understandable, Measurable, Behavioural, Attainable.
  3. Verzamelen van gegevens. Er worden gegevens verzameld over de werkelijke gang van zaken. Dit kan in de praktijk zelf maar ook via enquêtes, interviews, visitatie enzovoorts.
  4. Toetsen. De daadwerkelijke situatie wordt vergeleken met de wenselijke situatie.
  5. Veranderplan. Het veranderplan kan een aanpassing zijn van het behandelprotocol, maar als de criteria niet realistisch zijn moeten deze worden aangepast.
  6. Toetsen van het veranderplan. In deze fase wordt gekeken of er daadwerkelijk en meetbaar sprake is van kwaliteitsbevordering. Hierna wordt een nieuw onderwerp gekozen. Deze werkwijze leidt tot een geleidelijke uitbreiding van de normen en criteria (NVvO, 1993)
- Het zal duidelijk zijn dat deze Norma Lang methode in essentie dezelfde stappen bevat als intercollegiale toetsing. Dit geldt ook voor kwaliteitskringen, kwaliteitscirkels en kwaliteitsprofielen zoals wij in 1992 beschreven hebben (Sluijs en de Bakker, 1992).

### *Toetsing door afdelingshoofd/directie*

In situaties waarin sprake is van hiërarchische verhoudingen zal het werk regelmatig worden beoordeeld door het afdelingshoofd of andere personen die hiervoor verantwoordelijk zijn. Bij de radiologisch laboranten zijn bijvoorbeeld de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van laboranten, specialist, stralingsfysicus e.a. expliciet geregeld in de 'Verantwoordelijkheidsstructuur' (NVRL, 1992). In veel ziekenhuizen en instellingen bestaat ook een systeem van functioneringsgesprekken, waarbij het functioneren van medewerkers regelmatig wordt geëvalueerd. Het doel daarvan is "het bevorderen van het goed en doelmatig functioneren van de medewerker waardoor de kwaliteit van het werk en de motivatie van de medewerker toeneemt" (Gamma, 1991). Een systeem van functioneringsgesprekken

wordt algemeen beschouwd als een van de deelsystemen om de kwaliteit van het werk te beoordelen en te verhogen.

### *Kwaliteitsmanagement*

In het veld zelf wordt op dit moment op diverse plaatsen geëxperimenteerd met wat we aanduiden als kwaliteitsmanagement (of kwaliteitszorg). Paramedische afdelingen in instellingen maken bijvoorbeeld kwaliteits(werk)plannen die systematisch uitgevoerd en geëvalueerd worden. Ook zelfstandig gevestigden ontwikkelen op lokaal en regionaal niveau diverse kwaliteitsbewakende activiteiten, in een aantal gevallen in nauw overleg met en soms zelfs gefinancierd door verzekeraars. Ter illustratie bespreken we enkele voorbeelden.

*Diëtisten:* In een afdeling diëtiek van een ziekenhuis is een aantal kwaliteitsverhogende maatregelen genomen na een organisatieonderzoek van de afdeling. De knelpunten lagen vooral in de samenwerking met de medisch specialisten en de informatie-uitwisseling. Op basis van een analyse van de knelpunten werd geconstateerd dat de diëtisten teveel van de artsen en het management verwachten en zelf te weinig initiatieven op organisatorisch gebied ontplooiden. Op grond daarvan heeft de afdeling o.a. het takenpakket opnieuw afgebakend, de contacten met verpleegkundigen en paramedici gestructureerd, de poliklinische activiteiten beperkt tot nauw omschreven patiëntencategorieën en bovendien werd een aantal taken afgestoten naar de koks. Het kritisch naar eigen functioneren kijken heeft kortom tot structurele kwaliteitsverbeteringen geleid (Jonge, 1990).

*Fysiotherapeuten:* In een aantal regio's worden overeenkomsten met verzekeraars aangegaan waarin eisen tot kwaliteitsbewaking en kwaliteitstoetsing zijn opgenomen (Coolman, 1990; Taverne 1990; Wiegant 1993). In onderling overleg met de verzekeraar worden hierover afspraken gemaakt.

In een afdeling fysiotherapie van een ziekenhuis zijn de 'produkten' die men levert opnieuw vastgesteld en gedefinieerd. Met elk team worden jaarlijks kwaliteitsafspraken gemaakt over noodzakelijke kwaliteitsontwikkelingen en daarmee samenhangende voorwaarden zoals gerichte scholing, aanschaf van materiaal en middelen, opstelling en aanpassing van behandelrichtlijnen enzovoorts. Daarnaast zijn er team-overschrijdende activiteiten die projectmatig opgezet zijn. In deze afdeling wordt dus zowel op een structurele als op een projectmatige manier aan kwaliteitsbevordering gewerkt (Rijswijk, 1993).

*Logopedisten:* In een instelling voor gehandicaptenzorg hebben de logopedisten hun werk kritisch onder de loupe genomen en op grond daarvan een aantal kwaliteitsbevorderende maatregelen

doorgevoerd (Slegte en Wiegers, 1992). Aanleiding was de eigen ontevredenheid over de resultaten van logopedie binnen de instelling (het lukte vaak niet of onvoldoende om datgene wat een bewoner zich tijdens de therapie eigen had gemaakt daadwerkelijk toe te passen in de dagelijkse communicatie). En, de herstructurering van de instelling vereiste een nieuwe organisatie van de logopedie. De logopedisten hebben op grond van een zorgvuldige en systematische analyse een aantal structurele verbeteringen doorgevoerd (Slegte en Wiegers, 1992).

#### *Externe beoordeling*

Externe beoordeling kan plaatsvinden door verzekeraars en inspectie en door patiënten of consumentenorganisaties. Over de wijze waarop verzekeraars de kwaliteit (zullen gaan) beoordelen bestaat op dit moment nog veel onduidelijkheid (NRV, 1993; Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994). Het wordt door de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeiling Kwaliteitsbeleid wenselijk geacht dat hierover spoedig duidelijkheid ontstaat en dat de afspraken die hierover op lokaal of regionaal niveau gemaakt worden 'transparant' (lees openbaar) worden gemaakt.

De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid zal - los van de normale taken - steekproefsgewijze beoordelingen uit gaan voeren. De inspectie heeft een toetsingsinstrument voor de fysiotherapie ontwikkeld en zal dezelfde procedure volgen voor de overige paramedische beroepsgroepen (Hermans, 1993). De inspectie zal niet zelf normen en criteria voor de kwaliteit opstellen maar kijkt in hoeverre de gedragsregels en de richtlijnen die door de beroepsgroep zelf ontwikkeld zijn in de praktijk worden nageleefd. Het is 'toezicht op de wijze waarop het veld zelf de kwaliteit van de zorgverlening bewaakt' (Hermans, 1993). De inspecteur zal o.a. de volgende zaken aan de orde stellen: de organisatie van de zorg, de voorwaarden voor een goede zorgverlening, de garantie voor het op peil houden van de deskundigheid, ethische en cliëntgerichte aspecten, enzovoorts. De gegevens die de inspectie op deze wijze verzamelt zullen geanonimiseerd gerapporteerd worden aan de beroepsvereniging. Op deze wijze krijgt de beroepsgroep feedback over een aantal zaken die zij zelf in werking heeft gezet.

Het toetsingsinstrument zal in de toekomst steeds een actualisering ondergaan. Momenteel ligt de nadruk op het verkrijgen van inzicht in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, in een latere fase zal vooral gekeken worden naar de werking van de ontwikkelde systemen.



## 5.5 Implementatie

Met implementatie wordt bedoeld het daadwerkelijk invoeren van ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten. Dit kunnen zowel richtlijnen en protocollen zijn als vormen van toetsing. Bij implementatie gaat het om de vraag hoe individuele beroepsbeoefenaren zo gestimuleerd en gemotiveerd kunnen worden dat zij hun gedrag in de gewenste richting veranderen. Het is een vorm van gedragsverandering. Zowel bij instellingen als bij beroepsbeoefenaren wordt implementatie als een probleem ervaren. Tot nu toe zijn er geen implementatiemethoden die hun effectiviteit hebben bewezen. Wel is inmiddels het een en ander bekend over condities die implementatie belemmeren dan wel vergemakkelijken (Barnhoorn en Walda, 1992; Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994).

Bij alle paramedische beroepsgroepen is implementatie een punt van aandacht in hun kwaliteitsbeleid. In de voorwaardenscheppende sfeer hebben fysiotherapeuten en diëtisten de volgende initiatieven genomen.

Bij diëtisten wordt actief gewerkt aan de implementatie van het 'Voedingsadvies bij diabetes mellitus' bij zowel diëtisten als kaderleden van de Diabetes Vereniging Nederland. Hiervoor zijn financiële middelen beschikbaar gesteld door de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Ten behoeve van de implementatie zullen nascholingen georganiseerd worden waarin diëtisten en kaderleden van de Diabetes Vereniging Nederland gezamenlijk participeren. Het plan is cursussen van drie dagdelen te geven aan kleine groepen (15 deelnemers) op regionaal niveau. Door het land heen zullen 50 tot 70 cursussen gegeven worden.

Daarnaast wordt een evaluatie uitgevoerd naar de implementatie van het dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie. In het onderzoek zal worden nagegaan in welke mate de richtlijnen uit het dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie momenteel ingang gevonden hebben en in welke mate wordt aangesloten bij de ontwikkelingen nadien. Daarnaast wil men inzicht krijgen in de factoren die het gebruik van de richtlijnen in de praktijk van diëtisten bevorderen of belemmeren. De inzichten moeten ook een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van het protocollenbeleid van de NVD.

In de fysiotherapie wordt sinds 1992 gewerkt aan het verbeteren van de infrastructuur. Er zijn regio's, afdelingen en kadergroepen gevormd. Doel hiervan is goede communicatiekanalen binnen de

vereniging te creëren zodat informatie (en nieuwe ontwikkelingen) op een duidelijke en snelle manier doorgegeven kunnen worden. Er is inmiddels een netwerk van kadergroepen ontstaan. Deze kadergroepen moeten een belangrijke rol gaan spelen bij het invoeren van kwaliteitsdeelsystemen. Hierbij is overigens sprake van een wisselwerking tussen het veld en de vereniging. Enerzijds kunnen de kadergroepen de deelsystemen die binnen de vereniging ontwikkeld zijn invoeren, anderzijds kan de vereniging de systemen die op lokaal of regionaal ontwikkeld worden benutten en verder verspreiden. Het is dus geen eenrichtingsverkeer. De kadergroepen zullen gerichte trainingen en ondersteuning krijgen van het KNGF.

## 5.6 Conclusies

Ten aanzien van de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt veel energie gestoken in activiteiten in de voorwaardenscheppende sfeer. Enerzijds wordt hard gewerkt aan classificatie- registratie- en informatiesystemen. Anderzijds wordt gewerkt aan de normering van de beroepsuitoefening. Kwaliteitsdeelsystemen, met name in de vorm van intercollegiale toetsing, worden ontwikkeld en op kleine schaal (experimenteel) toegepast. De volgende gemeenschappelijke ontwikkelingen kunnen worden genoemd:

- Bij de meerderheid van de paramedische beroepsgroepen wordt gewerkt aan eenduidige classificatie van o.a. diagnoses, behandeldoelen en verrichtingen. Voor de paramedische bewegingsgroepen wordt een vergelijkbaar systeem voor vijf beroepsgroepen ontwikkeld door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Dit blijkt een niet geringe opgave te zijn die nog enige tijd in beslag zal nemen.
- Enkele paramedische beroepsgroepen zijn op experimentele basis bezig met geautomatiseerde registratie van behandelgegevens. Het ontwikkelen van registratie- en informatie-systemen en het coördineren van de automatisering binnen een beroepsgroep zijn gemeenschappelijke aandachtspunten. Hoewel tamelijk onzichtbaar zijn dit complexe activiteiten die veel tijd en energie vereisen.
- Bij normering van de beroepsuitoefening kan onderscheid gemaakt worden in normering op drie gebieden:
  - a) het methodisch technisch handelen

- b) de attitude van de beroepsbeoefenaar
- c) de organisatie en continuïteit van de zorgverlening.

In grote lijnen is de stand van zaken als volgt:

- a) Ten aanzien van het methodisch handelen worden veel normen ontwikkeld met betrekking tot het proces van zorgverlening, dat wil zeggen de wijze waarop de zorg wordt verleend. Normen ten aanzien van de inhoud van de behandeling zijn zeer schaars. Diëtisten vormen hierop een uitzondering.
  - b) Normen ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaar zijn vastgelegd in de gedragsregels. Bij enkele beroepsgroepen worden deze gedragsregels nader gespecificeerd en geconcretiseerd.
  - c) Normen ten aanzien van de organisatie en continuïteit (o.a. de praktijkinrichting) zijn bij veel beroepsgroepen in ontwikkeling.
- In hoeverre de normen en criteria die op dit moment ontwikkeld zijn of worden voldoende specifiek en concreet zijn om aan de hand daarvan toetsingen te kunnen uitvoeren valt op grond van deze inventarisatie niet te zeggen.
  - Toetsing van de beroepsuitoefening heeft op dit moment nog een experimenteel karakter. De methode van intercollegiale toetsing wordt op dit moment voor veel paramedische beroepsgroepen vertaald naar en aangepast aan de specifieke beroepsuitoefening van elke beroepsgroep. Implementatie vindt nog niet op grote schaal plaats.
  - In het veld zelf wordt geëxperimenteerd met diverse andere methoden van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement. Dit gebeurt zowel binnen instellingen alsook op lokaal of regionaal niveau. Het lijkt zinvol deze ontwikkelingen nauwgezet te volgen om te onderzoeken of dergelijke methoden wellicht in de toekomst breder toepasbaar zijn en om de wisselwerking tussen veld en beroepsorganisatie te bevorderen.
  - Ten aanzien van externe beoordeling is het nog onduidelijk welke rol de verzekeraars (gaan) spelen. Duidelijkheid hierover is dringend gewenst. De Inspectie heeft inmiddels een toetsingsmethode ontwikkeld die voor alle paramedische beroepsgroepen ingevoerd gaat worden.
  - Implementatie is nog onderontwikkeld.



## 6. DIFFERENTIATIE EN SPECIALISATIE

### 6.1 Inleiding

De paramedische beroepen kennen op dit moment geen specialisten, vergelijkbaar met de specialisten in medische beroepen. Er is wel sprake van differentiatie binnen de beroepen op basis van de specifieke settingen waarin men werkt of specifieke patiëntencategorieën die behandeld worden. In dit hoofdstuk gaan we hier kort op in.

### 6.2 Differentiatie en specialisatie

In het kader van kwaliteitsbeleid zijn ten aanzien van differentiatie en specialisatie de volgende vragen van belang:

- 1) Vereist het werken in een bepaalde setting of met bepaalde patiëntencategorieën extra deskundigheden en welke zijn dat?
- 2) Hoe kan men deze aanvullende deskundigheden verwerven? Welke ervaring of nascholing is daarvoor vereist?
- 3) Hoe kan bewaakt worden dat paramedici die in deze specifieke settingen of met specifieke patiëntencategorieën werken de vereiste deskundigheid verwerven en deze ook in praktijk brengen?

De eerste vraag is al door veel paramedische beroepsgroepen beantwoord. Zoals hiervoor al aan de orde kwam zijn beroeps- of functieprofielen gemaakt voor de diverse settingen waarin de paramedici werkzaam zijn. Bijvoorbeeld voor ziekenhuizen, verpleeghuizen, onderwijs, bedrijven enzovoorts. Ditzelfde geldt voor het werken met specifieke patiëntencategorieën zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten, kinderen, zwangeren, ouderen enzovoorts. Dit geldt zowel voor ergotherapeuten, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten, en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Bij de laboranten bestaan beroepsprofielen voor diagnostisch en therapeutisch laborant. Jongere beroepsgroepen zoals orthoptisten en podotherapeuten kennen in zijn algemeenheid nog weinig differentiatie.

Het verwerven van aanvullende deskundigheden gebeurt via specifieke nascholing. Binnen de fysiotherapie bestaan deelverenigingen die eisen ten aanzien van de gevolgde nascholing stellen. Men kan

alleen lid van de vereniging worden indien men deze nascholing heeft gevolgd.

Voor het bewaken van de vereiste deskundigheid geiden in feite dezelfde instrumenten die hiervoor in dit rapport besproken zijn. Enkele deelverenigingen in de fysiotherapie hanteren daarnaast eigen systemen die we ter illustratie kort bespreken.

De Vereniging van Manuele Therapie hanteert een systeem van herregistratie. Men wordt alleen geregistreerd indien men erkende nascholing heeft gevolgd en men wordt alleen geherregistreerd indien men verplichte nascholing heeft gevolgd.

De Vereniging voor Fysiotherapie in de Pre- en Postnatale gezondheidszorg hanteert een vorm toetsing waarbij het lesgeven van de fysiotherapeut daadwerkelijk wordt geobserveerd en waarbij aanbevelingen voor na- of bijscholing worden gedaan op grond van deze observaties (van Dijk, 1993). Het doel is kwaliteitsverbetering van het individuele handelen, intercollegiale uitwisseling en afstemming van werkwijzen en opsporen van nascholingsbehoeften voor het beleid van de Vereniging. Bij deze observaties worden geen objectieve normen gehanteerd maar er wordt uitgegaan van de eigen doelstellingen en de specifieke situatie van de fysiotherapeut (van Dijk, 1993).

Binnen de fysiotherapie wordt al jarenlang een verbijzonderingenbeleid gevoerd en is zeer uitgebreid gediscussieerd over de wenselijkheid van specialisatie. In 1993 is besloten het beleid richting specialisatie voorlopig 'in de ijskast' te zetten. Er zal eerst gewerkt worden aan een profilering en duidelijke omschrijving van de 'algemeen-fysiotherapeut'. Dit betekent dat helder afgebakend gaat worden wat de deskundigheden van de algemeen fysiotherapeut zijn en wat wel en niet tot het domein van de fysiotherapie behoort. Hoewel sommige leden van mening zijn dat het model van de fysiotherapeut-specialist op den duur werkelijkheid zal worden, acht men de tijd daar nu nog niet rijp voor (Wiegant, 1993).

### **6.3 Conclusies**

Het beleid van veel paramedische beroepsgroepen is erop gericht de specifieke deskundigheden te expliciteren die voor differentiaties binnen het beroep vereist zijn.

Het beleid is op dit moment niet gericht op het invoeren van paramedische specialisten. Getracht wordt veeleer de eigen identiteit en eenheid van het beroep zichtbaar te maken.





## 7. OVERZICHT PER BEROEPSGROEP

### 7.1 Inleiding

De vorige hoofdstukken bevatten in grote lijnen een bespreking van de voorwaardenscheppende activiteiten en de kwaliteitsdeelsystemen bij de paramedische beroepsgroepen. In het voorgaande is met name gekeken naar gemeenschappelijke lijnen en ontwikkelingen. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van literatuur en documenten met betrekking tot kwaliteitsbeleid, voorwaardenscheppende activiteiten en kwaliteitsdeelsystemen voor elke beroepsgroep afzonderlijk. Het overzicht kan zichtbaar maken waar binnen elke beroepsgroep accenten liggen en welke ontwikkelingen in gang zijn gezet.

In het overzicht wordt onderscheid gemaakt in literatuur met betrekking tot voorwaardenscheppende factoren en literatuur met betrekking tot kwaliteitsdeelsystemen.

Als indeling wordt de hoofdstukkenindeling van dit eerste deel van het rapport aangehouden. Dit betekent dat achtereenvolgens aan de orde komen:

- in paragraaf 7.2 kwaliteitsbeleid en professionalisering
- in paragraaf 7.3 opleiding, bij- en nascholing
- in paragraaf 7.4 bevoegdheid en titelbescherming
- in paragraaf 7.5 beroepsuitoefening
- in paragraaf 7.6 differentiatie en specialisatie.

## 7.2 Literatuur m.b.t. Kwaliteitsbeleid en professionalisering

- Diëtisten *Beleid*  
Nederlandse Vereniging van Diëtisten actief in Kwaliteit. Oss, NVD, 1992  
Nota Kwaliteit binnen de Diëtetiek. Werkgroep Kwaliteitsaspecten, 1989.  
*Professionalisering*  
Zander M. Professionalisering van het beroep diëtist. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 42, 1987, 243-244.
- Ergotherapeuten *Beleid*  
Beleidsnota NVE 1993. Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1993  
*Professionalisering*  
Boersen, G., Ensing J., Floothuis M e.a. Het professionaliseren van het beroep Ergotherapie als zijnde een vrouwenberoep. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie, 16, 1988, 6, 197-202.
- Fysiotherapeuten *Beleid*  
Raamwerknota beleid KNGF. KNGF, Amersfoort, 1989.  
Beleidsplan KNGF 1994. KNGF, Amersfoort, 1993.  
Visie op Fysiotherapie. KNGF, LVFD, VVF, Amersfoort, 1992.  
Rijswijk H. Fysiotherapie in een academisch ziekenhuis. Fysiopraxis nr. 10, pag. 24-27, juni 1993.  
*Professionalisering*  
Helders PJM. Professionalisering van de fysiotherapie. Fysiovisie, november 1989, 5-8
- Logopedisten *Beleid*  
Mondelaers B.J.E. Masterplan geeft richting. Kwaliteit in Beeld, 1993, 1, 11-12.  
Kwaliteitsbevordering in de Logopedie (intern rapport). Gouda, NVLF, 1991.  
Beleidsnota Kwaliteit en Logopedie. Algemeen kader voor Kwaliteitsbevordering in de Logopedie.  
Machiels MB. Oprichting Stichting Kwaliteitsbevordering Logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 265-266.  
*Professionalisering*  
Buitenhuis CJ. Professionaliseren van het beroep logopedist. Logopedie en Foniatrie 1989; 61: 2-6.  
Zeeuw SSM de, de Jong CV. Professionalisering van logopedie in ziekenhuizen. Logopedie en Foniatrie 1989; 61: 26-28.  
Nimwegen H van, van Snellenberg JANM. Logopedie en kwaliteit: professionalisering of personaliseren. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 242-247.  
Mondelaers BJE. Professionaliseren in de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 248-253.  
Eelman H. De beroepsorganisatie in een nieuw tijdperk. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 254-258.  
Stet MA. Het professionaliseringsproces in de logopedie. De januskop van de logopedist. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 258-263.  
Versteegh-Vermeij EH. Professionalisering. Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 228-231.

- Mondhygiënist *Beleid*  
 Concept beleidsplan. Utrecht, NVM, 1993  
 Herk-van Dool A. van. Kwaliteit in beeld voor de NVM. NVM Tijdschrift 4, 1993, 134-135.  
 Bering R. Waarom werken aan kwaliteit. NVM Tijdschrift 4, 1993, 136-138.  
 Ruiter-Mooring E. de. Kwaliteit nader beschouwd. NVM Tijdschrift 4, 1993, 139-141.  
 Poorterman J. Kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlener. NVM Tijdschrift 4, 1993, 142-144.  
 Schevikhoven W.O.B. van. Kwaliteit in beeld. Ned. Tandartsenblad 48, 1993, 17, 789-793.
- Oefentherapeuten *Beleid*  
 Cesar  
 Beleidsplan 1993. Utrecht, VBC, 1993  
 Professionalisering  
 Professionalisering bedrijfsvoering VBC en NVOM (project i.s.m. Hanze Hogeschool Groningen) VBC, NVOM, 1993 (in ontwikkeling)
- Oefentherapeuten *Beleid*  
 Mensendieck  
 Beleidsplan NVOM 1992-1995. Utrecht, NVOM, 1992  
 Professionalisering  
 Professionalisering bedrijfsvoering VBC en NVOM (project i.s.m. Hanze Hogeschool Groningen) VBC, NVOM, 1993 (in ontwikkeling)
- Orthoptisten *Beleid*  
 Nota Kwaliteit in de Orthoptie. Zoetermeer, Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, 1991  
 Kwaliteitsbevordering in de orthoptie. Zoetermeer, Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, 1993  
 Beleidsplan NVvO. NVvO, Zoetermeer, 1993.
- Podotherapeuten -
- Radiologisch laboranten *Beleid*  
 Beleidsplan NVRL. Utrecht, NVRL, 1993  
 Notitie Kwaliteit NVRL. Utrecht, NVRL, 1993.  
*Professionalisering*  
 Engelen C.H.M.G. Professionalisering, een zaak van Radiologisch Laboranten. Gamma, 41, 1991, 1, 21-24.

## 7.3 Opleiding, bij- en nascholing

### Voorwaardenscheppende activiteiten

Diëtisten	Criteria waaraan nascholing moet voldoen. Vastgesteld in 1991. NVD, 1991 Overeenkomst Nederland-Amerika. Internationale erkenning van de Nederlandse Diëtist. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 48, 1993, 7, 156-157.
Ergotherapeuten	Bruggen H.van, W.de Vries-Kempes. Internationalisering in het Ergotherapie- onderwijs. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie, 20, 1992, 3, 96-101. Project: Ontwikkeling modulair onderwijsmateriaal m.b.t. kwaliteitszorg voor de opleidingen ergotherapie. NVE, CBO, Opleidingen Amsterdam en Heerlen (in ontwikkeling).
Fysiotherapeuten	Regulering van na- en bijscholing. Discussienota KNGF. Fysiovisie, oktober 1990, 4-8. Voortgang project regulering van (verplichte) na- en bijscholing. J.van Eijkeren. FysioPraxis april 1992, nr 1 20-21
Logopedisten	-
Mondhygiënisten	-
Oefentherapeuten Cesar	Luynenburg-Kroes P.E. Herstructurering Mensendieck opleiding. Ned. Tijds. v. Oefentherapie Mensendieck 52, 1991, mrt, 16-17
Oefentherapeuten Mensendieck	-
Orthoptisten	-
Podotherapeuten	-
Radiologisch Laboranten	Veranderingen in opleiding? Gamma, 43, 1993, 8/9, 212-214. Project: Samenwerking en regulering bij- en nascholing. Gamma, 42, 1992, 3, 84. Heine - van Oosterum B.A.M.J. ter. Opleiding. De opleiding tot radiodiagnos- tisch laborant: een nieuwe aanpak. Gamma, 40, 1990, 12, 309-313. Haan N. de. Stralingshygiëne. Deskundigheidsniveau's en erkenning van opleidingen. Gamma, 41, 1991, 1, 6-12. Project: Het ontwikkelen van een verantwoord onderwijsaanbod kwaliteitszorg dat inpasbaar is in onderwijsactiviteiten. NVRL, CBO (in ontwikkeling). Samenwerkingsverband NVRL, VORL, Raad BRL. (Vereniging van opleidings- instituten voor Radiologisch Laboranten en Raad Beroepsopleiding Laboran- ten).

### Kwaliteits(deel)systemen

Fysiotherapeuten In ontwikkeling: accreditering van bij- en nascholing. KNGF, 1994.

## 7.4 Titelbescherming / bevoegdheid

### Voorwaardenscheppend

Diëtisten	Beroepsprofiel diëtist. Beroeps(opleidings-)profielen. Oss, NVD, 1991 Beroepscode en Gedragsregels voor de Diëtist. NVD, 1991 Deskundigheidsomschrijving (in ontwikkeling)
Ergotherapeuten	Beroepsprofiel Ergotherapeut, NVE, 1985/1988. Beroepscode voor de Ergotherapeut. NVE, 1993. Code of Ethics van de COTEC en WFOT. Deskundigheidsbeschrijving (eindtermen opleiding)
Fysiotherapeuten	Beroepsomschrijving Fysiotherapeut. Amersfoort, KNGF, 1990. Deskundigheidsomschrijving Fysiotherapeut. Amersfoort, KNGF, 1991. Beroepsethiek Fysiotherapeut. Amersfoort, KNGF, 1990. Gedragsregels voor fysiotherapeuten. Amersfoort, KNGF, 1989. Gezamenlijk reglement tuchtrechtspraak van het KNGF, VVF en VMFV. Amersfoort, KNGF, 1990.
Logopedisten	Beroepsprofiel Logopedist. Gouda, NVLF, 1991. Beroepscode voor Logopedisten. Gouda, NVLF, 1992. Deskundigheidsomschrijving van de logopedist Eindtermen van de opleiding
Mondhygiënist	Beroepsprofiel Mondhygiënist (1990). Beroepscode en gedragsregels Deskundigheidsomschrijving
Oefentherapeuten Cesar	Beroepsprofiel Oefentherapeut Cesar (1988, wordt geactualiseerd). Ethische code VBC. Deskundigheidsomschrijving
Oefentherapeuten Mensendieck	Beroepsprofiel Oefentherapeut Mensendieck (1993) Deskundigheidsomschrijving Gedragsregels Oefentherapeuten Mensendieck (incl Commissie van Toezicht en Commissie van Beroep), Utrecht, NVOM, 1993
Orthoptisten	Beroepsprofiel Orthoptist. NVvO/GOB, 1988 Deskundigheidsomschrijving Orthoptist. Zoetermeer, NVvO, 1991 Beroepscode en gedragsregels Orthoptisten. Zoetermeer, NVvO, 1992
Podotherapeuten	Beroepsprofiel Podotherapeut (1990) Beroepsethiek (opgenomen in de Statuten en Huishoudelijk reglement van de NVvP) Deskundigheidsomschrijving
Radiologisch Laboranten	Beroepsprofiel Radiodiagnostisch Laborant. NVRL, 1992 Beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant. NVRL, 1992 Deskundigheidsomschrijving (in ontwikkeling) Beroepscode

## Kwaliteits(deel)systemen

Fysiotherapeuten Tuchtrechtspraak

## 7.5 Beroepsuitoefening

### Voorwaardenscheppende activiteiten

#### a. Registratie, classificatie, informatiesystemen

- Diëtisten      Project: Kennissysteem voor Diëtisten (in ontwikkeling) NVD, TNO-ITV.  
Project: Diëtisten Informatie Systeem (in ontwikkeling). NVD, Centrum voor Beroepsinnovatie, Nijmegen.
- Ergotherapeuten      Project: Classificatie en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen (in uitvoering) SWSF, Amersfoort.  
Heerkens Y.F. e.a. Voorstel voor aanpassing van de Classificaties 'stoornissen' en 'beperkingen' uit de ICIDH. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie 20, 1992, 5, 167-..  
Project: Documentatie Informatie en Communicatie Systeem - ergotherapie (in uitvoering) Hogeschool Nijmegen, 1992.  
Documentatiesysteem NVE.
- Fysiotherapeuten      Project: Classificatie en definities van begrippen voor de paramedische bewegingsberoepen (in uitvoering) SWSF, Amersfoort.  
Heerkens YF. Eenheid van taal als voorwaarde voor kwaliteit binnen de fysiotherapie. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 30-36  
Richtlijnen voor Fysiotherapeutische verslaglegging. Amersfoort, KNGF, 1992.  
Reitsma E. Ontwikkelingen registratie. Fysiopraxis nr. 2, pag. 22-23, februari 1993.  
Eijkeren van J. Registratie met het oog op kwaliteitsbeleid. Fysiovisie, pag. 6-7, juni 1991.  
Documentatiecentrum SWSF.
- Logopedisten      Project: Toepassing ICIDH in de Logopedie  
Raaijmakers MF, Dekker J. DE ICIDH in de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 140-145.  
Masterplan kwaliteitsbevordering in de logopedie met als onderdelen:  
Haalbaarheidsonderzoek logopedie informatiemodel en logopedie informatiesysteem  
Project: Ontwikkeling systeembeoordelingsmodel  
Project: LIM, logopedie referentie informatiemodel.  
Project: Standaardontwikkeling.  
Project: Ontwikkeling toepassing logopedie informatiesystemen t.b.v. kwaliteitsbevordering (in uitvoering).  
Project: Ontwikkeling landelijk logopedie registratiesysteem (in uitvoering).  
Logopedie Informatiesysteem t.b.v. Kwaliteitsbevordering (LIS).  
Graetz P. Project 'Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van Kwaliteitsbevordering.' Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 164-171.  
Mondelaers BJE, van Praag W. Kwaliteitsbevordering door toepassing van informatica. Logopedie en Foniatrie 1992; 64: 138-141.  
Schuere LENJM. Registratie van behandelresultaten. Logopedie en Foniatrie 63, 1991, 273-276.
- Mondhygiënist      Project: Registratiesysteem (in ontwikkeling)

Oefentherapeuten Cesar	Classificatieproject Paramedische Bewegingsgroepen. Amersfoort, SWSF (in ontwikkeling). Lievaart - van Capelle W.M.van. Classificaties, een plaag of een zegen in de gezondheidszorg? Cesar Oefentherapie, 24, 1993, 3, 49-52.
Oefentherapeuten Mensendieck	Classificatieproject Paramedische Bewegingsgroepen. Amersfoort, SWSF (in ontwikkeling)
Orthoptisten	-
Podotherapeuten	Classificatieproject Paramedische Bewegingsgroepen. Amersfoort, SWSF. (in ontwikkeling)
Radiologisch Laboranten	-

**b. Normen en criteria** (richtlijnen, standaarden, protocollen, modelregelingen, enz.)

Diëtisten	<p><i>Richtlijnen, standaarden, protocollen</i></p> <p>Bardoel B, Groot G. de, Schreurs A. De dieetbehandeling bij hypercholesterolemie, twee jaar na de cholesterolconsensus. Ned. Tijdschrift Diëtisten, 46, 1991, 1, 2-6</p> <p>Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie. Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Nederlandse Hartstichting, Oss, 1989.</p> <p>Project 'Evaluatie dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie (in ontwikkeling). NVD, Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling, Nijmegen, 1993.</p> <p>Edelbroek-van Schaijk W, Bruijn H de. De ontwikkeling van een algemene standaard voor dieetbehandeling. Ned. Tijdschrift Diëtisten 45, 1990, 163-167.</p> <p>Edelbroek-van Schaijk W, de Bruin H. De ontwikkeling van een standaard voor dieetbehandeling bij NIADM. Ned Tijdschr Diëtisten 1992; 47: 113-117.</p> <p>Bruijn H. de, W.Edelbroek-van Schaik. Standaard voor dieetbehandeling bij niet van insuline afhankelijke diabetes mellitus door de diëtist Hogeschool Nijmegen, Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling, 1991.</p> <p>Boerma M.E. Handboek 'Dieetbehandelingsprotocollen'. P&amp;K Servicebureau (Compliance Consult) (Geen NVD activiteit, op commerciële basis.</p> <p>Consensus Voedingsadvies bij Diabetes Mellitus. VBO, 1992.</p> <p>Consensus Voedselovergevoeligheid. CBO, 1991.</p> <p>Dieetbehandelingsprotocollen bij nierziekten. Academisch Ziekenhuis VU, Amsterdam, 1992.</p> <p>Indemans CGJ, Hollander HJ. De ontwikkeling van dieetbehandelingsprotocollen in het Academisch Ziekenhuis Leiden. Ned Tijdschr Diëtisten 1991; 46: 54-57.</p> <p>Indemans CJG, Radder JK. Een protocollaire, multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van diabetes mellitus type II. Ned Tijdschr Diëtisten 1991; 46: 60-61.</p> <p>Janssen A, Luitingh-van der Veen M, Maessen-Janssen J, van Nispen tot Pannerden L. Stoeltie-Spijker A. Dieetbehandelingsprotocollen bij nierziekten. Ned Tijdschr Diëtisten 1991; 46: 57-60.</p>
-----------	--



Hollands L. Standaarden en diëtetiek. Ned Tijdschr Diëtisten 1990; 45: 160-162.

*Kwaliteitsborgingsnorm*

Concept Kwaliteitsborgingsnorm, waaraan de diëtistenpraktijk moet voldoen (onderdeel van het PACE-project). TNO

*Implementatie*

Project implementatie consensus 'voedingsadvies bij diabetes mellitus'. NVD, 1993.

Boerma, M.E. Protocollen maken? Protocollen waarmaken. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 46, 1991, 3, 63-66.

Ergotherapeuten

*Richtlijnen, standaarden, protocollen*

Project: Ergotherapie bij CVA-patiënten: het ontwikkelen en testen van een protocol (in uitvoering). NIVEL i.s.m. NVE en Afd. Ergotherapie Hogeschool van Amsterdam.

Internationaal protocolproject CVA Patients (in uitvoering). WHO Regional Office for Europe.

Internationaal Quality Assurance Project (in uitvoering). WHO i.s.m. Deense beroepsorganisatie voor Ergotherapie.

Project: Productomschrijving, tariefmodel en richtlijn voor praktijkinrichting (in uitvoering). NVE, 1992

Jansen V., E.Jansman, C.van Keulen. Standaard ergotherapieplan voor het geven van gewrichtsbescherming aan chronische reumatoïde arthritis-patiënten. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie, 20, 1992, 6, 219-221.

Nota: Gebruik van standaarden binnen de Ergotherapie. NVE, 1992.

*Kwaliteitsborgingsnorm*

Concept kwaliteitsborgingsnorm voor een Afdeling Ergotherapie (onderdeel van het PACE-project). Centrum voor Medische Technologie TNO, TNO-GO, Leiden, 1992.

*Klachtenreglement*

Plan: Ontwikkeling Klachtenregeling, 1994

Fysiotherapeuten

*Richtlijnen, standaarden, protocollen*

Wiarda VL. Consensusontwikkeling voor de fysiotherapie. Fysiovisie, pag. 3-5, maart 1991.

Reitsma E., Hartog WHM den. Centrale richtlijnen als instrument voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de fysiotherapie. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 37-42

Wiegant E. Protocol moet continuïteit bevorderen. Fytel legt basis voor betere samenwerking. Fysiopraxis nr. 8, pag. 16-17, mei 1993.

Peterson RF. Behandeling van femurfracturen volgens een fysiotherapeutisch behandelprotocol. Fysiopraxis nr. 13, pag. 6-8, augustus 1993.

Smit G, Lubbers MAI. Samenwerking Huisarts - Fysiotherapeut. Basisboek en 5 werkboeken. Utrecht, Stichting O&O, 1989.

*Kwaliteitsborgingsnorm*

Kwaliteitsborgingsnorm voor een afdeling fysiotherapie. Onderdeel van het PACE project. TNO.

*Modelregelingen*

Modelregeling Fysiotherapeut-Patiënt. KNGF, 1991

Eijkeren van J. De modelregeling fysiotherapeut-patiënt in de praktijk. Fysiovisie, pag. 7-8, oktober 1991.

	<p>Modelovereenkomst Ziekenfonds-Fysiotherapeut (eerstelijns)  <i>Klachtenreglement</i>          Klachtenreglement KNGF.</p>
Logopedisten	<p><i>Richtlijnen, standaarden, protocollen</i>          Richtlijnen inrichting logopedische praktijkruimte.          Kwaliteitsstandaarden voor de logopedist werkzaam in het audiologisch centrum.          Kwaliteitsstandaarden voor de Logopedie werkzaam in de vrije vestiging.          Lambert J, Hollands L, van Bergen B. Consensus over kwaliteitscriteria binnen de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 269-272.          Beyaert EMMML, Simon-Prevoe IJRM. Onderzoeksprotocol ontwikkeld voor patiënten met klachten aan het kauwstelsel. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 277-278.          Project: Handleiding jaarverslag instellingen (t.b.v. systematische verslaglegging). NVLF.  <i>Klachtenreglement</i>          Klachtenreglement NVLF (in ontwikkeling)</p>
Mondhygiënist	<p><i>Richtlijnen, standaarden, protocollen</i>          Protocollen tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Leeuwarden (werkgroep met NMT, Regionale Kruisverenigingen, GGD), 1993  <i>Modelovereenkomsten</i>          Samenwerkingsovereenkomst tandarts/mondhygiënist (in ontwikkeling)  <i>Klachtenreglement</i>          Klachtenreglement NVM (in ontwikkeling voor vrijevestigden)</p>
Oefentherapeuten Cesar	<p><i>Modelovereenkomsten</i>          Modelovereenkomst vrijevestigde oefentherapeuten Cesar - ziekenfondsen  <i>Klachtenreglement</i>          Klachtenregeling VBC. VBC, 1982</p>
Oefentherapeuten Mensendieck	<p><i>Klachtenreglement</i>          Klachtenreglement NVOM 1993          Modelovereenkomst.          Modelovereenkomst vrijevestigde oefentherapeuten Mensendieck - Ziekenfonds.</p>
Orthoptisten	-
Podotherapeuten	<p><i>Richtlijnen, standaarden, protocollen</i>          Minimum inrichtingseisen          Project: veiligheid in de praktijk.  <i>Klachtenreglement</i>          Klachtenreglement NVvP (in ontwikkeling)</p>
Radiologisch laboranten	<p><i>Richtlijnen, standaarden, protocollen</i>          Code of Practice. Verantwoordelijkheidsstructuur t.a.v. het gebruik van ioniserende straling uitzendende toestellen en radioactieve stoffen ten behoeve van medische diagnostiek en behandeling Haan N. de. Nieuwe</p>

normen stralingshygiëne. Consequenties van de nieuwe ICRP-aanbevelingen voor het medisch handelen. *Gamma*, 40, 1990, 12, 304-307.

Stralenscherming patiënten. Enkele aspecten van de huidige stand van zaken betreffende de toepassing van de EG-richtlijn inzake de stralingsbescherming van patiënten op radiodiagnostiek-afdelingen in Nederland. *Gamma*, 39, 1989, 2, 31-34.

Kwaliteitscriteria kinderradiologie. Quality Criteria for Diagnostic Radiographic Images in Paediatrics. *Gamma*, 42, 1992, 2, 49-50.

#### *Kwaliteitsborgingsnorm*

Kwaliteitsborgingsnorm voor de afdeling Radiodiagnostiek en voor afdeling Nucleaire Geneeskunde. (Onderdeel van het PACE-project).

Tiemeijer-Kortman E.M. Kwaliteitsborgingsprogramma's. Inventarisatie kwaliteitsborgingsprogramma's röntgenapparatuur voor medische diagnostiek in verschillende landen. *Gamma*, 42, 1992, 1, 16-17.

### **Kwaliteits(deelsystemen): (intercollegiale) toetsing, visitatie, externe beoordeling, enz.**

- Diëtisten      Stottelaar-Spetting M, Donker-Willegenborg M. De diëtist in overleg. Een eerste inventarisatie van groepen diëtisten die (geregeld) besprekingen voeren over de beroepsuitoefening. *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 44, 1989, 161-165  
Project Intercollegiale Toetsing en Protocollen (in ontwikkeling) NVD, CBO, 1993-1995.  
Oijen van J. Interne kwaliteitstoetsingsprocedure Dienst Diëtetiek AZL. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1993; 120-122.  
Buurman S. Kwaliteit gedijt, mits zij kan beklijven. Resultaten van het project kwaliteitstoetsing door uitvoerende werkers in Drenthe. *MGZ*, 21, 1993, 34-37.  
Yperen EM van, Kerssens JJ. Kwaliteit van diëtetische zorg: het oordeel van de cliënt. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1992; 47: 198-203.
- Ergotherapeuten      Cup E. en A.Hilhorst. Intercollegiale toetsing binnen een regiogroep. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 20, 1992, 5, 191-194.  
Project: Ontwikkeling Toetsing Ergotherapie (in uitvoering). NVE, CBO, 1992-1994.  
Bik M. Een theekransje, kritiek leveren op collega's of een leerproces? Stand van zaken rondom intercollegiale toetsing. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 1993, 2, 39-46.  
Bik M.C.M. Intercollegiale toetsing. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 1993, 5, 155-158.
- Fysiotherapeuten      Hartog W. den. Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie. Eindrapportage. Utrecht, CBO, 1991.  
Hartog den W. Mogelijkheid tot begeleiding door het CBO per januari 1993. *Fysiopraxis*, nr. 2, pag. 22-24, mei 1992.  
Hartog W.H.M. de. Intercollegiale toetsing; de noodzaak tot evaluatie van het feitelijk handelen. *Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 103, 1993, 1, 19-25.  
Hartog den W. Kwaliteitszorg, een must ook voor de fysiotherapie. *Fysiovisie*, pag. 8-10, januari 1991.  
Hartog W. den. Invoering van kwaliteitszorg binnen afdelingen fysiotherapie. Mogelijkheden tot begeleiding door het CBO per januari 1993. *FysioPraxis* mei 1992, nr 2, 22-24

Nonhof-Boiten JC. Fysiotherapeuten en hun handelen. Eindverslag van de werkgroep Toetsing Rotterdam. Amersfoort, KNGF, 1991.

Wiegant E. Met elkaar praten bevordert de kwaliteit. Zorgverzekeraar en fysiotherapeuten ontwikkelen toetsingscriteria. Fysiopraxis nr. 2, pag. 7-9, februari 1993.

Coolman H. Tevredenheid over eerste regionale overeenkomst volgens budgetsysteem. Fysiovisie, pag. 16-18, maart 1990.

Taverne E. Budget en kwaliteit gaan in Venlo hand in hand. Fysiovisie, pag. 14-15, juli/augustus 1990.

Klachtenregistratie

Logopedisten	Werkgroep intercollegiale toetsing door logopedisten werkzaam in instellingen. NVLF. Slegte FD de, Wiegers AAJM. Opnieuw beginnen. De reorganisatie van een afdeling logopedie. Logopedie en Foniatrie 1992; 64: 188-195.
Mondhygiënist	Intercollegiale toetsing als intervisie uitgevoerd onder de leden van de commissie bedrijfsvoering vrijevestigden.
Oefentherapeuten Cesar	Casusbesprekingen in regionale overlegsituaties.
Oefentherapeuten Mensendieck	Satisfactie-onderzoek (incidenteel in onderzoeksprojecten) Oefengroepjes: een vorm van intercollegiale toetsing (incidenteel)
Orthoptisten	Casusbesprekingen in regionale overleggen.
Podotherapeuten	-
Radiologisch Laboranten	Hollander E.V. den. Kwaliteitscontrole in de Radiodiagnostiek, de Radiotherapie en de Nucleaire Geneeskunde. Gamma, 41, 1991, 5, 133-134. Jong, T. de. Kwaliteitsbewaking. Gamma, 41, 1991, 4, 98-100. Frantzen M. Kwaliteitsbewaking. Een stukje kwaliteitsbewaking van röntgenbeeldvorming op film. Gamma, 40, 1990, 3, 61-65. Functioneringsgesprekken in de gezondheidszorg. Gamma, 41, 1991, 11, 276-277. FONA-commissie. Gamma, 42, 1992, 11, 303-30. Project: Blauwe ton project, onderzoek naar de reden van afkeuring van röntgenfoto's. NVRL, 1993-1994.

## 7.6 Differentiatie en specialisatie

### Voorwaardenscheppende activiteiten

Diëtisten	Funcieprofielen per werkveld (in ontwikkeling). NVD, 1993
Ergotherapeuten	Beroepsprofielen per werkveld. NVE, 1985.
Fysiotherapeuten	Reglement inzake verbijzonderingen binnen de fysiotherapie. Amersfoort, KNGF, 1988 Beroepsprofielen voor diverse doelgroepen en werkvelden (ouderen, verstandelijk gehandicapten, sporters, thuiszorg, kinderen, pre- en postnatale gezondheidszorg, bedrijven, tandheelkunde) Hermans J. Profielschetsen bruikbaar bij verduidelijking deskundigheid. Fysiopraxis nr. 8, pag. 2-3, mei 1993. Profilering fysiotherapie. Fysiovisie, pag. 5-7, december 1990. Algemene vergadering fiatteert verbijzonderingenbeleid. Hermans J. Staps-gewijze invoering fysiotherapeut-specialist. Fysiovisie, pag. 2-3, januari 1992. Wiegant E. Voorlopig geen fysiotherapeut-specialist. Fysiopraxis nr. 3, pag. 2-3, februari 1993. Hermans J. Specialisatie is verstandige keuze bij verdere professionalisering. Fysiopraxis nr. 4, pag. 2-3, maart 1993. (Handvest Kind en Ziekenhuis (ondertekend door NVFK). Fysiovisie, januari 1992, 14.)
Logopedisten	-
Mondhygiënisten	-
Oefentherapeuten Cesar	Beroepsprofielen per werkveld
Oefentherapeuten Mensendieck	Beroepsprofielen per werkveld
Orthoptisten	-
Podotherapeuten	-
Radiologisch Laboranten	-

### Kwaliteits(deel)systemen

Diëtisten	-
Ergotherapeuten	-

Fysiotherapeuten NVFP. Kwaliteitsbevordering cursus zwangerschapsbegeleiding: werkboek. Amersfoort, NVFP, zj.  
Dijk SGM van. Intercollegiale toetsing en bijscholing; een kwaliteitscombinatie bij uitstek? Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 26-29  
Coolman H. Zwangerschapsbegeleiders maken goede start met intercollegiale toetsing en kwaliteitsbewaking. Fysiovisie, pag. 4-5, april 1990.  
NVMT. Informatie aan de leden. Lidmaatschap, registratie, bij/nascholing, examen. Fysiovisie, februari 1990.

Logopedisten -

Mondhygiënisten -

Oefentherapeuten -  
Cesar

Oefentherapeuten -  
Mensendieck

Orthoptisten -

Podotherapeuten -

Radiologisch -  
Laboranten

## 8. NAWOORD

Deze inventarisatie laat zien dat binnen de paramedische beroepsgroepen inmiddels een indrukwekkend aantal activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking in gang zijn gezet. Met name in de voorwaardenscheppende sfeer is veel, tamelijk onzichtbaar, werk verzet. De vruchten hiervan zullen ongetwijfeld de komende jaren zichtbaar worden omdat zaken als classificatie, registratie en normering de basis vormen voor toetsing van de kwaliteit van zorg.

De inventarisatie maakt ook zichtbaar dat de paramedische beroepsgroepen, ondanks grote verschillen in beroepsinhoud en fase van ontwikkeling, een aantal problemen en uitdagingen gemeenschappelijk hebben. Genoemd kunnen worden het nader expliciteren van de beroepsinhoud, het implementeren van kwaliteitsbevorderende activiteiten, het streven naar wetenschappelijke onderbouwing en verdere professionalisering van het beroep. Daarnaast lijkt het met name van belang om de onderlinge afstemming en samenhang van alle kwaliteitsactiviteiten te verduidelijken zodat een overzichtelijk geheel ontstaat. Het in het volgende deel van dit rapport beschreven referentiekader biedt daarbij een handvat. Het referentiekader biedt ook een toekomstperspectief omdat het aansluit bij ontwikkelingen in de richting van een meer marktgeoriënteerde en bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit.





# **DEEL II REFERENTIEKADER VOOR HET KWALITEITSBELEID VAN DE PARAMEDISCHE BEROEPSGROEPEN**

J.E.Timmermans  
Drs.W.H.M.den Hartog

Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing  
CBO, Churchillaan 11, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht, tel.030-960647



## INHOUD Deel 2 Referentiekader Kwaliteitsbeleid

<b>1. VERANTWOORDING</b>	91
1.1 Doel van het referentiekader	91
1.2 Werkwijze	92
<b>2 VAN KWALITEIT TOT KWALITEITSBELEID</b>	95
2.1 Wat is kwaliteit?	95
2.2 Wat is kwaliteit van zorg?	96
2.3 Wat is kwaliteit van de beroepsuitoefening?	97
2.4 Wat is een kwaliteitssysteem?	98
2.5 Wat is kwaliteitsbeleid?	100
<b>3 MOTIEVEN VOOR KWALITEITSBELEID</b>	103
3.1 Professionalisering	103
3.2 Procesverbetering	104
3.3 Produktverbetering	105
3.4 Externe eisen	106
<b>4 HET VORM GEVEN VAN KWALITEITSBELEID</b>	109
4.1 Doelen van kwaliteitszorg	109
4.2 Actoren	111
4.2.1 De individuele beroepsbeoefenaar	112
4.2.2 De zorginstelling	112
4.2.3 De beroepsvereniging	113
4.3 Toelichting bij het model	116
4.3.1 Het specificeren van de te verlenen zorg	116
4.3.2 Het ontwikkelen van acties ter verbetering van de zorg	124
4.3.3 Het zorgen voor behoud	130
4.3.4 De functie van het referentiekader	138
4.4 De NVX	140
<b>5 IMPLEMENTATIE</b>	151
5.1 De beroepsgroep	151
5.2 De vernieuwing	155
5.3 Het invoeringsproces	157



# 1 VERANTWOORDING

## 1.1 Doel van het referentiekader

Dit deel van het rapport beschrijft een referentiekader dat uitgangspunten biedt aan de hand waarvan de beroepsgroep geïntegreerd kwaliteitsbeleid kan ontwikkelen. Reeds bestaande kwaliteitsprogramma's kunnen hieraan gespiegeld worden. Daarnaast geeft een dergelijk referentiekader de beroepsgroepen de mogelijkheid om flexibel in te spelen op toekomstige ontwikkelingen, veranderende interne behoeften of externe eisen.

Hoewel in het rapport de relatie tussen kwaliteitsbeleid en wetenschappelijk onderzoek, financiële en strategische beleidsvraagstukken wel aan de orde zal komen, vallen deze onderwerpen verder buiten het bestek van het referentiekader.

De paramedische beroepsgroepen willen tot op zekere hoogte hun kwaliteitsbeleid onderling afstemmen. Desalniettemin is er geen receptuur te geven voor gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid. Daarvoor is er tussen de paramedische beroepsgroepen een te grote verscheidenheid in bevoegdheden, taakgebieden en interventiemogelijkheden. Zo zijn sommige beroepsgroepen sterk aan één medisch specialisme gebonden, terwijl anderen met een groot aantal verwijzers te maken hebben. Sommige beroepsgroepen werken vooral intramuraal, anderen meer extramuraal en de taakgebieden variëren van uitvoerend tot therapeutisch of consultatief of een combinatie van beide.

Door deze diversiteit binnen de paramedische beroepsgroepen kan het rapport niet een algemeen voorschrift voor één bepaald kwaliteitsbeleidsplan bevatten en ook niet de specifieke oplossing van knelpunten in de beleidsontwikkeling van een bepaalde beroepsgroep.

Bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid zullen steeds keuzes moeten worden gemaakt ten aanzien van de gestelde doelen en de voor de beroepsgroep meest geëigende instrumenten voor kwaliteitsbevordering of -bewaking.

Het referentiekader en de inventarisatie zoals beschreven in dit rapport zijn bedoeld om de paramedici te helpen bij het maken van die keuzes. Ze zijn op te vatten als de bouwtekeningen en bouw-

stenen voor het construeren van een huis. Ze geven aan dat elk huis in elk geval fundamenteën, muren en een dak nodig heeft. Het is echter aan de beroepsgroepen zelf om te besluiten hoe het huis er uit moet zien, waar zij graag in willen wonen. Daarbij zijn een aantal basale functies te benoemen die in elk huis nodig zijn. Het specifieke ontwerp en de bouw van het huis worden echter door de beroepsgroep zelf gerealiseerd. Waarbij alle beroepsbeoefenaren hun steentje zullen moeten bijdragen.

Het functionele karakter van het model sluit goed aan bij het huidige denken over kwaliteitsbeleid. Ten behoeve van de kwaliteit van zorg wordt in toenemende mate de nadruk gelegd op het procesmatige karakter van de zorgverlening. Dat wil zeggen dat zorgverleners geleidelijk aan de bestaande organisatievormen doorbreken teneinde zorg te leveren die precies op de zorgvraag is toegesneden. Hierbij vervagen de grenzen tussen de echelons en wordt aangestuurd op een versmelting van de eerste en de tweede lijn. De trend in de gezondheidszorg gaat dus steeds meer in de richting van het denken in functionele eenheden gericht op het leveren van zorg op maat.

Paramedici is deze filosofie op het lijf geschreven. Gevoegd bij de pragmatische instelling die de meeste paramedici eigen is, rechtvaardigt dit de verwachting dat zij er met behulp van dit rapport in zullen slagen handen en voeten te geven aan het paramedisch kwaliteitsbeleid. Met als toegevoegde waarde dat voor het eerst door tien verschillende beroepsgroepen beleid ontwikkeld wordt, dat gebaseerd is op gemeenschappelijke uitgangspunten.

Het is onze overtuiging dat de paramedische beroepsgroepen hiermee uiteindelijk meer bereiken zullen hebben dan alleen het inlopen van een veronderstelde achterstand.

## 1.2 Werkwijze

Het tweede deel van het project is uitgevoerd door een intern project-team van het CBO. Vanwege de breedte en complexiteit van de opdracht is gekozen voor een interactieve werkwijze: projectteam, denktank, experts binnen de beroepsgroepen, begeleidingscommissie.

Het projectteam heeft primair de taak gehad aanzetten te geven voor de werkconferenties van de "denktank" op basis van literatuurstudie en analyse van bestaande kwaliteitsprogramma's en te verwachten

ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Vervolgens zijn door de denktank concepten gegenereerd met betrekking tot de contouren van het referentiekader, zijn eisen geformuleerd ten aanzien van het eindproduct en is sturing gegeven aan inhoud en opbouw van het rapport.

Aan de denktank is deelgenomen door:

Prof. dr. P.J.M. Helders, buitengewoon hoogleraar fysiotherapie, RU Utrecht

Mr. J.M. Buiting, arts, CBO, adviseur WVC, adviseur Raad BIG

Mw. Dr. E.M. Sluijs, NIVEL

Drs. A. Zengerink, Ministerie van WVC, PAO, coördinator taakgroep paramedische beroepen

Drs. W.H.M. den Hartog, CBO

Mw. J.E. Timmermans, CBO

De in de denktank ontwikkelde concepten zijn door het projectteam verwerkt tot een rapportschets, dat steeds de basis vormde voor de volgende werkconferentie. Een ruwe versie van het referentiekader is vervolgens voorgelegd aan de begeleidingscommissie en het bestuurlijk paramedisch overleg. Op grond van de aldus verkregen feedback is het referentiekader verder uitgewerkt. Op deze wijze is optimaal gebruik gemaakt van de expertise van personen die op dit moment betrokken zijn bij de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid.

In hoofdstuk 2 komen de algemene begrippen ten aanzien van kwaliteitsbevordering aan de orde. Hoofdstuk 3 bespreekt de motieven voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. In hoofdstuk 4 wordt aangegeven hoe dit beleid vorm kan worden gegeven aan de hand van het ontwikkelde model en welke hulpmiddelen daarbij gebruikt kunnen worden. Dit wordt geïllustreerd met een praktisch voorbeeld. Tenslotte worden in hoofdstuk 5 een aantal aandachtspunten ten aanzien van implementatie beschreven, die ondersteuning kunnen bieden bij het invoeren van kwaliteitsbevorderende activiteiten.





## 2 VAN KWALITEIT TOT KWALITEITSBELEID

### Algemene begrippen binnen de kwaliteitsbevordering

Het begrip kwaliteit en alles wat daar mee samenhangt is aanleiding tot veel misverstanden en spraakverwarring. Het blijkt moeilijk te zijn een bruikbare en eenduidige definitie van het begrip kwaliteit te geven. Er zijn dan ook vele definities in de omloop. Ook doen steeds meer termen uit het industriële kwaliteitsjargon hun intrede.

Het ligt niet in het kader van dit rapport om vast te stellen wat binnen de paramedische beroepen voortaan de geldende definities zouden moeten zijn. Wel is het belangrijk om op deze plaats een aantal begrippen die in het rapport worden gebruikt toe te lichten. Niet alleen om een gemeenschappelijk vertrekpunt te creëren, maar ook om de visie die aan de inhoud van dit rapport ten grondslag ligt te verduidelijken. We doen dit aan de hand van een aantal kernvragen.

### 2.1 Wat is kwaliteit?

Kwaliteit is een abstract begrip dat op zich niet te zien of te meten is. Intuïtief weten mensen wel wat er bedoeld wordt. Iets wordt beter of slechter gevonden ofwel heeft meer of minder kwaliteit. Het oordeel over de kwaliteit van een produkt valt positief uit als: *het produkt voldoet aan de gestelde eisen en aan de behoeften en verwachtingen van de gebruiker.*

Kwaliteit is dus ook een relatief begrip. Dat wil zeggen dat het te maken heeft met de relatie tussen degene die het oordeel kwaliteit velt en het onderwerp van dat oordeel. Bij die relatie spelen een aantal factoren een rol, zoals plaats, tijd, omstandigheden, persoonlijkheid, eerdere ervaringen, verwachtingen.

Het begrip kwaliteit is dus subjectgebonden, contextafhankelijk en komt vergelijkenderwijs tot stand. De aanduiding subjectgebonden is te prefereren boven de aanduiding subjectief omdat de laatste term teveel de gedachte aan willekeur oproept (Harteloh en Kistemaker: NTvF, 1993).

Betrekken we dit nu op de gezondheidszorg, dan valt er over de kwaliteit van zorg het volgende te zeggen.

## 2.2 Wat is kwaliteit van zorg?

Kwaliteit van zorg heeft dus te maken met de relatie die iemand heeft tot die zorg. Dit maakt onmiddellijk duidelijk waarom eenduidige definities van de kwaliteit van zorg zoveel problemen opleveren. Immers, de relatie tot de zorg verschilt naarmate men de zorg levert, ontvangt of meer op afstand bij de zorg betrokken is.

Vanwege de verschillende perspectieven op de zorg zullen ook de maatstaven waaraan de kwaliteit wordt afgemeten verschillen. In de nota 'Kwaliteit van zorg' worden deze perspectieven verenigd in een beschrijving van kwalitatief goede zorg als:

*Verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiënt-gericht wordt verleend.*

In het kader van dit rapport sluiten we bij deze beschrijving aan. Vooral omdat hierin de normen verwoord worden van alle partijen waarmee beroepsbeoefenaren bij hun zorgverlening te maken hebben.

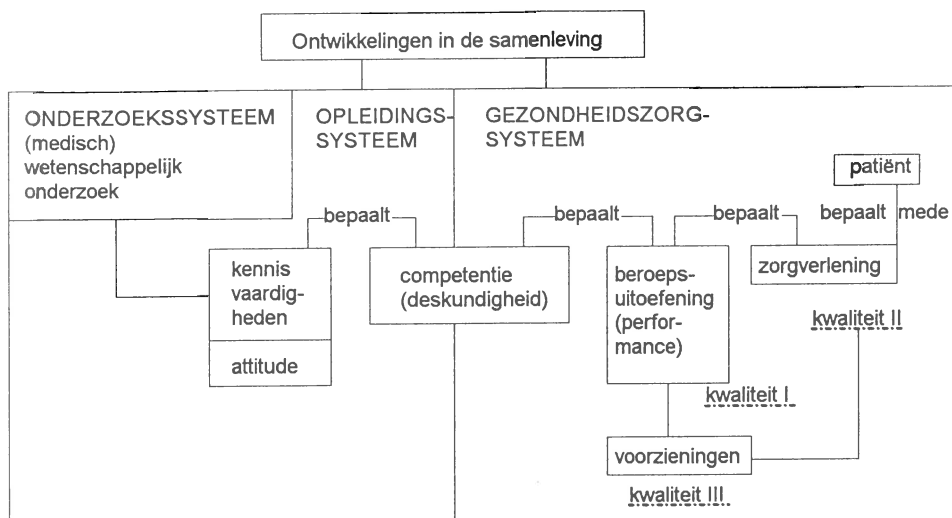
De beroepsbeoefenaar zelf zal de nadruk leggen op deskundigheid en professioneel handelen: *kwaliteit van de beroepsuitoefening*.

Voor de patiënt is de ervaren zorg belangrijk. Behalve doeltreffendheid en bejegening telt bijvoorbeeld ook mee in hoeverre de zorgverlening aansluit bij zijn mogelijkheden en opvattingen of daar juist mee interfereert: *kwaliteit van de zorgverlening*.

En voor verzekeraars en overheid spelen in deze tijden van schaarste aan middelen naast bovengenoemde aspecten ook zaken als beschikbaarheid en toegankelijkheid een belangrijke rol: *kwaliteit van de zorgvoorzieningen*.

In de discussienota 'Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV wordt de relatie tussen kwaliteit van de beroepsuitoefening, kwaliteit van de zorgverlening en kwaliteit van de zorgvoorzieningen uiteengezet (zie figuur 1). Daarbij wordt de kwaliteit van de beroepsuitoefening als een belangrijke bepalende factor voor de kwaliteit van zorg gezien.

Figuur 1 Plaatsbepaling kwaliteit van de beroepsuitoefening



Bron: Begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening, NRV, 1986

## 2.3 Wat is kwaliteit van de beroepsuitoefening?

Basis voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening is de deskundigheid (competentie) van de beroepsbeoefenaar. Deze deskundigheid bestaat uit de kennis en vaardigheden op het gebied van het methodisch-technisch handelen en de attitudevorming, zoals die tijdens de opleiding worden aangereikt. De eindtermen van de opleiding vormen over het algemeen de startkwalificaties voor de bevoegdheid het beroep in de praktijk uit te oefenen. De manier waarop de beroepsuitoefening in de dagelijkse praktijk gestalte krijgt (performance) is in grote mate bepalend voor de kwaliteit van de zorgverlening. Hierbij spelen ook aspecten een rol die te maken hebben met de organisatie van de zorg. Voor een overzicht van de diverse aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening verwijzen wij naar het betreffende schema uit het begrippenkader van de NRV in bijlage 2.

We kunnen nu afbakenen wat er in het kader van dit rapport onder kwaliteit van de paramedische zorg verstaan moet worden. In de visie die aan het referentiekader ten grondslag ligt, staat de patiënt centraal. Zowel bij het specificeren van de wenselijke zorg als bij het zoeken naar verbeteringsmogelijkheden en bewakingsmethoden

dient te worden uitgegaan van de behoeften en verwachtingen van de patiënt. Voor het te ontwikkelen kwaliteitsbeleid door paramedici betekent dit dat naast de aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening met name ook aspecten van de kwaliteit van de door de patiënt ervaren zorg in het beleid betrokken dienen te worden (figuur 1: NRV: Kwaliteit I en II).

Hoe kunnen de diverse partijen er nu voor zorgen dat die kwaliteit van zorg ook in de dagelijkse praktijk gerealiseerd en bewaakt kan worden?

Tijdens de Leidschendamconferenties zijn daarover door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gebruikers van de zorg afspraken gemaakt. In het kort komen deze afspraken er op neer dat alle drie de partijen normen (criteria) voor goede zorg zouden opstellen en dat de aanbieders van de zorg zelf verantwoordelijk zijn voor het garanderen van de kwaliteit. Daartoe dienen de aanbieders kwaliteitssystemen ontwikkelen.

#### 2.4 Wat is een kwaliteitssysteem?

De NRV geeft de volgende definitie van een kwaliteitssysteem: *'De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg'*.

Deze definitie is inmiddels vrij algemeen geaccepteerd. Opvallend is hierbij dat door zorginstellingen gesproken wordt over 'het kwaliteitssysteem', terwijl beroepsbeoefenaren het hebben over kwaliteitsbevorderende en -bewakende (deel)systemen of activiteiten' (Sluijs en de Bakker, 1992). Waarschijnlijk worden zaken als organisatiestructuur en delegatie van verantwoordelijkheden gemakkelijker in verband gebracht met instellingen, waar deze verhoudingen meestal ook duidelijker zijn dan binnen organisaties van beroepsbeoefenaren.

Kwaliteitssystemen zijn systemen die als doel hebben op structurele wijze de kwaliteit van zorg te kunnen bewaken en verbeteren. Een kwaliteitssysteem bestrijkt het hele zorgproces vanaf het vaststellen van de zorgvraag tot en met het evalueren van de verleende zorg zoals die door de gebruiker is ervaren. Meestal wordt zo'n systeem niet in een keer ontwikkeld en ingevoerd, maar worden eerst kwaliteitsdeelsystemen ontwikkeld: 'Onderdelen van het kwaliteitssysteem waarmee een of meer aspecten van de kwaliteit van zorg op structurele wijze bewaakt en/of verbeterd worden.

Kenmerkend voor een kwaliteits(deel)systeem zijn de fasen van de kwaliteitskringloop: *normeren, meten, evalueren, verbeteren en controleren*. Door de verleende zorg te meten en te vergelijken met de normen kan de werkelijke zorg voortdurend worden bijgesteld in de richting van de wenselijke zorg. Dit sturingsmechanisme, waarbij de nadruk ligt op het bewaken van het wenselijke niveau van zorg, wordt ook wel 'single loop-learning' genoemd. Daarnaast biedt de kwaliteitskringloop echter ook de mogelijkheid om op basis van de gegevens uit de evaluatie de normen bij te stellen en zo de zorg op een hoger niveau te brengen. Dit heet 'double loop-learning'. Dit laatste mechanisme speelt vooral een rol bij het inspelen op veranderingen in de zorgvraag en leidt dan meestal tot innovaties in de zorg: zorgvernieuwing.

Voordat een kwaliteits(deel)systeem kan worden ontwikkeld, moet echter eerst duidelijk zijn welke vorm van zorg binnen het systeem bewaakt zal worden en aan welke normen of criteria deze zorg moet voldoen. Zowel de inhoud als de organisatie van de zorg en de criteria voor goede zorg worden expliciet vastgelegd. Dit specificeren van de zorg valt onder de voorwaardenscheppende activiteiten. Evenals het specificeren van deskundigheidseisen.

Het bewaken of verbeteren van de kwaliteit is niet de enige functie van kwaliteitssystemen. Ze kunnen ook worden gebruikt voor het zichtbaar maken van de kwaliteit en het afleggen van verantwoording tegenover externe relaties, zoals bijvoorbeeld verzekeraars of de overheid. Met dat doel worden alle onderdelen van het systeem en de bijbehorende eisen en voorzieningen vastgelegd in de vorm van documenten die samen een kwaliteitshandboek vormen. Deze nauwkeurige beschrijving van alle zaken die met het kwaliteitssysteem samenhangen kan dienen als een naslagwerk bij het evalueren van onderdelen van het systeem. Deze evaluaties kunnen zowel door externe als door interne deskundigen worden verricht. Bij evaluatie door externe instanties of personen kan eventueel certificatie volgen.

De functie van het kwaliteitssysteem en de keuzes ten aanzien van de volgorde waarin de diverse onderdelen moeten worden ontwikkeld en ingevoerd, worden formeel vastgelegd in het kwaliteitsbeleid van instellingen of beroepsverenigingen.

## 2.5 Wat is kwaliteitsbeleid?

Volgens de definitie van de NRV bestaat kwaliteitsbeleid uit: *'De doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en middelen daartoe, zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring'*.

Kwaliteitsbeleid geeft dus antwoord op vragen als: Wat willen we bereiken? Hoe pakken we dat aan? Wat hebben we daar voor nodig? Wie gaat dat doen?

Bij het formuleren van de antwoorden op deze vragen is het van belang dat aan een aantal essentiële voorwaarden wordt voldaan.

De visie van de beroepsgroep op de richting van het kwaliteitsbeleid moet duidelijk zijn. De benodigde activiteiten moeten door de hele beroepsgroep gedragen worden.

Kwaliteitsbevordering vraagt om een cultuur van klantgerichtheid en samenwerking. Het beleid moet afgestemd worden op de activiteiten van andere actoren binnen de gezondheidszorg. We lichten dit toe.

De visie van de beroepsvereniging op de essenties van goede zorg is van doorslaggevend belang voor de richting van het kwaliteitsbeleid. Beroepsbeoefenaren zijn van nature geïnteresseerd in het verbeteren van hun deskundigheid en van de zorg die zij hun patiënten bieden. Met de introductie van het begrip kwaliteit is aan die intrinsieke motivatie niets veranderd. De nieuwe uitdaging is echter om de professionaliseringsgedachte (discipline-oriëntatie) te vertalen in een probleemgerichte benadering en te gaan denken in zorgprocessen (probleem- en procesoriëntatie). Daarvoor moet dan wel het professionele eiland worden verlaten en de oversteek worden gemaakt naar het multidisciplinaire continent. Daar waar deze oversteek al gemaakt is, zijn de revenuen echter duidelijk zichtbaar. Het gezamenlijk werken aan een optimale zorgverlening resulteert niet alleen in verdere deskundigheidsbevordering, maar ook in werkelijke zorgvernieuwing, verhoogde arbeidssatisfactie bij de zorgverleners, grotere tevredenheid bij patiënten en verbetering van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg.

Voor het welslagen van het kwaliteitsbeleid is het belangrijk, dat de beroepsvereniging een realistisch standpunt inneemt ten aanzien van de onderlinge verhoudingen binnen de beroepsgroep. Er moet een goede inschatting worden gemaakt van de mogelijkheden tot samenwerking met zorginstellingen en de relatie met diensten of afdelingen van beroepsbeoefenaren en vrijgevestigde praktijken. Op grond hiervan kunnen dan de eigen sturingsmogelijkheden worden

bepaald. Deze inzichten helpen bij de afbakening van de eigen taken: Wat zijn de primaire taken, welke activiteiten vallen in het grijze gebied en waar zou men zich verre van moeten houden. We geven een voorbeeld: Het opstellen van vakinhoudelijke richtlijnen hoort direct bij de beroepsvereniging thuis. Het visiteren van multidisciplinaire instellingen zou door hen gedaan kunnen worden al dan niet in samenwerking met externe relaties zoals het staatstoezicht of verzekeraars. En het uitvoeren van sancties bij minder goede kwaliteit geleverd door instellingen valt buiten hun competentie.

In het kader van dit rapport is het niet relevant uitspraken te doen over de wijze waarop beroepsverenigingen invulling geven aan deze taken. Veel is afhankelijk van de eigen positie en de organisatiegraad van de beroepsgroep. Wel kunnen enige suggesties worden gegeven die van algemeen belang zijn.

De zorg voor kwaliteit behoort tot de professionele verantwoordelijkheid. Voor de beroepsbeoefenaar betekent dit: Het werken aan kwaliteit doe je niet naast je werk, het is je werk. Hetzelfde zou moeten gelden voor de beroepsvereniging: Kwaliteitsbeleid is het beleid. Het gaat dus niet om het invoeren van instrumenten in het werkveld, maar om een voortdurend streven naar verdere verbetering van de professionele zorgverlening.

Kwaliteitsbeleid wint aan kracht en vertrouwen, zowel intern als extern, als er samenhang is tussen de kwaliteitsbevorderende activiteiten van beroepsvereniging, instellingen en beroepsbeoefenaren. Daarnaast dienen de activiteiten op kwaliteitsterrein een toegevoegde waarde te hebben op alle drie niveaus.

Bovendien moet duidelijk zijn dat kwaliteitsbeleid van paramedici niet plaats vindt in een vacuüm. Dat wil zeggen dat er uiteindelijk ook samenhang moet zijn met de activiteiten van de andere veldpartijen, verzekeraars en patiëntenorganisaties, en de overheid. En dat bij het vaststellen van het beleid er steeds ruimte is voor het inpassen van veranderende wensen of behoeften bij deze en andere externe relaties. Dit betekent dat het lange-termijn beleid vertaald moet worden in kwaliteitsjaarplannen. Deze kunnen dan steeds geëvalueerd worden. Op grond van die evaluatie wordt het volgende kwaliteitsjaarplan opgesteld en wordt, waar nodig, het lange-termijn beleid bijgesteld.

Of, in de woorden van de kwaliteitsgoeroe Juran: 'De wensen van de klant zijn een bewegend doel'. Wil men voortdurend raakschieten, dan is de kunst om steeds de richting van het beleid zó bij te stellen dat men dat doel in het oog houdt.



### 3 MOTIEVEN VOOR KWALITEITSBELEID

In grote lijnen is er een drietal interne motieven te onderscheiden voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. Primair is dit de behoefte aan het vergroten van de autonomie en het aanzien van het beroep: professionalisering. Daaraan gekoppeld leeft de wens tot het optimaliseren van de organisatie van de zorg: procesverbetering. En tenslotte bestaat er een relevant streven naar een voortdurende verbetering van de zorg: produktverbetering.\*

Daarnaast vindt de behoefte aan kwaliteitsbeleid verankering in de verplichting om te voldoen aan externe eisen, zoals deze zijn vastgelegd in de wetgeving en in afspraken met patiëntenorganisaties en verzekeraars.

#### 3.1 Professionalisering

Het verwerven van de kenmerken van een professie is een belangrijk streven binnen het beleid van de paramedische beroepsgroepen. Het gaat dan om kenmerken als autonomie, ethiek en interne sociale controle, deskundigheid en wettelijke bescherming. In paragraaf 2.3 van het eerste deel van dit rapport hebben we al gezien, dat in dat kader inmiddels door alle paramedische beroepsgroepen activiteiten zijn ontwikkeld die ook hun plaats hebben binnen kwaliteitsbeleid. Met het invoeren van de wet BIG vervalt bovendien het recht op beroepsbescherming en wordt vervangen door het recht op titelbescherming. Dit maakt het noodzakelijk dat paramedici nieuwe wegen inslaan om verdere professionalisering van het beroep te realiseren. Het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid biedt hiertoe goede mogelijkheden. We lichten dit kort toe.

Het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbevorderende activiteiten geeft inhoud aan de professionele autonomie: Van professionals mag worden verwacht dat zij zelf zorgdragen voor het waarborgen van de kwaliteit van de professionele zorgverlening. Het specificeren van de te verlenen zorg maakt het professionele zorgprodukt zichtbaar. Door de specifieke deskundigheid, waaraan

---

\* N.S. Klazinga en A.F. Casparie, Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren, Gezondheid I, 1993.

het beroep zijn bestaansrecht ontleent, te expliciteren wordt de toegevoegde waarde van de professie duidelijk. Het formuleren van wat wel en niet tot het gebied van de beroepsuitoefening behoort en het opstellen van richtlijnen voor goede zorg bevordert de eenheid van taal en handelen.

Het toetsen en evalueren van de verleende zorg biedt de mogelijkheid tot reflectie op het eigen handelen en zelfcontrole. Het bijstellen van de zorgverlening op grond van feedbackgegevens en het volgen van nascholing op grond van geconstateerde lacunes geeft inhoud aan de professionele verantwoordelijkheid voor deskundigheidsbevordering.

De uitkomsten van toetsingsstudies en zorginhoudelijke registraties maken de ervaringskennis zichtbaar. Deze explicitering van de verleende zorg is de eerste stap naar vermeerdering van kennis over de professionele zorgverlening en dus naar vergroting van de wetenschappelijke onderbouwing van die zorg.

### **3.2 Procesverbetering**

Naast beroepsinhoudelijke aspecten wordt ook het optimaliseren van de organisatie van de zorg tot de beroepsverantwoordelijkheid gerekend.

Enerzijds houdt dit verband met de wens het zorgverleningsproces optimaal toe te snijden op de behoeften van de patiënt. Naast het leveren van deskundige zorg betekent dit dat zorgverleners een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van het beheren van dit zorgverleningsproces. Het streven naar een geïntegreerd zorgaanbod vraagt een voortdurende aandacht voor de verdere verbetering van de continuïteit van het zorgproces. Door nauwe samenwerking kan de verleende zorg onderling worden afgestemd en wordt de samenhang bevorderd.

Anderzijds wordt dit ingegeven door de wens de doelmatigheid van de zorg te verbeteren door processen te stroomlijnen. Het opsporen van mankementen in de zorgverlening en het voorkómen van dubbel of onnodig werk biedt de mogelijkheid tot vergroting van de doelmatigheid en een daaruit voortvloeiende beheersing van de kosten. Bij de onderliggende motieven spelen zowel het belang van de patiënt als het verminderen van de werkdruk een rol. Met het verbeteren van de organisatiestructuur en de onderlinge communicatie worden beide doelen gediend.

Het optimaliseren van het zorgverleningsproces komt ook tegemoet aan de wens om economische en maatschappelijke verantwoording af te leggen. De professionele vrijheid van handelen staat of valt met de bereidheid inzicht te geven in de gemaakte keuzes en de wijze waarop de zorg wordt verleend. Het verhelderen van het zorgverleningsproces en het expliciet vastleggen van de benodigde procedures en voorzieningen is hiervoor essentieel.

Zodra kwaliteitsbevordering een vast en systematisch onderdeel van het dagelijks handelen is geworden, wordt een schat aan gegevens gegenereerd over de zorgverlening. Deze gegevens zijn niet alleen van nut voor het aansturen van het zorgproces, maar ook om dit naar buiten toe zichtbaar te maken.

### 3.3 Produktverbetering

De laatste, maar zeker niet de minste reden om kwaliteitsbeleid te ontwikkelen is een streven naar voortdurende verbetering van de zorg. Dit streven is inherent aan het zorgverlenerschap. Beroepsbeoefenaren zijn zich zeer bewust van het feit dat deskundigheid niet automatisch inhoudt dat de gezondheidsproblemen van de patiënt worden opgelost. Men is voortdurend op zoek naar nieuwe behandelmogelijkheden en naar het nog meer toesnijden van de zorg op de wensen van de individuele patiënt. Daarbij spelen twee factoren een belangrijke rol.

Allereerst is dat het feit, dat de professionele kennis zich voortdurend ontwikkelt. Ontdekkingen in de wetenschap volgen elkaar in een hoog tempo op. Het gevolg is dat steeds nieuwe perspectieven ontstaan, vanwaaruit opnieuw beoordeeld moet worden of de geboden zorg nog wel adequaat is. Een aanzienlijk deel van de medische kennis die paramedici tijdens hun opleiding krijgen aangereikt, is na 10 jaar verouderd. Het is dus geboden om zich voortdurend op de hoogte te stellen van nieuwe inzichten en aan de hand daarvan het methodisch-technisch handelen te evalueren en zondig bij te stellen.

Ten tweede is ook de rol van de patiënt aan verandering onderhevig. De autonomie van beroepsbeoefenaren wordt niet langer als onaanastbaar beschouwd. Patiënten vragen om samenwerking en medezeggenschap bij de keuze van behandeldoelen en therapieën. In hun waardering van de zorg spelen niet alleen de resultaten mee, maar ook de wijze waarop de zorg verleend wordt. Van beroepsbeoefenaren vraagt dit een voortdurende reflectie op het eigen handelen.

Kwaliteitsbevordering biedt de mogelijkheid de eigen kennis te toetsen, resultaten, risico's en kosten van (nieuwe) behandelmethoden te evalueren en de patiëntgerichtheid te verbeteren.

### 3.4 Externe eisen

Vooraf de op handen zijnde stelselwijziging heeft een sterke aanzet gegeven tot het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. Het beginsel van marktwerking benadrukt de noodzaak tot het zichtbaar maken van de kwaliteit van de geboden zorg. Tijdens de Leidschendam-conferenties zijn hier duidelijke afspraken over gemaakt. Verzekeraars moeten bij het contracteren van zorg bepalingen opnemen over de kwaliteit. Patiëntenorganisaties gaan kwaliteitseisen formuleren. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hen geboden zorg. Belangrijk is daarbij de bepaling dat beroepsbeoefenaren zich toetsbaar zullen opstellen. De overheid geeft de kaders aan door regelgeving in twee kwaliteitswetten: de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. In deze wetgeving worden zorginstellingen verplicht de kwaliteit op systematische wijze te bewaken, beheersen en verbeteren. Ten aanzien van beroepsbeoefenaren wordt gesteld dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het voeren van een kwaliteitsbeleid, dat hun titelbescherming rechtvaardigt. Zonder dat harde of nauw omschreven kwaliteitseisen worden gesteld, is hiermee de noodzaak van het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid stevig verankerd.

Door het expliciteren van de zorg en het invoeren van kwaliteits(deel)systemen kunnen beroepsbeoefenaren voldoen aan de verplichting om de kwaliteit van de door hen verleende zorg zichtbaar en toetsbaar te maken.

Overigens is het goed zich te realiseren dat het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid verder gaat dan het tegemoet komen aan wensen van professionalisering of het voldoen aan externe eisen. Met het introduceren van de beginselen van het kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg ontstaat een cultuur van klantgerichtheid en samenwerken. Door niet alleen de patiënt, maar ook verwijzers, verzekeraars en elkaar als klant te zien ontstaat een streven naar het verlenen van 'zorg op maat' over de grenzen van disciplines heen. Waarmee het werken aan kwaliteit niet alleen goede zorg garandeert, maar ook een doel gevonden heeft dat het belang van alle partijen dient.

Samenvattend kunnen we zeggen dat: Kwaliteitsbeleid wordt gedragen door de intrinsieke motivatie van beroepsbeoefenaren in samenhang met externe motieven zoals wetgeving en eisen van gebruikers en verzekeraars.



## 4 HET VORM GEVEN VAN KWALITEITSBELEID

In dit hoofdstuk bespreken we wat kwaliteitsbeleid eigenlijk inhoudt. Hiertoe identificeren we de doelen van kwaliteitszorg. En we gaan na door wie die doelen gerealiseerd moeten worden.

Door vervolgens doelen en actoren met elkaar in relatie te brengen ontstaat een model, dat als referentiekader kan dienen voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. We sluiten het hoofdstuk af door de functie van het model te beschrijven bij het formuleren van doelstellingen en prioriteiten.

### 4.1 Doelen van kwaliteitszorg

Essentieel bij het bepalen van de inhoud van kwaliteitsbeleid is een duidelijke eigen visie op kwaliteit. Als de hele beroepsgroep helder voor ogen heeft wat goede professionele zorg is, wordt de vertaling in beleid een kwestie van het vinden van wegen en middelen. Het is dus belangrijk dat er een antwoord gevonden wordt op de vraag: Wat is voor ons goede zorg?

Als we uitgaan van de praktische beschrijving van kwaliteit als *'de juiste dingen doen en de dingen juist doen'*, dan hebben we het eerste doel al gevonden. Voor alles moet worden gedefinieerd wat dan wel de juiste dingen zijn, wat de juiste wijze van handelen is. Kortom, de wenselijke zorg moet worden beschreven. Bij deze beschrijving gaat het er vooral om of de zorg tegemoet komt aan de wensen en behoeften van de patiënt. Met andere woorden: we moeten de zorg specificeren en daarbij de patiënt centraal stellen.

De volgende vraag die beantwoord moet worden is: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we deze goede zorg oock daadwerkelijk en op de meest geschikte wijze leveren?

Daarmee hebben we het tweede doel gevonden. We willen weten of we nu werkelijk de juiste dingen op de juiste wijze doen. De werkelijke zorg moet worden gemeten, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Ook hier is de mening van de patiënt weer van cruciaal belang. Met andere woorden: we moeten de verleende zorg toetsen aan de vastgestelde specificaties, mogelijkheden ter verbetering identificeren en deze verbeteringen doorvoeren.

En uiteindelijk gaat het er natuurlijk om dat het verlenen van de gewenste zorg op ieder moment gewaarborgd wordt. Hiervoor moet een antwoord gevonden worden op de vraag: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we het goed blijven doen? Dit is het derde doel. Er moeten manieren gevonden worden om de goede zorg te behouden.

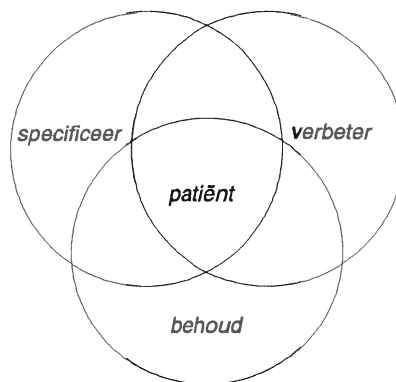
Eenzelfde drie-deling vinden we ook elders terug. Binnen de ISO-systematiek wordt gesproken van het ontwerpen, verbeteren en bewaken van de dienstverlening\*. En in het kwaliteitsbeleid van de huisartsen spreekt men van kwaliteitsrichtlijnen, kwaliteitsverbetering en kwaliteitstoetsing\*\*.

Vertalen we deze doelen in acties die ondernomen moeten worden, dan komen we tot de volgende uitspraken:

- 1. Specificiceer de te verlenen zorg**
- 2. Ontwikkel acties ter verbetering**
- 3. Zorg voor behoud**

Het is nu duidelijk op welke gebieden we onze activiteiten moeten richten. Overigens zijn deze doelen niet los van elkaar te zien. Onderling bestaan er overlappingen. Activiteiten gericht op het ene doel hebben vaak ook betrekking tot de andere doelen. Schematisch kunnen we dit fenomeen weergeven als drie elkaar overlappende cirkels. In het centrum staat dan de zorgvraag van de patiënt als gemeenschappelijke kern waarop alle drie de doelen zich richten (zie figuur 2)

Figuur 2



---

\* NRV VCVOK, Discussienota 'Bruikbaarheid van ISO-normen voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen', Zoetermeer, 1991

\*\* Mr. dr. R. P. Th. M. Grol: Naar een 'kwaliteitssysteem' in de huisartsgeneeskunde. Inaugurale rede, 27 September 1991



We werken het idee van de overlappingen tussen de doelen wat verder uit aan de hand van een paar voorbeelden.

Het specificeren van de te verlenen zorg verheldert het zorgproces. Als zorgverleners zelf een duidelijke omschrijving van het zorgproces en de procedures daarbinnen formuleren, worden de knelpunten in de gebruikelijke zorgverlening meteen zichtbaar. Door bij het specificeren van de wenselijke zorg deze knelpunten zo veel mogelijk op te lossen is de eerste verbeteractie al gerealiseerd.

Vaak blijkt dat het helder formuleren van de specificaties van goede zorg direct leidt tot zorgverbetering. Bovendien blijken tegelijkertijd vaak kritische kwaliteitskenmerken\* geïdentificeerd te zijn op grond waarvan de goede zorg vervolgens bewaakt kan worden.

Omgekeerd leveren verbeteracties en bewakingsmethoden vaak gegevens op die leiden tot het herformuleren van de specificaties van goede zorg. Soms zal dat simpelweg betekenen dat deze op een aantal punten bijgesteld moeten worden. Maar er kunnen ook ideeën ontstaan over hoe het nog beter kan. Dit zijn innovaties waarbij de zorg op een hoger niveau wordt getild en die op hun beurt weer de basis vormen voor verdere verbeteracties en het herspecificeren van de gewenste zorg. De uitkomsten van de 'therapie' fungeren bij wijze van spreken als diagnosticum voor het opsporen van onderliggende 'afwijkingen'.

Als volgende stap moet nu worden vastgesteld, wie er uitvoering gaan geven aan de activiteiten die nodig zijn om de gestelde doelen te realiseren, zodat de verschillende taken en verantwoordelijkheden voor iedereen duidelijk zijn.

## 4.2 Actoren

Het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties dient vorm te krijgen in het krachtenveld tussen drie actoren: De individuele beoefenaar als verlener van de zorg in het primaire proces. Het organisatorisch

---

\* Kritische kwaliteitskenmerken zijn aspecten van de zorg die van doorslaggevend belang zijn voor de kwaliteit van die zorg. Het gaat hierbij om aspecten zoals tijdigheid, effectiviteit, volledigheid enz. Kritische kwaliteitskenmerken kunnen worden geoperationaliseerd door ze zichtbaar te maken (tijdstip, checklist), te vertalen in meetbare grootheden (tijd, aantal items) en te normeren (toelaatbare afwijking vaststellen). In geoperationaliseerde vorm kunnen ze onderdeel zijn van een methode om de kwaliteit te bewaken.

verband waarbinnen het zorgverleningsproces tot stand komt. En de beroepsvereniging als initiator en coördinator van zaken die de hele beroepsgroep aangaan. We lichten de rol van deze drie actoren kort toe.

#### **4.2.1 De individuele beroepsbeoefenaar**

Kwaliteit ontstaat daar waar de zorg geleverd wordt: in de interactie tussen patiënt en zorgverlener, oftewel het primaire proces. Deze opvatting vormt het uitgangspunt bij de visie op de rol van deze drie actoren bij het uitvoering geven aan het kwaliteitsbeleid. De beroepsbeoefenaar is dus primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hem of haar geleverde zorg. De beroepsvereniging staat daar verder van af en heeft met name een faciliterende rol.

Vanuit de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar kunnen een aantal taken en verplichtingen beschreven worden in samenhang met de afspraken die daarover gemaakt zijn tijdens de Leidschendam-conferenties. De beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de kwaliteit van de door hem of haar geleverde zorg. Hij of zij evalueert de zorg, benut de mogelijkheden tot verbetering en bewaakt het gewenste niveau van zorg. Daar waar beroepsbeoefenaren gezamenlijk het zorgproces beheren, zijn zij tevens medeverantwoordelijk voor een effectieve samenwerking, coördinatie en organisatie van de zorg.

#### **4.2.2 De zorginstelling**

De rol van de "organisatie" die het zorgproces beheert, is minder eenduidig te beschrijven. Dit hangt direct samen met het feit dat er bij paramedici veel verschillende samenwerkingsverbanden voorkomen, waarbinnen het beroep uitgeoefend wordt. Voor het beschrijven van deze rol definiëren we de organisatievorm als 'zorginstelling' in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dat wil zeggen elke vorm van samenwerking tussen twee of meer beroepsbeoefenaren, waarbij het niet van belang is of zij al dan niet tot dezelfde discipline behoren. De gedachtengang achter het toeschrijven van een specifieke rol aan zorginstellingen is de volgende.

Over het algemeen is het zorgproces breder dan alleen het primaire proces. Er zijn andere hulpverleners bij betrokken: collega's, andere disciplines, verwijzers enz. Afhankelijk van de vorm van het samenwerkingsverband waarbinnen deze zorgverleners met elkaar opereren is deze zorginstelling verantwoordelijk voor een groter of kleiner deel van het zorgproces. Juist op de overgangen van ieders profes-

sionele activiteiten liggen vaak belangrijke aspecten van de kwaliteit van zorg: elkaars klant zijn, maar ook een geïntegreerd produkt kunnen bieden en samenwerken aan een goede organisatie van het totale zorgverleningsproces. Kwaliteitsbevordering richt zich dus niet alleen op de beroepsinhoud. Er dienen ook procedures te worden ontwikkeld die de kwaliteit van het hele zorgproces garanderen.

Er moeten duidelijke afspraken worden vastgelegd over wie wàt doet, wat de inhoud van het gezamenlijke zorgpakket is en hoe de onderlinge overdracht van gegevens plaatsvindt. In grotere instellingen liggen hier duidelijke taken voor het management. In alle andere gevallen is het tot stand brengen van adequate afspraken en procedures een taak van de beroepsbeoefenaren zelf. De verschillende beroepsverenigingen kunnen hierbij een ondersteunende rol vervullen.

#### **4.2.3 De beroepsvereniging**

De beroepsvereniging is niet direct betrokken in het zorgverleningsproces. Als een van de veldpartijen in de gezondheidszorg is zij echter wel verantwoordelijk voor het nakomen van de gemaakte afspraken. In principe onderscheidt zij zich in dit opzicht niet van andere partijen, zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraars. Hoewel de verantwoordelijkheden verschillend zijn, vervullen beide op vergelijkbare wijze een rol als derde actor naast de individuele beroepsbeoefenaar en de zorginstelling.

Gegeven de doelgroep en de doelstelling van dit rapport beperken we ons hier tot het beschrijven van de rol van de beroepsvereniging.

De taken van de beroepsvereniging zijn met name gericht op het introduceren en stimuleren van het kwaliteitsdenken binnen de beroepsgroep en op het ontwikkelen, in gang zetten en bewaken van de voortgang van het kwaliteitsbeleid.

De beroepsvereniging moet de voortrekkersrol vervullen. De primaire verantwoordelijkheid is het specificeren van de kwaliteit van zorg - in termen van eisen ten aanzien van werker en produkt - en het bieden van hulpmiddelen voor het verbeteren en behouden van de kwaliteit van dat produkt. Dit betekent dat er zowel tijd als geld geïnvesteerd moet worden: de vereniging moet het goede voorbeeld geven. Actieve participatie in kwaliteitsprojecten vormt een krachtige stimulans. De zichtbare inspanning van bestuur en stafmedewerkers is cruciaal voor de acceptatie door het werkveld en het welslagen van het kwaliteitsbeleid.

De visie van de beroepsgroep op kwaliteit is bepalend voor de richting van het kwaliteitsbeleid. Het denken in zorgprocessen en toegevoegde waarde bepaalt zowel de keuze van strategieën als van de te ontwikkelen methodieken en instrumenten. Het bepaalt of het kwaliteitsbeleid vooral disciplinegeoriënteerd is of dat er gewerkt wordt aan multidisciplinaire kwaliteitsverbetering en samenwerkingspatronen. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van samenhang met de activiteiten van de andere veldpartijen ligt ook op koepelniveau. Tenslotte ligt het ook op het terrein van de beroepsvereniging om een systeem tot stand te brengen waarmee verantwoording kan worden afgelegd tegenover de buitenwereld.

Door de drie actoren te relateren aan de doelen van kwaliteitszorg kunnen hun taken in directe activiteiten ten aanzien van het vormgeven van het kwaliteitsbeleid worden vertaald: Wie moet wat doen om elk doel te realiseren?

In figuur 3 wordt deze relatie schematisch weergegeven. De verticale balk weerspiegelt de doelen van kwaliteitszorg; de horizontale balk de drie actoren. In elk van de negen velden is de bijbehorende vraag geformuleerd.

In het model dat zo ontstaat wordt duidelijk wat per veld van de actoren verwacht wordt.

**Figuur 3** De relatie tussen **doelen** van kwaliteitszorg, de **activiteiten** ten behoeve van kwaliteitszorg en de **actoren** die uitvoering geven aan de kwaliteitszorg

DOELEN VAN KWALITEITS ZORG ↓	ACTOREN → BEROEPS- VERENIGING	BEROEPS- BEOEFENAAR	ZORGINSTELLING*
SPECIFICEER DE TE VERLE- NEN ZORG	Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging de professionele bijdrage aan het zorgproces expliciet vastleggen, gebaseerd op de zorgvraag en de specifieke deskundigheid van de beroepsgroep?	Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar zijn bijdrage aan het zorgproces expliciteren, gebaseerd op zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de individuele zorgvraag?	Met welke activiteiten kan de zorginstelling inhoud en organisatie van het zorgverleningsproces expliciet vastleggen zodat deze voor alle partijen inzichtelijk is?
ONTWIKKEL ACTIES TER VERBETERING	Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging voorwaarden scheppen voor het ten uitvoer brengen van verbeteringsprogramma's ten behoeve van de daadwerkelijke zorgverlening?	Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar op structurele wijze werken aan het verbeteren van de individuele zorgverlening?	Met welke activiteiten kan de zorginstelling een voortdurende verbetering van de door haar te leveren zorg bewerkstelligen?
ZORG VOOR BEHOUD	Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging toezien op het voortdurend realiseren van het gewenste niveau van zorg in de daadwerkelijke zorgverlening?	Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar het voortdurend leveren van de gewenste zorg waarborgen?	Met welke activiteiten kan de zorginstelling voortdurend 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)

### 4.3 Toelichting bij het model

De beschreven vragen zullen voor iedere beroepsgroep tot andere antwoorden leiden. Deze antwoorden houden nauw verband met de eigen wensen en mogelijkheden, de stand van zaken ten aanzien van kwaliteitsbevordering en het gewenste kwaliteitssysteem. De vragen zijn een vertrekpunt vanwaaruit men op zoek kan gaan naar die activiteiten die in onderlinge samenhang door elk van de actoren ondernomen kunnen worden.

Deze zoektocht is kenmerkend voor het hele denken over kwaliteit dat aan dit model ten grondslag ligt: "Quality is a journey, not a destination". In dit opzicht moet het model opgevat worden als een uitdaging. Het is een uitnodiging om het denken over kwaliteit van zorg die zich beperkt tot de grenzen van de eigen discipline los te laten. Om de stap te zetten naar het denken in zorgprocessen en zorgcircuits waarin de patiënt centraal staat en waarbij ten behoeve van die patiënt wordt samengewerkt in functionele eenheden die de grenzen van disciplines en instellingen overstijgen. Die stap hoeft echter niet de vorm aan te nemen van een sprong in het duister. Het model biedt de mogelijkheid vanuit de huidige positie en activiteiten langzamerhand de weg te vinden naar integrale kwaliteitszorg. Het model kan daarbij een bron van inspiratie zijn om de eigen mogelijkheden te exploreren en tot inventieve antwoorden te komen.

Ten geleide bij deze zoektocht beschrijven we bij elk veld een aantal elementen waarop deze exploratie zich zou kunnen richten.

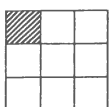
#### 4.3.1 Het specificeren van de te verlenen zorg

Het specificeren van de te verlenen zorg kent twee niveaus.

Allereerst is dat het expliciet vastleggen van datgene wat op dat moment als de wenselijke zorg wordt waargenomen. Elementaire vragen, die daarbij beantwoord moeten worden, zijn: Wat vraagt de markt? Wat is onze deskundigheid? en waaraan leest de klant dat af? Wat is per patiëntencategorie de juiste zorginhoud? Wat vinden wij de juiste handelwijze? Hoe werken we samen met anderen? Uit deze vragen wordt al duidelijk dat deze specificaties niet eenmalig kunnen zijn. Wensen zijn aan verandering onderhevig, evenals perspectieven op wat goede zorg is. De zorgvraag is een bewegend doel!

Specificaties moeten dus op structurele wijze regelmatig worden herzien op grond van een voortdurende reflectie op die zorgvraag en op de ontwikkelingen in de zorgverlening.

Herspecificaties gaan hand in hand met het voortdurend zoeken naar verbeteringen in de zorg en het behoud van deze innovaties.



**Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging de professionele bijdrage aan het zorgproces expliciet vastleggen, gebaseerd op de zorgvraag en de specifieke deskundigheid van de beroepsgroep?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen bij het specificeren van de te verlenen zorg door de beroepsvereniging:

- Marktonderzoek
- Beschrijving van zorgproduct en toegevoegde waarde
- Deskundigheidsspecificaties
- Handelingspecificaties zowel professioneel als zorginhoudelijk

*Marktonderzoek*

De kern van de te ontwikkelen activiteiten in dit veld ligt in het ontwerpen van een zorgaanbod dat adequaat is voor de zorgvraag. Dit betekent dat eerst moet worden vastgesteld wat de zorgvraag precies is. Hiervoor is een grondige verkenning van de markt noodzakelijk.

Elementaire vragen zijn dan : Wie zijn onze patiënten? Wat zijn hun wensen/behoefte? Wat zijn de wensen van andere klanten?

Per patiëntencategorie moet een helder inzicht worden verkregen in de wensen en behoeften van zowel de ontvangers van de zorg als van verwijzers, verzekeraars en andere disciplines.

Dit impliceert al dat deze oriëntatie op de markt niet eenmalig kan plaatsvinden, maar dat voortdurend moet worden afgestemd op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Marktonderzoek dient een vast onderdeel te zijn van de kwaliteitsplanning van de beroepsvereniging.

*Zorgproduct en toegevoegde waarde*

Op basis van de informatie uit het marktonderzoek kan het eigen zorgaanbod worden gespecificeerd. Elementaire vragen daarbij zijn: Wat willen en kunnen wij bieden? Wie zou deze zorg ook kunnen leveren? Wat is dan de toegevoegde waarde van ons product voor het zorgproces?

Allereerst wordt nauwkeurig omschreven wat tot de inhoud en het domein van de beroepsuitoefening behoort. Zo wordt de eigen plaats in het zorgproces duidelijk. Deze specificaties worden over het algemeen vastgelegd in beroepsomschrijvingen of beroepsprofielen.

Vanuit de zorgvraag kan dan per patiëntencategorie worden vastgelegd wat de beroepsgroep aan specifieke expertise te bieden heeft

en wat daarvan de toegevoegde waarde is binnen het totale zorgverleningsproces. Met name wanneer er, qua inhoud en domein van de beroepsuitoefening, sprake is van duidelijke overlappingsen met andere disciplines, is het specificeren van het professionele zorgproduct van essentieel belang.

Overlappingsen kunnen leiden tot dubbel werk, tegenstrijdige adviezen, verwarring bij patiënten en verwijzers, maar ook tot vervaging van de beroepsidentiteit. Afspraken over afstemming van de te leveren zorg en multidisciplinaire samenwerking zijn alleen goed mogelijk als precies duidelijk is wie wàt doet en vanuit welke expertise.

Op grond van wederzijdse heldere produktspecificaties kunnen dergelijke afspraken dan worden geformaliseerd in de vorm van een professioneel statuut of modelovereenkomsten.

### *Deskundigheid*

In het verlengde van de produktspecificatie liggen de startkwalificaties waaraan de beoefenaar moet voldoen. Deze kunnen voor specifieke patiëntencategorieën worden uitgebreid met aanvullende deskundigheidseisen in de vorm van differentiatie en specialisatie.

Op dit moment zijn door alle paramedische beroepsgroepen de startkwalificaties vastgelegd in de vorm van opleidingseisen, waarbij de eindtermen van de initiële opleiding zijn afgestemd op de bestaande beroepsprofielen. Specifieke deskundigheidseisen worden door een enkele beroepsgroep beschreven in functieprofielen. Op grond van deze documenten kunnen specificaties verder aangescherpt worden en waar nodig op elkaar afgestemd.

### *Professioneel handelen*

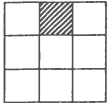
De procesvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg worden vastgelegd in handelingsspecificaties. Enerzijds betreft dit het expliciteren van wat algemeen binnen de beroepsgroep beschouwd wordt als goed professioneel handelen. Dat wil zeggen, het beschrijven van specifieke normen voor goede beroepsuitoefening (performance). Deze worden opgesteld op grond van de binnen de beroepsgroep vigerende ethische regels. Voorbeelden hiervan zijn gedragsregels, code van ethiek, beroepscode.

### *Zorginhoud*

Anderszijds dient per patiëntencategorie de zorginhoud te worden gespecificeerd, bijvoorbeeld in de vorm van zorginhoudelijke richtlijnen. Deze bevatten criteria voor goede zorg en handelingsnormen. Deze specificaties worden bij voorkeur gerelateerd aan het totale



zorgproces en bieden de mogelijkheid voor aansluiting bij multidisciplinaire specificaties. Zo kunnen door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en standaarden bijvoorbeeld het uitgangspunt vormen voor zorgplannen of protocollen die op instellingsniveau worden opgesteld.



**Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar zijn bijdrage aan het zorgproces expliciteren, gebaseerd op zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de individuele zorgvraag?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen bij het specificeren van de te verlenen zorg door de beroepsbeoefenaar:

- Verkenning van de zorgvraag
- Indicatiestelling
- Taakomschrijving
- Behandelplan

De activiteiten ten aanzien van het specificeren van de zorg door de beroepsbeoefenaar liggen in het verlengde van de activiteiten van de beroepsvereniging. De beroepsbeoefenaar kan bij zijn specificaties gebruik maken van wat op koepelniveau al is ontwikkeld en dat vervolgens vertalen in specificaties ten behoeve van het primaire proces. Elementaire vragen hierbij zijn:

Wat vraagt deze patiënt? Ligt dat op het gebied van mijn competentie? Wat wil en kan ik dan bieden? Past dat bij deze individuele patiënt?

#### *Verkenning van de zorgvraag*

Het verkennen van de zorgvraag is essentieel. De te verlenen zorg dient een effectief antwoord te bieden op de vraagstelling van de patiënt. Dat wil zeggen dat de beroepsbeoefenaar zich moet afvragen of zijn deskundigheid de patiënt daadwerkelijk verder kan helpen. Hiervoor is een grondige kennis van het zorgproces nodig en inzicht in de samenhang van de eigen en door anderen te verlenen hulp.

#### *Indicatiestelling*

De beroepsbeoefenaar relateert zijn zorgaanbod aan zijn eigen specifieke kennis en vaardigheden en zijn inzicht in het zorgproces. Hier ligt een kernprobleem: in de praktijk blijkt het expliciteren van de eigen zorg en het verhelderen van het zorgproces steeds weer zeer

moeilijk te zijn. Toch ligt de kern van kwaliteitszorg bij de beroepsbeoefenaar die in een probleemgeoriënteerde benadering samen met de patiënt diens wensen en behoeften vaststelt en op grond daarvan een indicatie stelt gerelateerd aan de toegevoegde waarde van de eigen bijdrage aan het zorgproces.

Bij deze indicatiestelling kan de beroepsbeoefenaar zich baseren op de produktomschrijving van de beroepsvereniging. Naarmate deze specificaties op koepelniveau helderder en eenduidiger zijn, zullen zij een grotere ondersteunende waarde hebben voor de indicatiestelling door beroepsbeoefenaren.

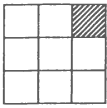
### *Taakomschrijving*

De beroepsbeoefenaar specificeert zijn taken en verantwoordelijkheden op grond van zijn eigen specifieke expertise. Te denken valt hierbij aan taakomschrijvingen, waarin naast de basistaken ook differentiatie of specialisatie binnen het vakgebied kunnen worden beschreven. Maar ook aan het vastleggen van procedures die voor het verlenen van de gewenste zorg nodig zijn. Zoals waarneemregelingen en afspraken voor gegevensoverdracht en informatie-uitwisseling met andere zorgverleners.

### *Behandelplan*

Bij het specificeren van het individuele zorgaanbod formuleert de beroepsbeoefenaar zorgdoelen en legt deze vast in een behandelplan. Dit plan is gebaseerd op de criteria van goede zorg die op koepelniveau zijn vastgelegd en aangepast aan de individuele zorgvraag.

Bij de specificatie van de te verlenen zorg kan de beroepsbeoefenaar dus aansluiten bij de normen die op koepelniveau voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn ontwikkeld. Anderzijds kan hij zich ook richten op specificaties die gelden binnen het organisatorisch verband waarin hij zijn beroep uitoefent. Met name op het gebied van organisatie van de zorg en samenwerking met andere disciplines dienen procedures te worden vastgelegd die de kwaliteit van het hele zorgproces definiëren. De kwaliteit van het geheel is meer dan de optelsom van de kwaliteit van de diverse onderdelen.



**Met welke activiteiten kan de zorginstelling inhoud en organisatie van het zorgverleningsproces expliciet vastleggen zodat deze voor alle partijen inzichtelijk is?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen bij het specificeren van de zorg door de zorginstelling:

- Onderzoek zorgvraag
- Specificaties geïntegreerd zorgprodukt
- Zorgproces en zorginhoud
- Procedures

Specifiek voor de instelling, als samenwerkingsverband van meerdere beroepsbeoefenaren, is dat de procedures die nodig zijn om dat produkt te kunnen leveren een zeer belangrijke rol spelen. Het realiseren en specificeren van afspraken omtrent de afstemming van de zorg van individuele beroepsbeoefenaren en de samenwerkingsprocedures liggen met name op het terrein van de zorginstelling. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen expliciet te worden vastgelegd. Deze procesbeschrijving wordt des te belangrijker naarmate de instelling een groter deel van het totale zorgproces beheert. Bij grote, multidisciplinaire instellingen met een organisatiestructuur gericht op het verdelen van taken op beleidsmakend en uitvoerend niveau dienen zaken als marktonderzoek en het specificeren van zorgprodukt en zorgverleningsproces door het management ter hand te worden genomen. In de praktijk zullen daarbij op grond van de beschikbare middelen vaak keuzes moeten worden gemaakt. Van het management vraagt dit de nodige stuurmanskunst. En van beroepsbeoefenaren de inzet en creativiteit om, binnen de gestelde grenzen, toch op optimale wijze invulling te geven aan de eigen taken en verantwoordelijkheden.

In het kader van dit rapport gaan we niet verder in op de taken van het management, maar richten we ons op de activiteiten die door de beroepsbeoefenaren moeten worden ontplooid. Deze zijn in wezen hetzelfde voor diensten of afdelingen van beroepsbeoefenaren en vrijgevestigde praktijken. De verschillen zitten met name in de praktische uitvoering die wel nauw samenhangt met de organisatievorm.

*Onderzoek zorgvraag*

Het specificeren van de zorg door de zorginstelling houdt ondermeer in het ontwikkelen van een patiëntgericht zorgprodukt op basis van

de zorgvraag. Een brede oriëntatie op die zorgvraag gaat dus vooraf aan het specificeren van het zorgprodukt.

Elementaire vragen zijn ook hier weer: Wie zijn onze klanten? Wat vragen zij? Kunnen wij dat leveren? Wat willen wij leveren? Wie van ons levert dan wat? Hoe organiseren we onze zorg?

#### *Geïntegreerd zorgprodukt*

Als de zorgvraag duidelijk is, kan een adequaat zorgaanbod worden gespecificeerd. Daarbij kan de instelling zich baseren op de productspecificaties van de betreffende beroepsgroepen en de toegevoegde waarde van elke discipline voor het zorgproces. Deze kunnen vervolgens worden geïntegreerd tot een eigen produktbeschrijving. Er zal moeten worden gezocht naar een goede synthese van wat door de beroepsgroepen als behorende tot de professionele deskundigheid wordt vastgelegd en de eisen die men aan het eigen zorgprodukt stelt.

#### *Zorgproces en zorginhoud*

Bij het expliciteren van het zorgproces en de zorginhoud kunnen de beroepsbeoefenaren zich baseren op datgene wat op koepelniveau al is ontwikkeld. Deskundighedsomschrijvingen en gedragsregels kunnen de basis vormen voor taak/functieomschrijvingen en huisregels. In combinatie met zorginhoudelijke richtlijnen kunnen deze vervolgens per patiëntencategorie voor de eigen situatie worden vertaald in specifieke zorgplannen of protocollen.

Het expliciteren van het zorgproces en het op grond daarvan specificeren van de procedures voor de zorgverlening blijkt in de praktijk steeds weer moeilijk te zijn. Het beantwoorden van de vraag: wie zijn onze klanten? kan hierbij helpen. Primair is dat natuurlijk de patiënt. Binnen de eigen organisatie zijn bovendien de beroepsbeoefenaren elkaars klant. Buiten de organisatie komen daar nog andere klanten bij zoals verwijzers en verzekeraars.

Paramedische beroepsbeoefenaren en verwijzers zijn binnen het zorgproces beurtelings elkaars klant en elkaars leverancier. Dit betekent dat beiden belang hebben bij duidelijke afspraken. Voor het specificeren van het zorgproces biedt dit de mogelijkheid om tot gezamenlijke ontwikkeling van bijvoorbeeld verwijs- en ontslagcriteria te komen. Het specificeren van de zorg met name op de overgangen van een ieders beroepsgebied is van cruciaal belang voor de kwaliteit van zorg. Juran noemt dit Kwaliteit met een grote 'K', naast kwaliteit met een kleine 'k' die alleen betrekking heeft op het eigen produkt.

Zoals reeds eerder gezegd, ligt met name het beschrijven van deze samenwerkings- en afstemmingsafspraken op het terrein van de zorginstelling, ongeacht de organisatievorm. Beiden moeten in (standaard)zorgplannen of protocollen duidelijk worden vastgelegd. De essentie van het gezamenlijk beheren van het zorgproces ligt in de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het hele zorgproces in plaats van alleen het eigen vakgebied.

Interactie tussen de drie actoren gericht op het expliciteren van zorgprocessen en het afstemmen van de zorg speelt een cruciale rol ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Deze interactie is erop gericht samenhang aan te brengen in de activiteiten op ieder niveau. Het uiteindelijke doel is het zorgproces zodanig te stroomlijnen, dat optimaal tegemoet wordt gekomen aan de behoeften en verwachtingen van de patiënt.

Zo kunnen zorginhoudelijke richtlijnen door de beroepsbeoefenaar worden vertaald in individuele behandelplannen, maar ook de basis vormen voor patiëntinstructies. Omgekeerd kan de beroepsvereniging voor zorginhoudelijke richtlijnen criteria ontleenen aan de zorgdoelen die in het veld worden geformuleerd. Parallel aan het gestelde ten aanzien van de individuele beroepsbeoefenaar is ook de interactie tussen beroepsvereniging en instelling essentieel. Visie en praktische kennis samen zullen in de regel specificaties opleveren die haalbaar en bruikbaar zijn.

Beroepsprofielen, gedragsregels en op koepelniveau ontwikkelde modelovereenkomsten kunnen worden gebruikt voor het opstellen van multidisciplinaire zorgplannen, maar ook voor samenwerkingsovereenkomsten in de eerstelijns of het samenstellen van patiënteninformatiebrochures door afdelingen of praktijken. De beroepsvereniging kan deze lokaal vervaardigde documenten verzamelen, generaliseren en tot nieuwe richtlijnen verwerken, die door de beroepsgroep gelegitimeerd kunnen worden.

### *Procedures*

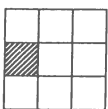
Tenslotte zijn er een aantal aspecten van de kwaliteit van zorg waarvoor de zorginstelling specifieke procedures kan vastleggen. Zo kunnen procedures worden beschreven die de veiligheid van de patiënten en de medewerkers moeten garanderen. Hierbij kan gedacht worden aan infectiepreventie, rampenplannen, veiligheidsvoorschriften bij risicovolle interventies enz. Maar ook onderhoudsvoorschriften en/of -procedures. Ook hierbij dienen duidelijke taken en verantwoordelijkheden te worden vastgelegd.

#### 4.3.2 Het ontwikkelen van acties ter verbetering van de zorg

*Zorgverbetering kent in principe twee niveaus*

Ten eerste is dat het verbeteren van de zorg in de richting van de specificaties van de wenselijke zorg. Hierbij gaat het om het veranderen van professionele routines, het stroomlijnen van processen en het verbeteren van de communicatie en de organisatie van de zorg. Deze verbeteractiviteiten ontstaan door het vergelijken van de daadwerkelijk verleende zorg met de beschreven normen van wenselijke zorg en het vervolgens actief werken aan het wegnemen van discrepanties. Deze verbeteractiviteiten worden hieronder beschreven. Zij zijn gebaseerd op het principe van 'single-loop learning', het bijstellen van de zorg op grond van evaluatiegegevens.

Het tweede niveau van zorgverbetering heeft te maken met zorgvernieuwing. Op grond van gegevens uit marktonderzoek, verbeteracties of bewakingsmethoden worden mogelijkheden geïdentificeerd om verbeteringen aan te brengen in het zorgpakket. Deze vorm van verbetering is gebaseerd op het principe van 'double-loop learning', het op een hoger niveau tillen van de zorg. Het model biedt de mogelijkheid tot het voortdurend zoeken van verdere verbeteringen in de zorg door aan de hand van de verkregen gegevens steeds ook de specificaties van de zorg te evalueren. Dat wil zeggen dat naast de vraag: Doen we het nog steeds goed? ook de vraag gesteld wordt: Voldoet ons product nog wel? Zorgvernieuwing gaat hand in hand met nauwkeurige specificaties en registraties en een voortdurende oriëntatie op de zorgmarkt. En ligt dus als activiteit voor alle actoren als een steeds terugkerende vervolgstap achter het hele model.



**Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging voorwaarden scheppen voor het ten uitvoer brengen van verbeteringsprogramma's ten behoeve van de daadwerkelijke zorgverlening?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de acties ter verbetering door de beroepsvereniging:

- Initiëren van het kwaliteitsdenken
- Ontwikkelen en aanreiken van hulpmiddelen
- Scholing en training

De kern van zorgverbetering ligt in het realiseren van veranderingen in de manier waarop de daadwerkelijke zorg wordt verleend. Dit gebeurt in de interactie tussen de zorgverlener en de patiënt in het

primaire proces. De beroepsvereniging is op zich geen participant in dit proces en heeft dus met name een faciliterende rol.

#### *Initiëren van kwaliteitsdenken*

De mens is een gewoontedier. Niets is moeilijker dan het veranderen van dagelijkse routines. Dit geldt ook voor beroepsbeoefenaren. Het daadwerkelijk veranderen van het gedrag vergt van de beroepsbeoefenaar een attitude die gebaseerd is op het zich bewust zijn van de noodzaak tot verandering en die tot uiting komt in de bereidheid het eigen handelen te analyseren en bij te stellen. Voor een dergelijke analyse is het krijgen van feedback op het eigen handelen essentieel.

In de initiële opleiding wordt de basis gelegd voor de professionele attitude. De beroepsvereniging kan zich er op richten deze attitude bij beroepsbeoefenaren verder te ontwikkelen. Allereerst door het kwaliteitsdenken binnen de beroepsgroep te stimuleren. De activiteiten van de beroepsvereniging op het gebied van het specificeren van de wenselijke zorg, het raadplegen van de 'klanten' in de breedste zin van het woord en het samenwerken met de andere veldpartijen hebben hierbij een voorbeeldfunctie. Ook kan de beroepsvereniging de eerste stap in de richting van zorgverbetering faciliteren door begeleiding te bieden en gericht te investeren in hulpmiddelen die de benodigde feedbackgegevens genereren.

#### *Ontwikkelen en aanreiken van hulpmiddelen*

Concreet komt dit neer op het ontwikkelen en aanreiken van kwaliteitsbevorderende instrumenten en methodieken. Dit aanbod moet echter vergezeld gaan van scholing of training in het hanteren van de geboden hulpmiddelen. Inmiddels is een groot aantal instrumenten en methodieken voor handen. In de voorwaardenscheppende sfeer zijn systemen ontwikkeld voor het classificeren van verrichtingen en aandoeningen, die de eenheid van taal bevorderen. Voor het verkrijgen van feedbackgegevens bestaan methodieken als intercollegiale toetsing, probleemgeoriënteerde registraties, intervisie enz. We verwijzen hiervoor verder naar het inventarisatie-deel van dit rapport.

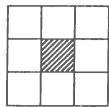
Bij de keuze van hulpmiddelen speelt vooral de visie van de beroepsgroep een rol. De nadruk kan bijvoorbeeld worden gelegd op een probleemgerichte benadering. In dat geval gaat het om vragen als: Is dit instrument geschikt om specifieke problemen aan te pakken waar de beroepsgroep al lang mee worstelt? Zijn er vormen van feedback aan te dragen waar de beroepsgroep uitgesproken behoefte aan heeft? Daarnaast kan men zich ook oriënteren

op signalen van buiten de beroepsgroep, zoals uitgesproken behoeften van patiënten of verwijzers.

### *Scholing en training*

Een tweede traject dat de beroepsvereniging kan bewandelen is het realiseren van een gericht en kwalitatief goed scholingsaanbod in samenwerking met de onderwijsinstellingen. Deskundigheidsbevordering middels het volgen van na- en bijscholing kent een lange traditie bij (para)medische beroepsbeoefenaren. Meestal gebeurt dit op grond van persoonlijke belangstelling of nieuwsgierigheid naar nieuwe behandelmethoden. Vanuit de gedachte van kwaliteitsverbetering zou nascholing echter vooral moeten plaatsvinden op grond van (geconstateerde) lacunes in kennis of vaardigheden. De beroepsvereniging kan hiertoe bijdragen door de beroepsbeoefenaren inzicht te bieden in de scholingsmogelijkheden en instrumenten aan te reiken, waarmee de individuele (latente) behoefte aan eventuele na- of bijscholing kan worden vastgesteld.

Ook kunnen kwaliteitseisen ten aanzien van het scholingsaanbod worden opgesteld. Dit is zeker relevant als gedacht wordt aan het verplicht stellen van vormen van na- en bijscholing als een van de onderdelen binnen het uiteindelijke kwaliteitssysteem.



**Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar op structurele wijze werken aan het verkleinen van de verschillen tussen daadwerkelijk verleende zorg en wenselijke zorg?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de acties ter verbetering door beroepsbeoefenaren:

- Reflectie op het eigen handelen
- Verwerking van feedback in daadwerkelijke verandering in gedrag en handelen
- Vertalen van feedback in persoonlijke scholingsbehoefte

Er zijn veel activiteiten denkbaar waarmee de beroepsbeoefenaar de daadwerkelijk verleende zorg meer in overeenstemming kan brengen met de gespecificeerde wenselijke zorg. Al deze activiteiten steunen echter op hetzelfde principe: het verwerken van feedback tot daadwerkelijke veranderingen in het eigen handelen.



### *Reflectie op het eigen handelen*

We hebben al gesteld dat het daadwerkelijk veranderen - vooral van professionele routines - in de praktijk steeds weer moeilijk blijkt te zijn. Voorwaarden voor het ontstaan van veranderingen zijn dat de beroepsbeoefenaar de noodzaak daarvan inziet, de bereidheid heeft daar moeite voor te doen en in staat is tot reflectie op het eigen handelen. In principe zijn deze voorwaarden bij beroepsbeoefenaren ruimschoots aanwezig. De wil en bereidheid tot het kunnen bieden van steeds betere zorg is karakteristiek voor zorgverleners. Eigenlijk is vooral een omslag in het denken nodig. De vraag naar steeds betere behandelmethoden en -technieken moet plaats maken voor de vraag: Kunnen we elke dag iets aanpakken dat beter kan? Het accent moet worden gelegd op het zoeken naar verbeteringen in het dagelijks handelen in de praktijk. Als deze omslag eenmaal gemaakt is, ontstaat de behoefte aan feedback bijna vanzelfsprekend.

### *Veranderen gedrag en handelen*

Deze feedback kan worden verkregen op verschillende manieren en uit verschillende bronnen.

Primair is dat natuurlijk de patiënt. Maar ook collega's, verwijzers, andere disciplines en verzekeraars kunnen informatie verschaffen, die de beroepsbeoefenaar inzicht biedt in de verbetermogelijkheden binnen zijn eigen handelen. Het gaat daarbij niet om het opsporen van fouten in een bestraffende benadering, maar om het identificeren van wat er beter kan. En om dat vervolgens ook daadwerkelijk te doen. Daarvoor biedt een structurele aanpak de beste kansen: het voortdurend toetsen van de verleende zorg aan vastgelegde normen. Deze structurele aanpak krijgt het best gestalte in gezamenlijk gedragen activiteiten van meerdere beroepsbeoefenaren, die elkaar daarin stimuleren en helpen om het eigen handelen bij te sturen. Het participeren in verbeterprogramma's kan dus niet een vrijblijvende bezigheid zijn, maar dient een vast onderdeel van het dagelijkse handelen te zijn.

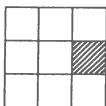
Methodieken als intercollegiale toetsing, intervisie, supervisie en visitatie zijn allemaal gebaseerd op hetzelfde principe: het identificeren van knelpunten en verbetermogelijkheden door het evalueren van de verleende zorg. Ook instrumenten als het patiëntenfeedback-systeem of tevredenheidsonderzoek onder verwijzers berusten op dit principe. Overigens is dit voor beroepsbeoefenaren niet nieuw. De stappen van het methodisch-technisch handelen kennen een evaluatieve component en ook het wederzijds rapporteren en adviseren tussen verwijzers en behandelaars maakt deel uit van de dagelijkse beroepsuitoefening. Kenmerkend voor kwaliteitsverbetering is de

expliciete en gestructureerde wijze waarop dit zoeken naar en verwerken van feedback plaatsvindt. Het accent verschuift van ad hoc-oplossingen naar structurele verbeteringen van de zorg die expliciet worden vastgelegd en dus ook kunnen worden gewaarborgd.

Hetzelfde geldt voor de zelfevaluatie van de zorgverlening door de beroepsbeoefenaar aan de hand van nauwkeurige zorginhoudelijke registraties. Wanneer behandelgegevens structureel worden vastgelegd en geëvalueerd, kunnen "uitschieters" in de zorg worden opgespoord, geanalyseerd en aangepakt. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van zorginhoudelijke registratiesystemen die door de beroepsvereniging zijn ontwikkeld. Ook terugkoppeling van behandelgegevens door de zorgverzekeraar behoort tot de mogelijkheden. Momenteel betreft dit nog voornamelijk kwantitatieve gegevens, maar in de toekomst zou dit in overleg kunnen worden uitgebreid.

#### *Scholingsbehoefte*

Naast een daadwerkelijke verandering in de praktische routines kunnen feedbackgegevens ook inzicht geven in de individuele behoefte aan verdere training of scholing, zowel op het gebied van deskundigheidsbevordering als ten aanzien van het verbeteren van de 'performance'. Het gaat dan om scholing gericht op het opvullen van geconstateerde lacunes. Deze kunnen zowel algemene kennis en vaardigheden betreffen, als het voorzien in een bepaalde extra deskundigheid. In het laatste geval spelen naast de specifieke zorgvraag, waarvoor deze expertise vereist is, ook persoonlijke vaardigheden en affiniteit een belangrijke rol.



**Met welke activiteiten kan de zorginstelling een voortdurende verbetering van de door haar te leveren zorg bewerkstelligen?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de acties ter verbetering door de zorginstelling:

- Organiseren van de informatiestromen ten behoeve van de feedback
- Vormen en aansturen van verbeterteams en verbeterprogramma's
- Scholingsbeleid

### *Organiseren van de informatiestromen ten behoeve van de feedback*

Primair gelden voor de zorginstelling dezelfde principes als voor de individuele beroepsbeoefenaar. Het realiseren van verbeteringen in de zorgverlening staat centraal. Daarbij gaat het echter niet alleen om het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar, maar ook om het verbeteren van het hele zorgproces. Dit vereist ook het stroomlijnen van processen, het verbeteren van communicatie en organisatie en soms misschien wel ingrijpende veranderingen in de organisatie van de zorg. Kenmerkend is echter dat ook hier terugkoppeling van informatie de belangrijkste reden is op grond waarvan veranderingen tot stand komen. De activiteiten van de organisatie dienen dan ook primair gericht te zijn op het genereren van die feedbackgegevens. Te denken valt aan registratie- en informatiesystemen, maar ook aan de al eerder genoemde patiëntenfeedbacksystemen of satisfactieonderzoek. Informatie komt in een organisatie echter niet altijd automatisch op de goede plaats terecht. Ook het organiseren van die informatiestromen is dus van belang.

### *Verbetersteams en -programma's*

Praktijken en afdelingen kunnen ook actief op zoek gaan naar verbetermogelijkheden, waarbij zij zelf de feedbackgegevens genereren. Zowel multi- als monodisciplinair kunnen teams gevormd worden die zich richten op het evalueren van het zorgverleningsproces aan de hand van gespecificeerde normen. Probleemgeoriënteerde registraties, afdelingsgebonden toetsing en praktijkvergelijking aan de hand van tevoren opgestelde normen zijn hiervoor bruikbare methodieken. Deze teams kunnen vervolgens verbeterprogramma's uitvoeren. Voor het management van grotere instellingen liggen hier activiteiten in het coördineren van deze verbeteracties en het toewijzen van duidelijke taken en bevoegdheden.

### *Scholingsbeleid*

Als een derde traject kan de organisatie op grond van geconstateerde lacunes in de zorgverlening een gericht scholingsbeleid ontwikkelen en implementeren. Vanuit de specificaties van de zorg en de feedbackgegevens wordt geïdentificeerd waar specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van zorginhoud of zorgorganisatie nodig zijn. Vervolgens wordt een scholingsplan opgezet dat aansluit bij de individuele vaardigheden en affiniteiten van de betrokken zorgverleners. Het scholingsbeleid van de instelling is dus niet gericht op de persoonlijke interesse van medewerkers, maar op een geconstateerde behoefte aan specifieke kennis of vaardigheden.

Voor beroepsinhoudelijke training of scholing kan worden aangesloten bij de activiteiten van de beroepsvereniging.

Monodisciplinaire verbeterprogramma's zijn vaak zorginhoudelijk gericht en kunnen gebruik maken van instrumenten en methodieken die door de beroepsgroep ontwikkeld zijn. Daarnaast kunnen ook organisatorische knelpunten worden aangepakt. Waar nodig of wenselijk kan worden samengewerkt met andere disciplines. Meestal gaat het dan om het evalueren van de zorg aan de hand van zelf opgestelde criteria. Multidisciplinaire toetsingsvormen op grond van bestaande zorgplannen zijn nog zeldzaam. Zij vormen echter wel de uitdaging voor de toekomst.

#### **4.3.3 Het zorgen voor behoud**

Vergelijkbaar met het gestelde ten aanzien van het ontwikkelen van acties ter verbetering biedt ook het zorgen voor behoud de mogelijkheid tot sturing op twee niveaus.

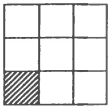
Allereerst moet worden gewaarborgd dat de zorgverlening plaats vindt volgens de gespecificeerde normen. Dat wil zeggen dat er systematisch gecontroleerd moet worden of er volgens de vastgelegde afspraken wordt gewerkt: het behoud van het gewenste niveau van zorg. Primair vindt dit plaats door het evalueren van de zorg middels acties ter verbetering. Deze verbeteringen moeten echter vastgehouden of geborgd worden. Structurele herevaluatie of zelfcontrole gericht op de 'performance' dient dus onderdeel te zijn van de activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking. De essentiële vraag is: Blijven we het goed doen? Juran noemt dit : Holding the gains.

Daarbij moet ook worden gewaarborgd dat de voorwaarden voor het bieden van goede zorg steeds aanwezig zijn. Het gaat dan vooral om het bewaken van de competentie of deskundigheid.

Bij alle activiteiten die gericht zijn op het behoud van de goede zorg gaat het met name om het inbouwen van zekerheden en het reduceren van onzekerheden ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening. De zorg voor behoud is de laatste schakel in de kwaliteitskringloop en biedt de mogelijkheid verantwoording af te leggen over de verleende zorg. Externe relaties zoals zorgverzekeraars en staatstoezicht kunnen de kwaliteit van de zorgverlening beoordelen aan de hand van de gegevens en documenten die door beoefenaren en zorginstellingen worden verstrekt. Dit sluit goed aan bij de rol van externe relaties, zoals deze wordt verwoord in de nota 'Kwaliteit van Zorg'. Daarin wordt de taak van het staatstoezicht beschreven als het houden van 'toezicht op toezicht'.

Overigens laat dit onverlet de verdere taken van de inspectie, waarbinnen ook steekproefsgewijs naar de inhoud van de zorg kan worden gekeken.

Het signaleren van de behoefte aan bijstelling van het produkt op grond van ontwikkelingen in de zorgmarkt, gaat hand in hand met herspecificatie van de zorg en zorgvernieuwing. Dit ligt meer op het terrein van een voortdurende heroriëntatie op de zorgvraag en ligt als dusdanig als vervolgstap achter het model.



**Met welke activiteiten kan de beroepsvereniging toezien op het voortdurend realiseren van het gewenste niveau van zorg in de daadwerkelijke zorgverlening?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de zorg voor behoud door de beroepsvereniging:

- Het aanreiken van hulpmiddelen voor kwaliteitsbehoud op uitvoeringsniveau
- Het zelf uitvoeren van toezicht
- Het signaleren van klachten van derden

#### *Hulpmiddelen voor kwaliteitsbehoud*

De activiteiten van de beroepsvereniging richten zich primair op het ondersteunen van de beroepsbeoefenaren bij het behouden van het niveau van de daadwerkelijk verleende zorg. Hiertoe kunnen hulpmiddelen worden ontwikkeld en aangereikt die afwijkingen van de norm signaleren en zo de mogelijkheid bieden voor het tijdig bijsturen van de zorg door de beroepsbeoefenaar. Deze hulpmiddelen hebben veelal de vorm van meetinstrumenten en zijn ook bruikbaar zijn voor het opsporen van verbetermogelijkheden. Voor het behouden van de zorg krijgen zij echter een iets andere vorm en functie. Zo kunnen bijvoorbeeld specificaties van de wenselijke zorg worden vertaald in werkinstructies voor het verbeteren van de zorg en vervolgens worden omgezet in een checklist, waarmee kan worden nagegaan of de instructies ook steeds tijdig en volledig worden opgevolgd. Bij het zorgen voor behoud spelen kritische kwaliteitskenmerken (tijdigheid, nauwkeurigheid enz.) dus een belangrijke rol.

#### *Het zelf uitvoeren van toezicht*

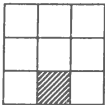
Ten tweede kan de beroepsvereniging zelf toezicht houden op de kwaliteit van de verleende zorg. Hiertoe worden procedures ontwik-

keld waarmee op systematische wijze kan worden geëvalueerd of beoefenaren qua competentie en performance aan de gespecificeerde normen voldoen. Op dezelfde wijze kan door het evalueren van kwantitatieve en zorginhoudelijke registratiegegevens op landelijk niveau ook sturing worden gegeven aan het behoud van de wenselijke inhoud van de zorg. Een bruikbare methodiek is het visiteren van afdelingen en/of eerstelijnspraktijken.

Deze procedures kunnen het beste worden ontwikkeld in een voortdurende interactie met beoefenaren en zorginstellingen. Zij maken een belangrijk deel uit van het uiteindelijke kwaliteitssysteem. De uitkomsten van deze procedures en evaluaties geven een schat aan informatie over de kwaliteit van de professionele zorgverlening en bieden daarmee de mogelijkheid ook extern verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid. Op het gebied van het bewaken van de competentie kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een systeem van periodieke registratie van beoefenaren, waarbij aan die herregistratie eisen worden gesteld. Deze eisen kunnen in overleg met de beroepsgroep worden geformuleerd.

#### *Het signaleren van klachten van derden*

Ten derde kan de beroepsvereniging procedures ontwikkelen voor het opvangen van signalen van externe relaties. Naast de patiënt, die een centrale rol speelt bij het ontwikkelen van alle hulpmiddelen, zijn dit bijvoorbeeld verwijzers, verzekeraars, andere disciplines en de overheid. Deze procedures hebben primair een preventief doel: het voorkómen van misstanden. Daarnaast kunnen zij ook feedbackgegevens genereren. Uiteindelijk kunnen zij uitmonden in vervolgpcedures met een meer sanctionerend karakter. Te denken valt aan klachtenregelingen en vormen van (intern) tuchtrecht.



**Met welke activiteiten kan de beroepsbeoefenaar het voortdurend leveren van de gewenste zorg waarborgen?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de zorg voor behoud door de beroepsbeoefenaar:

- Het gebruiken van hulpmiddelen
- Zorgvuldige registraties van de zorg
- Signaleren van onvoldoende kwaliteit

### *Het gebruiken van hulpmiddelen*

Primair moet de beroepsbeoefenaar in zijn dagelijks handelen de routines verankeren die steeds het gewenste niveau van zorg opleveren. Dat wil zeggen dat er voortdurend sprake is van zelfcontrole. Daarvoor moet de beroepsbeoefenaar zich uiteraard betrokken voelen bij de te gebruiken hulpmiddelen en deze bij voorkeur zelf hebben samengesteld op grond van door de beroepsvereniging ontwikkeld materiaal. De functie van deze hulpmiddelen kan zowel controlerend als signalerend zijn.

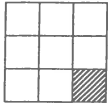
### *Zorgvuldige registraties van de zorg*

Essentieel bij het zorgen voor behoud is het genereren van gegevens over de verleende zorg. Daarvoor dient de zorg zowel naar produktie (kwantitatief) als naar inhoud (kwalitatief) nauwkeurig te worden geregistreerd. Deze gegevens leveren informatie op waarmee de zorg kan worden bijgestuurd, maar identificeren bij analyse of onderlinge vergelijking ook onderwerpen voor verbeteracties en bieden tenslotte de mogelijkheid voor het afleggen van verantwoording over de verleende zorg. Nauwkeurige zorginhoudelijke registraties zijn actieve borgingsmechanismes. Door de zorg steeds vast te leggen wordt de kwaliteit zichtbaar en dus gewaarborgd.

Zelfcontrole heeft ook betrekking op het evalueren van de eigen deskundigheid en andere structuurvoorwaarden voor goede beroepsuitoefening. Zorg voor behoud ten aanzien van deze voorwaarden kan vertaald worden in een breed scala aan activiteiten. Hierbij kunnen keuzes gemaakt worden op grond van persoonlijke affiniteit en de mogelijkheden tot samenwerking met andere beroepsbeoefenaren binnen of buiten de eigen instelling. Te denken valt aan studie- of toetsingsgroepen, nascholingsactiviteiten enz.

### *Signaleren van onvoldoende kwaliteit*

Een laatste borgingsmechanisme dat de beroepsbeoefenaar kan aanwenden, is het verwerken van signalen van derden. Willen deze signalen de mogelijkheid bieden tot het tijdig bijsturen van de zorg, dan is het van belang dat de beroepsbeoefenaar deze signalen zelf actief opspoor, bijvoorbeeld door het herkennen van dubbel werk, misverstanden of ongewenste neveneffecten van de zorgverlening. Ook kan hij hiervoor de samenwerking aangaan met externe relaties zoals verzekeraars of geneeskundige inspectie.



### **Met welke activiteiten kan de zorginstelling voortdurend het gewenste niveau van de door haar geleverde zorg bewaken?**

We onderscheiden de volgende essentiële elementen aan de zorg voor behoud door de zorginstelling:

- Organiseren van zelfcontrole op uitvoeringsniveau
- Participatie in professionele bewakingsprocedures
- Zorginhoudelijke gegevensverwerking binnen een informatiesysteem
- Opvangen en verwerken van externe signalen

Bij het bewaken van het gewenste niveau van zorg door de zorginstelling gaat het zowel om het waarborgen van het zorgprodukt in termen van deskundigheid van de zorgverleners en inhoud van de zorg als om het bewaken van het hele zorgverleningsproces. Voor alle drie de aspecten moeten procedures worden vastgelegd waarmee de zorgverlening kan worden beoordeeld en waar nodig tijdig bijgestuurd. Parallel aan het gestelde ten aanzien van de zorg voor behoud door de beroepsvereniging is samenwerking tussen de drie actoren essentieel bij het bewaken van de competentie en 'performance' van beroepsbeoefenaren.

#### *Organiseren van zelfcontrole op uitvoeringsniveau*

Primair kan worden uitgegaan van het principe van zelfcontrole door de zorgverleners, waarbij gebruik kan worden gemaakt van hulpmiddelen die door de beroepsgroepen zijn ontwikkeld. Desgewenst worden deze hulpmiddelen vertaald in instrumenten die speciaal zijn toegesneden op de systemen of procedures die binnen de instelling worden gebruikt. Doordat bij het bewaken van het zorgproces de nadruk ligt op het tijdig kunnen bijsturen is het essentieel dat in deze systemen de signaalfunctie voorop staat. Bijvoorbeeld door het instellen van indicatoren op grond van kritische kwaliteitskenmerken die tijdens verbeterprogramma's zijn geïdentificeerd.

#### *Participatie in professionele bewakingsprocedures*

In de tweede plaats kan de instelling aansluiten bij door de beroepsvereniging ontwikkelde procedures voor het waarborgen van de beroepsuitoefening, dan wel samen met de betrokken beroepsvereniging een dergelijke procedure ontwikkelen. Te denken valt aan het visiteren van praktijken of afdelingen door de beroepsvereniging,



waarna certificatie zou kunnen volgen. Tijdens de visitatie kan spiegelinformatie over de praktijkvoering worden gegeven op grond van vergelijking met geaggregeerde gegevens op landelijk niveau. Ook kunnen de gebruikte kwaliteitsdeelsystemen worden doorgelicht en knelpunten in de zorgverlening worden besproken. In principe zou hierbij kunnen worden samengewerkt met externe instanties. De maatstaven op grond waarvan de praktijkvoering wordt beoordeeld, worden dan door de beroepsgroep zelf vastgesteld, terwijl de daadwerkelijke visitatie in gezamenlijkheid of uiteindelijk zelfs alleen door de externe instantie kan worden gedaan.

#### *Zorginhoudelijke gegevensverwerking*

Ten derde zijn voor het verwerken van de informatie uit de zorginhoudelijke registraties procedures nodig, die een systematische analyse van de gegevens mogelijk maken. Voor het management van grotere instellingen liggen hier taken in het opzetten van een managementinformatiesysteem.

Monodisciplinaire zorginstellingen kunnen hiervoor gebruik maken van professionele registratie- en informatiesystemen. De verzamelde gegevens kunnen zowel gebruikt worden voor het direct controleren en bijsturen van de zorg als voor het afleggen van verantwoording tegenover externe relaties.

#### *Opvangen en verwerken van externe signalen*

Tenslotte dient de zorginstelling een procedure te ontwikkelen voor het verwerken van signalen van derden, bijvoorbeeld in de vorm van een klachtenregeling. Ook hierbij moet de nadruk weer liggen op het tijdig kunnen bijsturen van de zorgverlening, dan wel het voorkómen van zorg van onvoldoende niveau.

Met bovenstaande beschrijving van de essentiële elementen per veld is de basis gelegd voor een referentiekader bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. We hebben vastgesteld wat de doelen zijn van kwaliteitszorg, welke actoren binnen de beroepsgroep uitvoering geven aan die kwaliteitszorg, welke activiteiten zij daarvoor moeten ontplooiën en hoe deze activiteiten onderling samenhangen. Daarmee is het referentiekader echter nog niet compleet. Zoals we al beschreven kent kwaliteitszorg twee niveaus:

- het basisniveau waarop de kwaliteit van zorg wordt vastgelegd, geëvalueerd, bijgesteld, bewaakt en verantwoord.
- en een tweede niveau dat bestaat uit een voortdurende reflectie op de kwaliteitszorg.

Dit tweede niveau geeft de dynamiek van kwaliteitszorg weer. De zorgvraag is aan verandering onderhevig. Perspectieven op goede zorg verschuiven. Specificaties moeten worden bijgesteld. Verbeteracties leiden tot zorgvernieuwing. Die nieuwe zorg moet ook weer worden geëvalueerd, bijgesteld, bewaakt en verantwoord.

Dit betekent dat het kwaliteitsbeleid van beroepsgroepen een zelfde dynamiek zal moeten kennen: van een voortdurende heroriëntatie op de markt, middels het analyseren en verwerken van uit het veld vergaarde gegevens tot het afleggen van verantwoording over de gemaakte keuzes. En ook de ontwikkelde activiteiten zullen moeten worden geëvalueerd, bijgesteld en gecontroleerd. In een voortdurende zoektocht naar verdere verbetering van de zorg. Het referentiekader is daarbij een hulpmiddel.

In figuur 4 zijn de essentiële elementen per veld schematisch weergegeven. Omdat marktonderzoek en verantwoording afleggen niet primair als doelen van kwaliteitszorg zijn aan te merken, zijn zij symbolisch als extra balken boven en onder het model weergegeven. In werkelijkheid kunnen zij echter eerder beschouwd worden als de twee elementen die voor en achter het model liggen en de cyclus van kwaliteitszorg completeren.

**Figuur 4** De relatie tussen doelen van kwaliteitszorg, de activiteiten ten aanzien van kwaliteitsbevordering en de actoren die uitvoering geven aan de kwaliteitsbevordering

	BEROEPS- ACTOREN VERENIGING	BEROEPS- BEOEFENAAR	ZORGINSTELLING
	→		
DOELEN VAN KWALITEITS- ZORG ↓	MARKT ONDERZOEKEN / VASTSTELLEN ZORGVRAAG		
SPECIFICEER DE TE VERLE- NEN ZORG	Zorgproduct + toegevoegde waarde  Deskundigheid  Professioneel handelen  Zorginhoud	Indicatiestelling  Taakomschrijving  Behandelplan	Geïntegreerd zorgproduct  Zorgproces en zorginhoud  Procedures
ONTWIKKEL ACTIES TER VERBETERING	Begeleiden  Initiëren kwaliteitsdenken  Hulpmiddelen ont- wikkelen en aanrei- ken  Training/scholing	Reflectie  Veranderen gedrag en handelen op grond van indivi- duële feedback  Vertalen in persoon- lijke scholingsbe- hoefte	Informatie-organi- satie  (Multidisciplinaire) Verbeterteams en Verbeterprogram- ma's  Scholingsbeleid
ZORG VOOR BEHOUD	Hulpmiddelen aanreiken  Toezicht houden  Signaleren	Hulpmiddelen gebruiken  Registreren zorg  Signaleren	Organiseren zelfcontrole  Bewakings- procedures  Gegevens- verwerken  Signalen verwerken
	EXTERNE RELATIES / VERANTWOORDING AFLEGGEN		

#### 4.3.4 De functie van het referentiekader

De visie vanwaaruit dit referentiekader is beschreven heeft als uitgangspunt dat kwaliteitsbevordering een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van alle veldpartijen in de gezondheidszorg. Het gemeenschappelijke einddoel van alle activiteiten is integrale kwaliteitszorg. Daarbij staat de patiënt centraal. Integrale kwaliteitszorg begint met het onderzoeken van de zorgvraag: de wensen en behoeften van de patiënt en eindigt met het controleren van de tevredenheid van de patiënt: is ten aanzien van alle aspecten van de zorg en op alle onderdelen van het zorgverleningsproces steeds aan die wensen en behoeften voldaan. Door de opzet van het model kan het zowel gebruikt worden voor het bepalen van de grote lijnen van het kwaliteitssysteem als in een later stadium voor het steeds verder verfijnen van onderdelen van het systeem. Uiteindelijk bestaat zelfs de mogelijkheid om het model te doorlopen voor ieder aspect van de kwaliteit van zorg en daarbij activiteiten voor de diverse actoren en externe relaties te beschrijven.

Op deze wijze geeft het model richting aan het denken over kwaliteit en kwaliteitsbeleid: het belicht de mogelijkheden en eventuele voordelen van het integreren van reeds bestaande en geplande kwaliteitsbevorderende activiteiten op de drie onderscheiden niveaus. Daarnaast biedt het ook ruimte voor het inpassen van externe initiatieven op het gebied van kwaliteitsbevordering. Deze kunnen per veld worden benoemd of het model kan naar behoeven worden uitgebreid met een in principe oneindig aantal extra kolommen, waarin dan bijvoorbeeld de activiteiten van verzekeraars, verwijzers of het staatstoezicht kunnen worden geplaatst. Deze uitbreiding valt echter buiten het kader van dit rapport.

##### *Het model als diagnosticum*

Primair is het model bedoeld als een orderingskader, dat als diagnosticum kan worden gebruikt voor de bestaande activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering. De reeds ontwikkelde instrumenten en methodieken kunnen worden geanalyseerd aan de hand van de elementen die in het model worden beschreven. Zo kan worden vastgesteld in welk veld ze thuis horen.

Vervolgens moeten ze ook op inhoudelijke aspecten worden beoordeeld: Hoe zien ze er uit? Wat is de onderlinge samenhang? Hoe worden ze in de praktijk gebruikt? Kortom, er moet worden vastgesteld hoe specifiek de instrumenten zijn, in hoeverre ze samen in een systeem passen en in welke mate ze structureel ingevoerd zijn

binnen de beroepsgroep. Hierbij kunnen steeds drie graden worden aangegeven. Deze worden in de onderstaande tabel weergegeven.

	1	2	3
specificiteit	globaal	grof specifiek	gedetailleerd specifiek
samenhang	losstaand	passend in systeem	systeem-onderdeel
structureel	experimenteel	implementatiefase	onderdeel dagelijks handelen

Een dergelijke inhoudelijke analyse verduidelijkt ook onmiddellijk in hoeverre instrumenten voldoen aan de doeleinden waarvoor ze ontwikkeld zijn. Op grond van deze effectiviteit kan dan worden vastgesteld hoe bruikbaar ze zijn voor het realiseren van de doelen van kwaliteitszorg.

Op deze manier wordt nauwkeurig in kaart gebracht wat de stand van zaken is.

#### *Het kwaliteitsbeleid als therapeuticum*

Als de 'diagnose' gesteld is, kan vervolgens de 'therapie' worden ingesteld. Door de huidige stand van zaken te spiegelen aan de activiteiten die passen bij het gewenste kwaliteits(deel)systeem, kunnen de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid worden geformuleerd. Uitgangspunt voor het beleid zijn de bestaande activiteiten, voor zover deze als nuttig en bruikbaar worden beoordeeld. Vervolgens richten de doelstellingen zich op het aanbrengen van samenhang tussen deze activiteiten. Daarnaast krijgt het ontwikkelen van nieuwe activiteiten prioriteit, gericht op het invullen van lacunes in het model.

In de volgende paragraaf wordt het gebruik van het model toegelicht. We doen dit door te beschrijven hoe een fictieve beroepsgroep, verenigd in de NVX, het model hanteert bij het ontwerpen van haar kwaliteitsbeleid. We benadrukken dat aan dit praktische voorbeeld geen normatieve of prescriptieve waarde moet worden toegekend. De beschrijving is louter illustratief en geeft aan, hoe het zou kunnen, niet hoe het zou moeten.

#### 4.4 De NVX

De NVX is een relatief jonge beroepsvereniging van paramedische beroepsbeoefenaren. In de loop der jaren is het beroep uitgegroeid tot een zelfstandige tak van zorgverlening met een gespecialiseerde deskundigheid op het gebied van diagnostiek en therapie. Het beroep is in 1972 officieel als paramedisch erkend en heeft sinds 1975 een eigen opleiding.

Er zijn naar schatting 2000 gediplomeerde X-therapeuten, van wie 1300 intramuraal werkzaam zijn en 300 extramuraal. Tachtig procent van de praktizerende therapeuten is jonger dan 40 jaar. De man-vrouwverhouding is 40-60, waarbij relatief veel mannen in de vrije praktijk werkzaam zijn. De vrijgevestigde X-therapeut is een tamelijk recent verschijnsel, tot 10 jaar geleden werd er alleen intramuraal gewerkt. De meeste praktijken bestaan uit 1 of 2 therapeuten, soms in een samenwerkingsverband met andere paramedische disciplines. De X-therapie houdt zich bezig met diagnostiek en behandeling van afwijkingen aan het X-systeem van het menselijk lichaam.

De NVX is in 1964 opgericht als belangenbehartiger van de X-therapeuten. De vereniging telt 1500 leden, van wie 265 extramuraal werken, 950 intramuraal en 100 student-lid zijn.

Het stafbureau is gevestigd te Juinen en omvat een secretariaatsfunctie van 0,8 fte en een staffunctie van 0,7 fte. De NVX participeert in het breed paramedisch overleg en heeft regelmatig contacten met zusterorganisaties in het buitenland.

Sinds 1991 wordt actief beleid gevoerd ten aanzien van de kwaliteit van de X-therapeutische zorgverlening. In de beleidsnota van dat jaar is als doelstelling opgenomen: "Het zichtbaar en toetsbaar maken van de kwaliteit van de X-therapeutische beroepsuitoefening". Het beleid wordt gemotiveerd vanuit de wens tot verdere professionalisering van het beroep en de anticipatie op toekomstige wettelijke eisen. Begin 1992 is de commissie kwaliteit geïnstalleerd, bestaande uit 4 leden onder voorzitterschap van de staffunctionaris, mw. Memien Holboog. Als eerste activiteit schrijft de commissie de Nota Kwaliteit, waarin voortdurende verbetering van de zorg en voortdurende deskundigheidsbevordering hand in hand gaan. Aan het tot stand komen van deze nota zijn uitgebreide discussies voorafgegaan. Enerzijds is men van mening dat de Leidschendam-afspraken het noodzakelijk maken, dat er op korte termijn allerlei kwaliteitsbevorderende activiteiten ontwikkeld worden. Anderzijds vindt men het weinig zinvol initiatieven te ontplooien die niet aansluiten bij wat de beroeps-

groep bezig houdt. Ook binnen de beroepsgroep zijn er diverse ontwikkelingen gaande. Een aantal voorlopers zijn op lokaal niveau druk bezig richtlijnen te ontwikkelen. In een andere regio bestaan plannen voor het opzetten van intervisie bij eerstelijnspraktijken. Vanuit de opleiding loopt al enige jaren een visitatie-procedure voor stage-adressen. Men wil het enthousiasme van deze voorlopers graag behouden, door hun activiteiten binnen het kwaliteitsbeleid te legitimeren. Bij de meerderheid van de beroepsgroep wordt wel veel aandacht besteed aan na- en bijscholing op grond van persoonlijke belangstelling, maar moet de discussie over kwaliteitsbevordering nog op gang komen. Eigenlijk zou de commissie er de voorkeur aan geven eerst deze discussie aan te zetten. Vervolgens zou dan een door de beroepsgroep gedragen koers kunnen worden uitgezet. Het probleem is, dat er nu allerlei activiteiten naast en door elkaar ontwikkeld dreigen te worden, voordat duidelijk is wat het einddoel is. Bovendien blijkt het moeilijk te zijn manieren te vinden om het kwaliteitsdenken in de beroepsgroep te stimuleren. Uiteindelijk komt men tot de conclusie, dat het nuttig zou zijn een ontwikkeltraject met intercollegiale toetsing in gang te zetten. De gedachte is dat door toetsing van de zorg zowel gegevens beschikbaar komen voor kwaliteitsnormering als aandachtspunten voor verdere scholing en effectonderzoek. De wetenschappelijke onderbouwing van het vak wordt als zeer belangrijk gezien. Vanuit deze gedachtengang wordt gestart met een project intercollegiale toetsing in de intramurale sector. Voor de lange termijn wordt overwogen deelname aan toetsing verplicht te stellen als onderdeel van een uitgebreider kwaliteitssysteem. Men is zich er echter van bewust dat verplichtstelling een heet hangijzer is binnen de beroepsgroep. Bovendien is men er nog niet uit, hoe het uiteindelijke systeem er precies uit zou moeten zien.

### **Hoe kan de NVX het model gebruiken bij het verder ontwikkelen van haar kwaliteitsbeleid?**

Met het model in de hand besluit de commissie kwaliteit tot het volgende stappenplan:

1. Inventarisatie van bestaande activiteiten, zowel regionaal als landelijk
2. Consensus overleg in de commissie kwaliteit, waarbij de volgende punten aan de orde komen:
  - Plaats van de activiteit in het model
  - Analyse van de inhoudelijke aspecten van de activiteit
3. Vaststellen van een actieplan, gericht op het opvullen van lacunes in het model en het aanbrengen van samenhang in de bestaande activiteiten.

Uitwerking van de stappen:

1. De inventarisatie van de huidige activiteiten en bestaande instrumenten levert het volgende lijstje op:  
Beroepsprofiel, 1978, met appendix van 1986 aangaande eerstelijns praktijkvoering  
Gedragsregels, 1983  
Richtlijnen, zorginhoudelijk, voor 2 patiëntencategorieën, niet landelijk vastgesteld  
Visitatie van stage-adressen door opleidingscoördinator sinds 1989  
Intercollegiale toetsing, project gestart in najaar 1992  
Intervisie eerstelijnspraktijken, lokaal initiatief gestart in 1993
2. Vervolgens wordt een aantal bijeenkomsten belegd, waarin steeds één onderwerp van deze lijst tegen het licht wordt gehouden. Dit wordt beoordeeld op specificiteit, samenhang met andere activiteiten en mate van structureel ingevoerd zijn in de beroepsgroep. En er wordt bekeken welke doelen met het instrument worden gediend. Ter illustratie volgen hier twee voorbeelden.

### *Gedragsregels*

Ten aanzien van de specificiteit van de gedragsregels heeft de commissie de volgende kanttekeningen:

De gedragsregels zijn vrij globaal van karakter en daarbij niet volledig, als ze worden afgezet tegen de aspecten van kwaliteit van beroepsuitoefening zoals deze door de NRV zijn beschreven. Er wordt bijvoorbeeld wel in vermeld dat de therapeut de patiënt over alle aspecten van diagnostiek

en behandeling dient te informeren, maar hoe deze informatieverschaffing vorm krijgt, wordt niet geëxpliciteerd. Aspecten als samenwerking en verantwoording afleggen zijn niet uitgewerkt. De commissie waardeert de gedragsregels qua specificiteit met een score van 1 op een schaal van 1 (globaal) tot 3 (expliciet, gedetailleerd).

Ten aanzien van de samenhang met andere activiteiten wordt duidelijk dat er zowel binnen de toetsingsgroepen als bij de visitatie van stage-adressen wel gebruik gemaakt wordt van de gedragsregels, respectievelijk bij het formuleren van criteria van goede zorg en bij het evalueren van de huisregels van het stage-adres. Hierbij blijkt door het gebrek aan specificiteit echter steeds een vertaalslag te moeten worden gemaakt om de regels praktisch toepasbaar te maken. Overigens zijn op grond van deze regels binnen een aantal toetsingsgroepen opvallend heldere criteria voor goede zorgverlening geformuleerd. De commissie beoordeelt de samenhang met een score 2, waarmee ze aangeeft dat het hier geen losstaand



instrument betreft, maar dat de mogelijkheid bestaat de gedragsregels in te bouwen als onderdeel van een kwaliteits(deel)systeem. Ten aanzien van de mate van structureel ingevoerd zijn blijkt dat de meeste beroepsbeoefenaren goed op de hoogte zijn van de gedragsregels en zich goed kunnen vinden in de gedragscode die daarin is vastgelegd. Afgezien van de eerder genoemde voorbeelden zijn de regels echter zelden verwerkt in huisregels of modelovereenkomsten met patiënten. Ze zijn meer impliciet als normen voor goede beroepsuitoefening in de beroepsgroep geaccepteerd. Op grond hiervan krijgen ze de score 2.

De plaats in het model is geen punt van discussie: gedragsregels vallen onder het specificeren van de normen voor goede beroepsuitoefening door de beroepsvereniging.

#### *Intercollegiale toetsing*

De specificiteit van de toetsingsmethodiek scoort een 3. Bij de toetsing worden expliciete criteria opgesteld, waaraan de verleende zorg wordt getoetst.

Ook over de samenhang met andere activiteiten is de commissie het snel eens: een 2. Toetsing wordt beschouwd als een kwaliteitsdeel-systeem voor het waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Omdat het hier een proefproject betreft, levert ook de score voor de mate van structureel ingevoerd zijn geen probleem op: een 1.

De plaats in het model is echter het onderwerp van zeer uitgebreide discussie. Sommige leden van de commissie leggen de nadruk op het zorgverbeteringsaspect van toetsing, anderen zien het vooral als een methode om de kwaliteit te bewaken door regelmatige hertoetsing. Het voorafgaande traject van verbeteringen aanbrengen totdat de werkelijke zorg overeenkomt met de opgestelde criteria, is in hun optiek meer voorwaardenscheppend voor het uiteindelijke behoudsdoel. Mevrouw Ter Weksel van de commissie ziet de kracht van toetsing veel meer in het ontwikkelen van het kwaliteitsdenken bij de mensen die in de toetsingsgroepen actief zijn: zij vindt met name het feit dat beroepsbeoefenaren zich bewust worden van de noodzaak om daadwerkelijk hun praktijkroutines te veranderen, essentieel. Deze discussie brengt een fundamenteel principe aan het licht: Instrumenten en methodieken zijn waardevrij. De manier waarop ze ingezet worden, bepaalt het doel dat zij dienen. Uiteindelijk sluit de commissie zich aan bij het standpunt van mevrouw Ter Weksel: In de huidige vorm dient het toetsingsproject

met name een bewustwordingsproces. Pas als toetsing over de volle breedte van het werkveld is ingevoerd en de criteria worden geformuleerd op grond van algemeen geaccepteerde landelijke richtlijnen, beantwoordt het aan het beoogde doel als methode voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorgverlening op landelijk niveau.

Op dezelfde wijze worden door de commissie kwaliteit ook de andere activiteiten besproken. Uiteindelijk leidt dit tot het volgende plaatje (zie figuur 5). De cursief gedrukte woorden geven aan dat het hier lokale activiteiten betreft, ofwel documenten die niet landelijk door de beroepsgroep zijn gelegitimeerd.

**Figuur 5 Zo vult de commissie kwaliteit van de NVX het model in:**

	ACTOREN → BEROEPS- VERENIGING	BEROEPS- BEOEFENAAR	ZORGINSTELLING
DOELEN VAN Kwaliteits- ZORG ↓			
SPECIFICEER DE TE VERLE- NEN ZORG	<i>Beroepsprofiel</i> <i>Gedragsregels</i> <i>Richtlijnen</i>		<i>Huisregels</i> <i>Criteria</i>
ONTWIKKEL ACTIES TER VERBETERING		<i>Intercollegiale toetsing</i> <i>Intervisie eerstelij</i>	<i>Intercollegiale toetsing</i>
ZORG VOOR BEHOUD			

3. Nu het duidelijk is wat de bestaande instrumenten en activiteiten inhouden en waar ze thuis horen, kan de commissie overgaan tot het opstellen van een actieplan. Uitgaande van de bestaande activiteiten worden de volgende doelstellingen geformuleerd:
- Het herzien of uitbreiden van de bestaande instrumenten zodat deze voldoen aan de eisen van specificiteit, samenhang en structureel ingevoerd zijn
  - Het ontwikkelen van nieuw instrumentarium dat nodig is om verdere samenhang aan te brengen en lacunes op te vullen. Het uiteindelijke doel is het kwaliteitssysteem compleet te maken.
  - Het gefaseerd invoeren van alle onderdelen in de hele beroepsgroep
  - Het inventariseren van wensen van patiënten, verwijzers en instellingen als onderbouwing van de prioriteitsstelling

Bij het ten uitvoer brengen van deze plannen wordt gekozen voor een pragmatische aanpak.

Gezien het succes van het intercollegiale toetsingsproject en het spontaan tot stand komen van intervisie in de eerstelijns lijken deze vormen van evaluatie en verbetering van de zorg op dit moment goed aan te sluiten bij de wensen van de beroepsgroep. Er wordt een studiedag over toetsing belegd, waar de toetsings- en intervisiegroepen hun werkwijze en eerste resultaten presenteren.

Uit het overleg met deze groepen komt bovendien duidelijk naar voren, dat zij bij hun activiteiten oplopen tegen het feit, dat er weinig referentiekaders voor handen zijn, waaraan zij de criteria voor goede zorg kunnen ontlenu. Inventarisatie van geselecteerde toetsingsonderwerpen identificeert de meest voorkomende patiëntencategorieën waarvoor behoefte is aan duidelijke specificatie van de zorg en goede samenwerkingsafspraken. Bovendien blijkt dat een aantal toetsingsstudies standaardisering en uniformering van de zorginhoudelijke verslaglegging betreffen. De groepen hebben zelf standaardformulieren ontwikkeld, die echter zeer algemeen bruikbaar lijken.

#### *Prioriteiten*

Op grond van deze bevindingen besluit de commissie kwaliteit dat primair gewerkt zal moeten worden aan het samenstellen van zorginhoudelijke richtlijnen voor de meest genoemde toetsingonderwerpen en dat daarbij prima gebruik gemaakt kan worden van de criteria die lokaal ontwikkeld zijn. Een aantal plaatselijke toetsingscoördinatoren wordt uitgenodigd in de werkgroep richtlijnontwikkeling zitting te nemen.

De ervaringen van de mensen die zich met de verslaglegging hebben bezig gehouden, leiden tot het besluit dat er ook een werkgroep registratie in het leven geroepen moet worden. Deze zal zich buigen over de opdracht een landelijke richtlijn te ontwikkelen en een standaard-registratieformulier als uitgangspunt voor een uiteindelijk automatiseringspakket.

Het moge duidelijk zijn uit de gegeven voorbeelden dat ook het uitbreiden en verder specificeren van de gedragsregels en het invoeren van toetsing bij alle beroepsbeoefenaren belangrijke prioriteiten zijn in het actieplan van de NVX. De overige keuzes worden bepaald door het kwaliteitssysteem dat de NVX voor ogen staat. De mogelijke contouren van een dergelijke eindconstructie worden in de volgende paragraaf beschreven.

#### *Het kwaliteitssysteem*

Hét kwaliteitssysteem bestaat niet. Er zijn vele constructies denkbaar die samenhang aanbrengen in de verschillende deelsystemen die door beroepsbeoefenaren ontwikkeld zijn en worden. We noemen een paar voorbeelden.

Bij de LHV bestaat de uiteindelijke constructie uit een systeem van periodieke registratie van huisartsen. Aan die herregistratie worden eisen verbonden. Momenteel zijn dit nog kwantitatieve criteria: men moet een bepaald aantal uren per jaar actief praktizeren. Het ligt in de bedoeling het systeem uit te breiden met eisen ten aanzien van verplichte bij- en nascholing en deelname aan toetsingsactiviteiten. Passend bij dit systeem is men druk doende een adequaat en geaccrediteerd scholingspakket te ontwikkelen. Het uiteindelijke kwaliteitssysteem periodieke registratie verbindt dus de deelsysteem intercollegiale toetsing, gerichte bij- en nascholing op grond van geconstateerde lacunes en accreditatie van bij- en nascholing.

Een andere mogelijkheid is het bouwen van een systeem gebaseerd op certificatie van praktijken en afdelingen van beroepsbeoefenaren. In dit systeem speelt visitatie een belangrijke rol. Aan de hand van vooraf opgestelde criteria wordt de praktijkvoering geëvalueerd en worden adviezen gegeven over bijstelling van de zorgverlening, eventuele scholing enz. Aanvankelijk heeft visitatie vooral een oriënterend karakter, zowel voor de visiteurs als voor de gevisiteerden. Naarmate een groter deel van de beroepsgroep in de procedure participeert, kunnen echter conclusies worden getrokken. Er kan worden vastgesteld over welke onderdelen van de visitatie binnen de

beroepsgroep een grote mate van overeenstemming bestaat. Op grond van de gehanteerde criteria kunnen voor deze onderwerpen dan landelijke richtlijnen worden opgesteld. Voor meer controversiële onderwerpen kan een consensusprocedure worden overwogen. Ook kan op grond van geconstateerde lacunes een gericht na- en bijscholingpakket worden ontworpen, dat door de beroepsvereniging geaccrediteerd kan worden. Uiteindelijk kunnen daadwerkelijke verbetering en behoud van het gewenste niveau van zorg worden gewaarborgd door gerichte hervisitatie en bindende adviezen. Waarna certificatie kan volgen. De visitatie kan primair door beroeps- genoten worden gedaan, maar kan te zijner tijd ook worden overgedragen aan een externe instantie.

Een derde alternatief is het genereren van gegevens over die onderdelen van de zorg, waarover men extern verantwoording wil afleggen. In het Pace-project worden in een aantal ziekenhuizen kwaliteitsborgingsnormen vertaald in instrumenten en methoden die per discipline deze gegevens voortbrengen. Systematische analyse en evaluatie van deze gegevens biedt de mogelijkheid het niveau van zorgverlening te bewaken en waar nodig te verbeteren. Daarnaast zullen ook de gebruikte instrumenten en methoden regelmatig moeten worden gecontroleerd op effectiviteit en doelmatigheid en waar nodig worden bijgesteld.

Al deze voorbeelden hebben gemeenschappelijk dat ze een aantal deelsystemen samenbinden tot een systeem waarmee de zorgverlening wordt vastgelegd, geëvalueerd en bewaakt. Het ligt niet in het kader van dit rapport om hier een voorkeur voor een bepaald systeem uit te spreken.

Wel biedt het referentiekader de mogelijkheid een aantal essentiële terreinen te benoemen waarop beroepsgroepen hun activiteiten kunnen richten. In het kader van de wettelijke eisen die aan het kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren worden gesteld valt hierover het volgende te zeggen.

Beroepsgroepen zullen eisen moeten stellen die het recht op titelvoering kunnen waarborgen. Deze eisen kunnen worden neergelegd in startkwalificaties, deskundigheidseisen ten aanzien van specialisatie en differentiatie en nascholingseisen. Produktspecificaties leggen vast wat de structuurvoorwaarden zijn voor het verlenen van goede zorg (competentie). In het kader van de BIG-wet kunnen produktspecificaties en startkwalificaties worden

beschouwd als de basis voor een (deel)systeem waarmee de titelvoering kan worden gewaarborgd.

Beroepsgroepen zullen daarnaast eisen moeten stellen aan de goede zorg. Deze eisen kunnen worden vastgelegd in gedragsregels en zorginhoudelijke richtlijnen. In het kader van de BIG-wet kunnen deze specificaties van de procesvoorwaarden worden beschouwd als de basis voor een (deel)systeem waarmee de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan worden gewaarborgd.

Vervolgens zal op systematische wijze moeten worden gewaarborgd dat beroepsbeoefenaren ook daadwerkelijk aan deze eisen voldoen. Dat wil zeggen dat de stappen van de kwaliteitskringloop doorlopen worden: evalueren van de zorg aan de hand van de specificaties, waar nodig verbeteren van de zorg en vervolgens controleren of het gewenste niveau van zorg steeds gehaald wordt. Bruikbare methoden hiervoor zijn intercollegiale toetsing en visitatie. Ook het structureel evalueren van gegevens uit nauwkeurige zorginhoudelijke registraties en op grond daarvan bijstellen van de zorg is een belangrijk deelsysteem. Het in samenhang brengen van deze deelsystemen biedt de mogelijkheid het hele zorgverleningsproces systematisch te bewaken.

### **Tot besluit**

In dit hoofdstuk is een model beschreven dat als referentiekader kan dienen voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. In dit model staat de patiënt centraal en ligt de nadruk op de kwaliteit van de verleende zorg, zoals die door de patiënt wordt ervaren. Dat betekent dat met name veel belang wordt gehecht aan de kwaliteit van zorg, zoals die in het primaire proces tot stand komt. Doelen van kwaliteitszorg, taken en verantwoordelijkheden van actoren en essentiële activiteiten zijn in de voorafgaande tekst steeds vanuit deze visie beschreven. Het model is dan ook vooral een denkmodel. Het biedt een mogelijkheid voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid vanuit een nieuw perspectief. De paramedische beroepsgroepen worden uitgenodigd om vanuit dit perspectief hun bestaande activiteiten opnieuw te bezien. Ze als het ware tegen het licht te houden en vervolgens op zoek te gaan naar die activiteiten die samenhang en volledigheid in het beleid aanbrengen.

De samenstellers van dit rapport zijn zich er van bewust dat dit geen eenvoudige taak zal zijn. Het is dan ook verheugend dat het Ministerie van WVC het besluit heeft genomen een driejarig programma 'Stimulering Kwaliteitsbeleid Paramedici\*' te realiseren. Hiermee liggen

er goede mogelijkheden voor ondersteuning van de paramedische beroepsgroepen bij hun zoektocht naar de voor hen meest geschikte aanpak van het waarborgen van de kwaliteit van de paramedische zorg.





## 5 IMPLEMENTATIE

Implementatie betekent het daadwerkelijk invoeren van onderdelen van het kwaliteitssysteem. Dat wil zeggen dat de activiteiten die daarvoor nodig zijn, structureel deel gaan uitmaken van het dagelijks handelen van beroepsbeoefenaren. Het gaat dus om het invoeren van een vernieuwing, die naast gedragsverandering ook veranderingen in bestaande structuren en organisatie-procedures kan vragen. Hoewel er niet één methode aan te wijzen is, die zijn effectiviteit inmiddels heeft bewezen, zijn er wel bruikbare theorieën over het sturen van veranderingsprocessen. Bovendien heeft de praktijk tot nu toe ook waardevolle informatie opgeleverd over succesfactoren en bekende valkuilen en obstakels. Dit hoofdstuk heeft als doel een aantal aandachtspunten te beschrijven, die van nut kunnen zijn bij het bepalen van invoeringsstrategieën en daarbij theorie en geleerde lessen uit de praktijk met elkaar in verband te brengen. Achtereenvolgens komen aan de orde: factoren die te maken hebben met de personen binnen de beroepsgroep, met de in te voeren vernieuwing en met het invoeringsproces zelf.

### 5.1 De beroepsgroep

Kernpunt van het referentiekader is het realiseren van een verandering in handelen en gedrag van de beroepsbeoefenaar in de zorgverleningssituatie. Alle activiteiten van de beroepsvereniging zijn er op gericht deze veranderingen te faciliteren. De bestaande cultuur binnen de beroepsgroep is daarbij een belangrijke factor. Ondanks het feit dat kwaliteitsbevordering bij alle partijen in de gezondheidszorg op de agenda staat, is er over het algemeen nog geen sprake van een cultuuromslag. Normeren, meten en verantwoording afleggen zijn termen die bij veel beroepsbeoefenaren nog weerstand oproepen. Deze weerstand is veelal gebaseerd op angst dat er inbreuk gemaakt wordt op de professionele autonomie. Men is ook niet gewend aan het krijgen van feedback. Bovendien ontbreken nog vaak de gegevens waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgelezen. Deskundigheidsbevordering en zorgverbetering worden eerder in verband gebracht met wetenschappelijk onderzoek dan met kwaliteitsbeleid. Wil het invoeren van kwaliteitsbevorderende activiteiten kans van slagen hebben, dan zullen deze weerstanden en vooroordelen moeten worden weggenomen. Primair kan dit gebeu-

ren in de initiële opleiding. Het ontwikkelen van kwaliteitsdenken en een attitude gericht op voortdurende verbetering van de zorg dient een integraal onderdeel te zijn van het socialisatieproces van beroepsbeoefenaren.

De beroepsvereniging kan het ontwikkelen van deze attitude verder faciliteren door een duidelijke visie op kwaliteit te formuleren en deze in de beroepsgroep te verspreiden. Het inschakelen van personen met aanzien en autoriteit is hierbij essentieel. We lichten dit toe.

De visie op kwaliteitsbevordering binnen de beroepsgroep speelt een voorname rol. De boodschap die overgebracht moet worden is: Kwaliteitsbevordering is niet iets dat je náást je eigenlijke werk doet, het ís je werk. Dat houdt echter in dat dit ook in de beleidsvoornemens duidelijk naar voren moet komen. Kwaliteitsbeleid is niet iets dat de beroepsvereniging naast het dagelijkse beleid erbij doet, het ís het verenigingsbeleid. Dit beleid moet helder en transparant zijn. Daarbij is het belangrijk dat de leiding uitstraalt dat kwaliteit in het beleid topprioriteit heeft. De activiteiten van de beroepsvereniging ten aanzien van het kwaliteitsbeleid moeten duidelijk zichtbaar zijn voor de hele beroepsgroep. Publikatie lijkt hiervoor de aangewezen weg. Zowel het publiceren van de eigen beleidsvoornemens als het verslag doen van afspraken met andere partijen en het ruchtbaarheid geven aan leuke en goede initiatieven op lokaal niveau kunnen dit doel dienen. Daarbij is het goed zich te realiseren dat de invloed van schriftelijke informatie beperkt is. Het eigen voorbeeld en de mening van personen met aanzien binnen de beroepsgroep is minstens net zo belangrijk.

Als we nog even terugdenken aan de discussies in de commissie kwaliteit van de NVX dan zien we dat de toetsingsactiviteiten die daar besproken werden dus goed pasten bij een proces van bewustwording. Door actief bezig te zijn met het evalueren van de verleende zorg ontstaat bij de beroepsbeoefenaren bijna vanzelfsprekend de behoefte aan vastgelegde normen, waaraan criteria kunnen worden ontleend. Zijn deze referentiekaders voor handen en worden ze landelijk in toetsingsgroepen toegepast, dan is er pas sprake van daadwerkelijke verbetering van de zorg.

In de praktijk blijkt steeds weer, dat als de aanvankelijke weerstand tegen kwaliteitsbevordering is overwonnen en toetsing niet meer als bedreigend wordt ervaren, er een groeiend enthousiasme ontstaat om de eerste kleine verbeteringen uit te breiden naar meer omvattende programma's. Accenten worden verlegd van vakinhoudelijk naar klantgericht of van monodisciplinair naar multidisciplinair.

In het kwaliteitsbeleid moet de beroepsvereniging dus eigenlijk steeds een stapje voorlopen op de ontwikkelingen in de beroepsgroep. De eigen voorwaardenscheppende en begeleidende activiteiten bieden perspectief aan de mensen in het veld die actief bezig zijn met kwaliteitsbevordering. Door het bieden van dit perspectief krijgen de lokale activiteiten een verankering en blijft het enthousiasme behouden.

Bij het verspreiden van de activiteiten onder de diverse geledingen van de beroepsgroep kan van dit enthousiasme gebruik worden gemaakt. "Van je collega's neem je meer aan dan van mevrouw Holboog uit Juinen".

Naast het realiseren van een goede infrastructuur voor de overdracht van kennis en vaardigheden en het onderhouden van een goede communicatie is het vooral belangrijk dat sleutelfiguren binnen de beroepsgroep de ideeën en activiteiten uitdragen. Rogers\* geeft de volgende indeling van betrokkenen op basis van vernieuwingsbereidheid:

- 1 Innovatoren Dit zijn de mensen die de vernieuwing in de beroepsgroep introduceren; zij zijn sterk geïnteresseerd in nieuwe ideeën
- 2 Opinieleiders Samen met de innovatoren zijn dit de sleutelfiguren. Als zij de nieuwe ideeën aanvaarden, verhoogt dat de acceptatie bij andere collega's
- 3 Vroege volgers De eerste grote groep mensen die de vernieuwing aanvaardt; zij worden gekarakteriseerd door een grote mate van interactie met collega's waardoor de brede verspreiding van de vernieuwing wordt bevorderd
- 4 Late volgers De tweede helft van de grote meerderheid; zij kenmerken zich door een voorzichtige houding en een grote dosis scepsis, zij volgen de eerste groep pas als de nieuwe ideeën breed worden geaccepteerd en vaak onder druk van hun collega's

---

\* E. M. Rogers, Diffusion of innovations, London, 1983

- 5 Achterblijvers Deze mensen zijn traditioneel ingesteld en zullen als laatsten de vernieuwing accepteren; zij willen eerst zekerheid over de kans op welslagen van de nieuwe activiteiten

Mensen verschillen dus in de snelheid waarmee zij vernieuwingen accepteren. Deze verschillen worden in elke groep teruggevonden. Het normale acceptatiepatroon heeft de vorm van een symmetrische curve met de top tussen groep 3 en 4. Dit betekent dat het invoeren van een vernieuwing een proces is dat in principe geleidelijk verloopt. Het begint altijd bij een kleine groep enthousiaste beroepsbeoefenaren. Door hun inzet en overtuigingskracht stimuleren zij de acceptatie bij collega's. Aan de andere kant kent iedere beroepsgroep ook mensen die veel meer tijd nodig hebben om een vernieuwing te accepteren. Eigenlijk laten zij zich pas overtuigen als de positieve resultaten in de praktijk zichtbaar zijn.

Voor het verspreiden van kwaliteitsbevorderende ideeën en activiteiten is het dus belangrijk dat de sleutelfiguren in de beroepsgroep bekend zijn en vanaf het begin worden ingeschakeld. De strategie van de beroepsvereniging kan zich specifiek richten op deze voortrekkers. Zij zullen het voortouw nemen bij het opstarten van nieuwe activiteiten. Zo mogelijk worden zij op belangrijke plaatsen in de infrastructuur ingezet voor het uitdragen van ideeën. Vooral bij het implementeren van centraal ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten en -methodieken spelen zij een cruciale rol. Zij kunnen de dragers zijn van proefprojecten en door hun enthousiasme andere collega's over de streep trekken. Daarnaast wordt via hen de nodige informatie over de te starten activiteiten gemakkelijker in het veld verspreid. We komen hier op terug bij het bespreken van de factoren die van belang zijn bij het invoeringsproces.

Tenslotte is het nuttig om er bij stil te staan, dat veel paramedische beroepsbeoefenaren werkzaam zijn in multidisciplinaire zorginstellingen. Cultuur en beleid van de instelling zijn van grote invloed op de mogelijkheden en motivatie van de beroepsbeoefenaren. Uit de praktijk\* weten we dat het invoeren van kwaliteitsbevordering beduidend soepeler verloopt in instellingen waar al een cultuur bestaat van protocollair samenwerken, de communicatie goed verloopt en de nodige middelen beschikbaar zijn.

---

\* Bron: Kwaliteitssystemen in uitvoering, Sluijs e.a., Nivel, 1994

In instellingen met een sterk hiërarchische organisatiestructuur, veel nadruk op professionele autonomie, een hoge werkdruk en onderling wantrouwen of interne onrust wordt de invoering ernstig belemmerd. De ondersteuning van de activiteiten door de beroepsvereniging is in dat geval van groot belang. Dit vraagt van de beroepsvereniging een beleid gericht op het aanbieden van diverse instrumenten en methodieken voor kwaliteitsbevordering, waaruit de beroepsbeoefenaren kunnen kiezen wat het beste bij hun mogelijkheden, voorkeuren en specifieke werksituatie past. De kenmerken van de in te voeren 'vernieuwing' spelen daarbij een grote rol.

## 5.2 De vernieuwing

In principe kunnen alle activiteiten ten behoeve van kwaliteitszorg worden gekenschetst als vernieuwingen. Natuurlijk zijn het opstellen van een protocol, het houden van casuïstiekbesprekingen en het registreren van de zorg niet echt nieuw, maar het structureel specificeren, verbeteren en bewaken van de goede zorg in het kader van een samenhangend kwaliteitsbeleid is dat wèl. Het succes van het invoeren van dergelijke vernieuwingen hangt samen met de manier waarop de betrokkenen de kenmerken van de vernieuwing ervaren.

We hebben eerder al opgemerkt, dat er aanvankelijk veel weerstand kan zijn onder beoefenaren. Dit geldt vooral voor activiteiten die 'extern' ontwikkeld zijn, dat wil zeggen niet door de betrokkenen zelf. Het beleid zal er dan op gericht moeten zijn de vernieuwing bij de beroepsgroep te introduceren en vooroordelen weg te nemen. Volgens Rogers spelen de volgende eigenschappen van de vernieuwing hierbij een belangrijke rol:

- 1 Het relatieve voordeel van de vernieuwing, toepassing moet een duidelijk verbetering in de praktijk opleveren
- 2 De geschiktheid, dat wil zeggen dat de vernieuwing moet passen bij de cultuur, de ervaringen en de behoeften van de betrokkenen
- 3 De complexiteit van de vernieuwing, naarmate een instrument ingewikkelder is en omvangrijker veranderingen in de praktijk of de organisatie met zich meebrengt, zal de acceptatie lager zijn
- 4 De deelbaarheid, dat wil zeggen de vernieuwing wordt sneller aanvaardt als de mogelijkheid bestaat er op kleine schaal mee te experimenteren
- 5 De zichtbaarheid, de resultaten moeten voor iedereen te zien zijn

Het *relatieve voordeel* van kwaliteitsbevorderende activiteiten is niet altijd even duidelijk. Vaak moet er veel tijd en energie geïnvesteerd worden voordat de positieve gevolgen zichtbaar worden. Bovendien zijn ze per activiteit verschillend. Zorginhoudelijke registraties leveren uiteindelijk gegevens op waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgelezen. Maar verbeteringen in het individueel professioneel handelen ontstaan vaak geleidelijk en zijn veel minder tastbaar. Het relatieve voordeel kan worden vergroot door aan te sluiten bij de behoeften van beroepsbeoefenaren\*. Als het instrument de mogelijkheid biedt bekende knelpunten in de zorgverlening aan te pakken, zal dat de invoering vergemakkelijken. Ook het feit dat kwaliteitsbevordering vaak een nieuw perspectief biedt op vraagstukken, waar de beroepsgroep mee worstelt, kan het relatieve voordeel vergroten.

De *geschiktheid* wordt in hoge mate bepaald door de werksituatie van beroepsbeoefenaren. Cultuur en werkklimaat in de zorginstelling spelen een belangrijke rol. 'Technische' vernieuwingen zoals een management-informatiesysteem, zullen eenvoudiger worden ingevoerd in instellingen met een hiërarchische structuur en een autoritaire managementstijl. Terwijl in praktijken of afdelingen waar men al gewend is aan intercollegiaal overleg en 'leren van elkaar' het invoeren van toetsingsactiviteiten beter aansluit bij de bestaande cultuur. Door een gevarieerd aanbod aan methodieken en instrumenten schept de beroepsvereniging de ruimte, waarbinnen beoefenaren de activiteit kunnen selecteren die het meest aansluit bij hun wensen en mogelijkheden.

De *complexiteit* van kwaliteitsbevorderende instrumenten kan sterk verschillen. Naarmate een instrument moeilijker in het gebruik is, zal de behoefte aan begeleiding bij het invoeren groter zijn. Deze begeleiding kan zowel door ervaren collega's, door kwaliteitsfunctionarissen binnen de instelling of de beroepsgroep of door externe deskundigen worden gegeven. Vooral bij het invoeren van activiteiten die grote veranderingen met zich meebrengen kan externe begeleiding nodig zijn. Deskundige ondersteuning verhoogt de motivatie en reduceert de onzekerheid over het succes van de activiteit. Ook kan het nuttig zijn om te bezien of het mogelijk is de invoering stapsgewijs aan te pakken.

---

\* Intercollegiale kwaliteitszorg, Kromwijk en Donker, NcGv-reeks 91-4, 1991

De *deelbaarheid* verschilt ook per instrument. Sommige methoden lenen zich bij uitstek voor experimenten. Zij kunnen bij wijze van spreken in de werksituatie 'opnieuw uitgevonden' worden. Door deze mogelijkheid wordt veel angst en weerstand weggenomen. De acceptatie is ook beduidend groter als beroepsbeoefenaren vanaf het begin bij de ontwikkeling betrokken is geweest. Het resulterende instrument wordt dan niet zozeer gezien als iets nieuws, maar als een nuttig hulpmiddel dat door gezamenlijke inspanning tot stand is gekomen. Toepassing in de praktijk lijkt dan bijna vanzelfsprekend.

De *zichtbaarheid* van kwaliteitsbevorderende activiteiten heeft te maken met de manier waarop duidelijk wordt, wat deze activiteiten voor de beroepsbeoefenaar opleveren. Dit kunnen zowel tastbare resultaten zijn, bijvoorbeeld documenten, als effecten die alleen door de betrokkenen zelf worden ervaren. Communicatie speelt een belangrijke rol bij het vergroten van de zichtbaarheid. De beroepsvereniging kan hieraan vorm geven door publicatie, verslaggeving, studiedagen enz.

Samenvattend kunnen we stellen dat de beroepsvereniging de invoering van kwaliteitsbevorderende instrumenten kan vergemakkelijken door de positieve eigenschappen van de vernieuwing te versterken. Dit pleit ervoor de aanpak te richten op knelpunten die in de praktijk worden gesignaleerd en uit te gaan van een stapsgewijze benadering. Dit sluit goed aan bij de hierna beschreven fasen in het invoeringsproces van kwaliteitsbevorderende activiteiten.

### 5.3 Het invoeringsproces

Bij de invoering van kwaliteitsbevorderende activiteiten is het primair van belang onderscheid te maken in de aanpak op grond van de kenmerken van de vernieuwing.

Zoals reeds beschreven vragen in het veld ontwikkelde initiatieven met name om coördinatie door de beroepsvereniging, omdat anders het enthousiasme gemakkelijk uitdooft en de initiatieven doodbloeden.

Een dergelijke bottom-up benadering stelt vooral hoge eisen aan de infrastructuur en de communicatie binnen de beroepsgroep. Beroepsbeoefenaren moeten duidelijk voor ogen hebben waar hun activiteiten op gericht zijn en welke steun zij daarbij van de beroepsvereniging kunnen verwachten. Doelstellingen, hulpmiddelen en te verwachten resultaten moeten aan alle betrokkenen duidelijk zijn. De

beroepsvereniging moet echter ook kaders stellen door een tijd-splanning aan te geven en heldere eisen te stellen aan het eindresultaat. Lange aanloofasen en ontwikkeltrajecten werken demotiverend en moeten worden vermeden.

Bij de top-down benadering gaat het om het invoeren van 'extern' ontwikkelde instrumenten. Het is dan vooral van belang dat de beroepsvereniging zich realiseert, dat het aanvaarden van vernieuwingen tijd kost. De beroepsbeoefenaren moeten de tijd krijgen om zich te oriënteren en informatie tot zich te nemen. De eerder genoemde sleutelfiguren spelen in deze fase een belangrijke rol. Zij kunnen de activiteiten bij hun collega's introduceren en via het uitdragen van hun mening anderen enthousiasmeren.

Rogers beschrijft de volgende vijf fasen bij de invoering (diffusie) van vernieuwingen:

Fase	Belangrijkste activiteiten
I Introductie	Alle informatieverzameling, gedachtenvorming en planningactiviteiten die voorafgaan aan de besluitvorming over een toepassing van de innovatie
1 Agenderingsfase	De organisatieleden zoeken extern naar een vernieuwing als oplossing voor bestaande knelpunten c.q. problemen, of een innovatie wordt door een buitenstaander onder hun aandacht gebracht. Het is van belang zich een beeld te vormen over de innovatie: hoe zit het in elkaar en hoe werkt het?
2 Afstemmingsfase	De innovatie wordt beschouwd in relatie tot de behoefte(n) van de organisatie. De organisatieleden schatten in wat voor hen de voor- en nadelen zijn van de vernieuwing in de eigen situatie. Men probeert zicht te krijgen op de consequenties van de toepassing.

----- Beslissing over adoptie van de innovatie -----



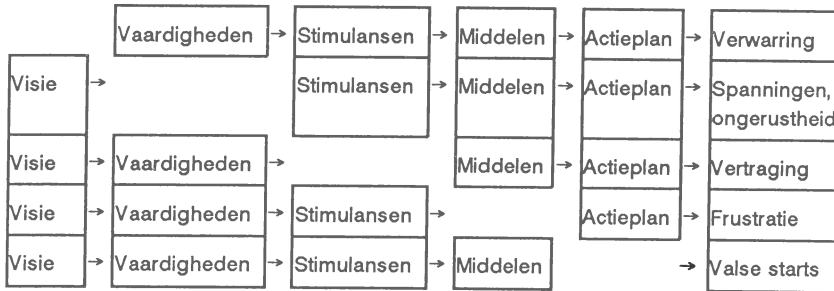
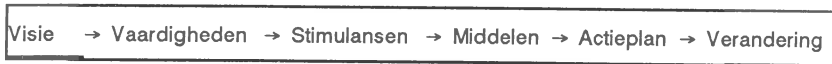
II Toepassing	Alle gebeurtenissen, activiteiten en beslissingen die te maken hebben met het gebruik van de innovatie.
3 Herdefiniërings/ herstructurerings- fase	(1)Om de innovatie optimaal aan te laten sluiten bij de eigen omstandigheden wordt de vernieuwing aangepast en in zekere zin opnieuw "uitgevonden". (2)Ook de organisatie zelf kan worden gewijzigd om een optimaal gebruik van de innovatie te bevorderen.
4 Verhelderingsfase	De betekenis van de innovatie voor de organisatie wordt steeds duidelijker door een regelmatig gebruik ervan. Ongewenste neveneffecten worden gecorrigeerd en de vernieuwing wordt steeds meer gewoon.
5 Routine-fase	De innovatie vereist zijn nieuwe karakter en is in deze fase een activiteit die er gewoon bijhoort.

Naast informatie over de inhoud en de betekenis van de nieuw te ontwikkelen activiteit moet de beroepsvereniging ook inzicht geven in de voor- en nadelen en de consequenties voor de dagelijkse praktijk die aan de activiteit verbonden zijn. Op grond van deze informatie kunnen de beroepsbeoefenaren dan afwegen wat in hun werksituatie de voordelen zouden zijn en welke problemen aangepakt zouden kunnen worden. Een gezamenlijk besluit verhoogt de kans op succes bij de daadwerkelijke invoering.

De daadwerkelijk invoering van kwaliteitsbevorderende instrumenten en methodieken is te beschouwen als een veranderingsproces. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de activiteiten deel gaan uitmaken van het dagelijks professioneel handelen. Binnen het model is dat de grondgedachte van kwaliteitszorg.

Voor het aansturen van dergelijke veranderingsprocessen zijn een aantal essentiële voorwaarden te benoemen. Als aan een van deze voorwaarden niet is voldaan, dan kan voorspeld worden waar het

fout zal gaan in het veranderingsproces. In onderstaand schema\* wordt dit duidelijk weergegeven:



### Visie

Het ontbreken van een duidelijke visie op kwaliteitszorg heeft tot gevolg dat binnen de beroeps groep niet een helder idee bestaat over wat men nu wil bereiken. Dit leidt tot verwarring over wat er van de beroepsbeoefenaren wordt verwacht en waarom.

De eerste stap voor de beroepsvereniging is dus het uitdragen van de visie op kwaliteit en het doel dat men nastreeft. Het is goed om daarbij te benadrukken dat het doel is: het verbeteren van de kwaliteit, niet het implementeren van een bepaald instrument. De weerstand tegen instrumenten is des te groter naarmate het idee leeft dat het instrument een doel op zich is. Terwijl het oplossen van knelpunten in de zorgverlening en het verbeteren van de zorg uitstekend aansluit bij de professionele interesse van beroepsbeoefenaren.

De tweede stap is het presenteren van het uiteindelijke 'kwaliteits-systeem' en de stappen waarlangs men de invoering tot stand wil brengen. Het expliciet stellen van deze doelen is essentieel, ook als sommige stappen binnen de beroepsgroep controversieel zijn. Het is beter steeds weer de discussie aan te gaan, dan onduidelijkheid te laten bestaan over het einddoel dat men voor ogen heeft. Een dergelijke onzekerheid leidt namelijk gemakkelijk tot desillusie bij de

\* Managing Complex Change, Enterprise Corporation, Ltd., 1967

voorlopers, die zich vervolgens zullen afwenden en, net als de rest van de beroepsgroep, verder hun eigen gang gaan.

Wel is het goed zich te realiseren dat het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitsbeleid tijd kost. Zowel in de introductiefase waarin het kwaliteitsbewustzijn in de beroepsgroep moet groeien, als tijdens de invoering waarin de beoefenaren als het ware het instrument op de werkvloer 'opnieuw moeten uitvinden'. Dat wil zeggen dat door het praktisch toepassen doel en zin van de activiteit pas echt duidelijk worden.

Deze tijd kan de beroepsvereniging benutten door het in gang zetten van verdere voorbeeldprojecten, het uitbouwen van de benodigde infrastructuur en het steeds weer agenderen van het belang van kwaliteitsbeleid. Ook de eerste successen die door voorlopers worden geboekt kunnen worden gebruikt om de doelstellingen nogmaals te belichten en kracht bij te zetten.

Tenslotte is een goede fasering van de invoering van belang. We hebben al gezien dat complexe systemen maar moeizaam worden aanvaard en dus beter stapsgewijs kunnen worden ingevoerd. Proefprojecten en experimenten op beperkte schaal door gemotiveerde beroepsbeoefenaren zijn hiervoor de aangewezen manier. De deelnemers worden als ervaringsdeskundigen bij wijze van spreken de sleutelfiguren voor de verdere invoering. Ook het inzetten van externe deskundigen voor de invoering binnen een proefproject kan positief werken. Uit de opgedane ervaringen kan dan een verdere invoeringsstrategie worden bepaald.

Ook het moment van invoering is echter belangrijk. Als bijvoorbeeld periodieke registratie de beoogde systematiek is waaraan de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan worden afgelezen, dan is het voor de effectiviteit en acceptatie van dit systeem dodelijk, als het in werking wordt gezet voordat de organisatie rond de voorwaarden voor herregistratie compleet is. Het verzandt dan in bureaucratie en goede initiatieven worden in de kiem gesmoord.

Het voortdurend evalueren en bijstellen van het kwaliteitsbeleid op grond van de ontwikkelingen in het veld is dus onderdeel van dat beleid.

### *Vaardigheden*

Effectief kwaliteitsbeleid komt tot stand door naast het ontwikkelen en aanreiken van instrumenten en methodieken ook te zorgen voor de vaardigheden die beroepsbeoefenaren nodig hebben om deze in

de praktijk te hanteren. De meeste activiteiten vragen immers niet alleen om een gedragsverandering, maar ook om aanpassingen in de praktijkvoering en de organisatie van de zorg. Het bieden van training en scholing zijn dus onderdeel van de invoeringsstrategie. Ze zijn gericht op het ondersteunen van de gewenste verandering in attitude en het vergroten van de deskundigheid op het gebied van het expliciteren van de zorg, het veranderen van structuren en processen op de werkvloer en het inbedden van deze veranderingen in de organisatie van de zorg.

De meeste paramedici hebben al enige ervaring in het werken met procedures en protocollen, maar specifieke kennis en vaardigheid moet worden aangereikt. Niet alleen in het hanteren van de ontwikkelde hulpmiddelen, maar ook training op het gebied van samenwerking, het sturen van groepsprocessen en veranderingsprocessen of scholing in onderhandelingstechnieken kunnen nodig zijn. Als deze vaardigheden ontbreken zal de invoering stagneren, omdat beroepsbeoefenaren onzeker zijn over hun vermogen de vernieuwing in goede banen te leiden. Ook kan angst ontstaan over de consequenties van veranderingen in de praktijkvoering, in combinatie met gevoelens van persoonlijke onmacht of mislukking.

#### *Stimulansen*

De belangrijkste prikkel tot verandering is de intrinsieke motivatie van de beroepsbeoefenaar. Deze motivatie is het hoogst als de verandering een bekend probleem betreft en zichtbare resultaten oplevert. De beroepsvereniging moet dus duidelijk maken waar de winst ligt. Dat kan op velerlei terreinen zijn. We noemen een paar voorbeelden. Het aanpakken van bekende knelpunten in de zorgverlening.

Het appelleren aan de beroepstrots.

Het beschikbaar komen van gegevens uit de evaluatie van de zorg waarmee verantwoording over het handelen kan worden afgelegd.

Het verwerven van aanzien en status binnen en buiten de beroepsgroep.

Het aspect van permanente educatie.

Het verhogen van de effectiviteit van de zorgverlening met als gevolg tijds- en kostenbesparing.

Daarnaast speelt ook het verder ontwikkelen van beroepsidentiteit en beroepsinhoud een belangrijke rol. Deze kan worden vorm gegeven in het gezamenlijk ontwikkelen van activiteiten in een voortdurende wisselwerking tussen de beroepsvereniging en de mensen in het veld. Hierbij kan ook de samenwerking tussen beroepsbeoefenaren

worden gefaciliteerd door het stimuleren van netwerkvorming. Bovendien kunnen voorlopers in het veld worden gesteund door nieuwe initiatieven steeds weer een plaats te geven in samenhang met al bestaande activiteiten en door duidelijke erkenning van hun inzet door de beroepsvereniging. In sommige beroepsgroepen wordt dit gedaan door het instellen van een jaarlijkse kwaliteitsprijs. Wij pleiten hier nogmaals voor het instellen van een Emmy Award.

Ook het bieden van perspectief werkt stimulerend. Het is bekend dat na verloop van tijd toetsingsmoeheid op kan treden, waardoor activiteiten verzanden. Als in het beleid duidelijke perspectieven worden geboden aan de toetsingsgroep blijft het enthousiasme behouden. Dit kan ondermeer door variatie in de methode te bieden. Een groep kan dan bijvoorbeeld een periode van toetsing afwisselen met casuïstiekbesprekingen of een vorm van intervisie. Ook kan de groep worden uitgenodigd mee te werken aan het ontwikkelen van richtlijnen, of het identificeren van onderwerpen voor effectonderzoek op grond van toetsingsgegevens. Soms kan het nuttig zijn bestaande groepen te reorganiseren op grond van persoonlijke belangstelling of affiniteit.

Tenslotte kan ook het wegnemen van praktische en financiële bezwaren, angst voor controle, kritiek en weerstand tegen meten en van buiten opgelegde normen een krachtige stimulans vormen. In de praktijk lukt dit meestal het beste door ervaring op te doen met vormen van kwaliteitsbevordering op vrijwillige basis.

### *Middelen*

De middelen voor het tot uitvoer brengen van kwaliteitsbeleid zijn de mensen, de instrumenten en methodieken, de benodigde infrastructuur en tijd, energie en geld. In het inventarisatie-deel van dit rapport is hierover veel informatie te vinden. Hier beperken we ons tot een paar algemene opmerkingen.

Sommige middelen moeten ter beschikking worden gesteld door de instelling waarbinnen de beroepsbeoefenaren werkzaam zijn. Omdat de verankering van kwaliteitsbevorderende activiteiten altijd op het niveau van de organisatie van de zorgverlening ligt, is betrokkenheid van het management van instellingen nodig. Het kan nuttig zijn als de beroepsvereniging ondersteuning biedt aan de activiteiten in het veld door het opstellen van een professioneel statuut of van intentieverklaringen die door het management onderschreven moeten worden. Afstemmingsproblemen kunnen ook worden voorkomen door het aanbieden van verschillende activiteiten, waaruit beroepsbe-

oefenaren kunnen kiezen wat het beste bij hun werksituatie past. Ook afspraken op koepelniveau met instellingen of verzekeraars kunnen faciliterend werken.

Ter illustratie vermelden we hier een aantal belangrijke factoren zoals die uit onderzoek naar het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren naar voren zijn gekomen\*:

De tien meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren in volgorde van frequentie:

**Bevorderende factoren**

- 1 Motivatie van betrokkenen
- 2 Samenwerking
- 3 Duidelijke afspraken
- 4 Deskundigheid
- 5 Kenmerken van de vernieuwing
- 6 Zichtbare effecten
- 7 Begeleiding
- 8 Duidelijke structuur
- 9 Financiële middelen
- 10 Kleinschaligheid

**Belemmerende factoren**

- 1 Tijdgebrek
- 2 Geldgebrek
- 3 Samenwerking
- 4 Deskundigheid
- 5 Meetbaarheid
- 6 Onbekendheid met elkaars werk
- 7 Weerstand tegen verandering
- 8 Taal en cultuurverschillen
- 9 Onduidelijke afspraken
- 10 Kenmerken van de vernieuwing

De onderstreepte factoren zijn gemeenschappelijke factoren, dat wil zeggen zij werken bevorderend als er wel aan wordt voldaan en belemmerend als er niet aan wordt voldaan.

Deze factoren zijn van belang bij het opstellen van het actieplan.

### Actieplan

Het actieplan bevat de beschrijving van het in te voeren instrument, de doelstelling en de te volgen strategie. De inhoud van het plan is afhankelijk van de gewenste eindconstructie die de beroepsgroep voor ogen staat. Daarbij is het opvullen van lacunes op bepaalde doelgebieden van kwaliteitszorg en het aanbrengen van samenhang in reeds bestaande activiteiten een belangrijk uitgangspunt. De prioriteiten voor het beleid kunnen het best worden vastgesteld in een interactieve benadering tussen beroepsvereniging en werkveld.

---

\* Bron: Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing: een overzichtsstudie. D. H. de Bakker, P. Peters, E. M. Sluijs, H. Phillipsen (NIVEL, RU Limburg). Uitgave 's Gravenhage, NWO, 1994.

De strategie is afgestemd op de kenmerken van het instrument. In het plan zijn ook meet- en ijkpunten opgenomen waaraan kan worden afgelezen wat er tot dan toe is bereikt. Het verslag doen van deze resultaten aan de betrokkenen en het belichten van de behaalde successen is een belangrijk element voor het uiteindelijke succes van de invoering. Daarnaast bieden dergelijke meetmomenten ook de mogelijkheid om tegenover externe relaties de effecten van het beleid zichtbaar te maken.

Het allerbelangrijkste is echter dat het plan haalbaar is. Een kleinschalige, maar goed doortimmerde aanpak biedt de meeste kansen op succes. Een grootse aanpak herbergt vaak ontelbare valkuilen. Besturen en kwaliteitscommissies die hier op speelse wijze kennis van willen nemen kunnen wij het Kwaliteitskansspel\* aanraden.

---

\* Het Kwaliteitskansspel, uitgegeven door het Nationaal Ziekenhuisinstituut, gepubliceerd in Kwaliteit in Beeld, 1993





## BESCHOUWING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In het eerste deel van het rapport is een beeld geschetst van de activiteiten met betrekking tot kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking bij de paramedische beroepsgroepen. In dit laatste hoofdstuk relateren we deze activiteiten aan het door het CBO ontwikkelde referentiekader dat in het tweede deel van dit rapport is beschreven. Deze vergelijking kan zichtbaar maken welke zaken inmiddels goed geregeld zijn en waar lacunes zitten en kan derhalve richting geven aan toekomstig kwaliteitsbeleid. Met nadruk wijzen we erop dat we naar de gemeenschappelijke elementen en grote lijnen kijken. De details en accenten kunnen per beroepsgroep verschillen.

Het referentiekader maakt allereerst duidelijk dat in de gezondheidszorg een bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit geïntroduceerd is die tot voor kort in de zorgsector nog niet gangbaar was. Bij deze bedrijfsmatige manier van kijken ligt een accent op de kwaliteit van het geleverde product. In deze benadering wordt niet alleen naar de kwaliteit van de professional gekeken maar wordt ook de kwaliteit van het product daarbij betrokken. We lichten dit toe aan de hand van schema 1 waarin de indeling van deel 1 en deel 2 van dit rapport naast elkaar zijn gezet.

Schema 1 Vergelijking van de huidige stand van zaken met het referentiekader

<b>Indeling stand van zaken</b>	<b>Indeling referentiekader</b>
Kwaliteitsbeleid en professionalisering	Marktonderzoek en zorgvraag
Opleiding en scholing	Specificeer de te verlenen zorg
Bevoegdheid en titelvoering	Ontwikkel acties ter verbetering
Beroepsuitoefening	Zorg voor behoud
Differentiatie en specialisatie	Afleggen externe verantwoording

Schema 1 laat zien dat bij het in kaart brengen van de huidige stand van zaken een tot nu toe vrij gangbare indeling gehanteerd is die in grote lijnen het professionaliseringsproces van een beroepsgroep weerspiegelt. In het proces van professionalisering spelen kennis en kunde en het streven naar beroepsbescherming een belangrijke rol. Het feit dat deze ordening het beste paste om de huidige stand van

zaken in kaart te brengen weerspiegelt tegelijkertijd de tot nu toe gangbare manier van denken waarin de kwaliteit van de professional centraal staat.

Het ontwikkelde referentiekader weerspiegelt een bedrijfsmatige manier van denken. De zorgverlening wordt gezien als een product dat moet voldoen aan de gestelde eisen en aan de behoefte en verwachtingen van de klant. Dit houdt in dat behoefte/marktonderzoek plaatsvindt om te zien aan welke producten behoefte bestaat en dat gespecificeerd wordt welke eisen aan die producten worden gesteld. Om de kwaliteit te beheersen worden bewakings- en verbeterprocedures gehanteerd. De kwaliteit wordt zichtbaar gemaakt door externe verantwoording af te leggen over de kwaliteitsbeheersing.

Dit verschil in accent - op professional of op product - kan behulpzaam zijn bij het interpreteren van de hiernavolgende beschouwing. Met nadruk wijzen we erop dat het belang van de kwaliteit van de professional onverminderd van kracht blijft en dat het referentiekader als een aanvulling daarop moet worden gezien.

Uitgaande van het referentiemodel zullen we kijken welke onderdelen al goed geregeld zijn en op welke gebieden lacunes bestaan. Daarbij maken we onderscheid tussen kwaliteitsbewaking op macro-, meso en microniveau, een onderscheid dat ook in het referentiekader wordt gehanteerd. Dit betekent dat steeds gekeken wordt op welk niveau de kwaliteitsbeheersing gestalte zou moeten krijgen, op het niveau van de koepelorganisatie (de beroepsvereniging), op het niveau van de instelling (c.q. organisatie) of op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar.

### **Marktonderzoek en zorgvraag**

Marktonderzoek op macroniveau houdt in het peilen van de behoefte aan paramedische zorg op landelijk niveau. In een bedrijfsmatige manier van kijken wordt niet alleen naar aantallen beroepsbeoefenaren gekeken maar ook naar de producten en diensten waar de markt wel (of geen) behoefte aan heeft. Ditzelfde geldt op mesoniveau bij het vaststellen van de lokale of regionale behoefte aan zorg.

Op microniveau gaat het om het vaststellen van de individuele zorgvraag van elke patiënt.

Op macroniveau zal de behoefte aan paramedici vastgesteld moeten worden op basis van de behoefte aan de producten en diensten die

zij leveren (in feite het denken in functionele termen). Gegevens die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn epidemiologische gegevens maar ook bijvoorbeeld behoeftepeilingen bij patiënten/consumentenorganisaties en verwijzers. Dergelijke raadplegingen beginnen op het niveau van de organisatie of instelling hier en daar zichtbaar te worden. Datzelfde geldt voor satisfactiemetingen om te onderzoeken of de gebruikers tevreden zijn over de geleverde zorg (c.q. producten).

Op microniveau (patiëntcontact) is het vaststellen van de zorgvraag van de individuele patiënt een normaal onderdeel van het paramedisch handelen. In het kader van het methodisch handelen of probleem georiënteerd werken is de laatste jaren veel aandacht aan dit aspect besteed. Als volgens deze methode wordt gewerkt dan is een zorgvuldige vaststelling van de zorgvraag op microniveau gegarandeerd.

Concluderend is behoeftepeiling en marktorientatie op macro- en mesoniveau nog nauwelijks ontwikkeld.

### **Specificeer de te verlenen zorg**

Als duidelijk is aan welke zorg behoefte bestaat is de volgende stap het specificeren en normeren van het zorgaanbod. Dit betekent dat omschreven wordt welke 'producten' door de beroepsgroep geleverd (kunnen) worden en welke eisen daaraan worden gesteld.

Doorgaans zal op het niveau van de beroepsvereniging (macro-niveau) gespecificeerd worden met welke zorgvragen (c.q. problemen) men bij de paramedicus terecht kan gezien de specifieke kennis en vaardigheden die men in de opleiding heeft verworven.

Op het niveau van de instelling of organisatie gaat het om het specificeren van het gehele zorgproces waarbij in kaart gebracht wordt wat het aandeel en de toegevoegde waarde van elke discipline is. Paramedische zorg in instellingen is doorgaans onderdeel van een groter geheel.

Uit de inventarisatie blijkt dat tot nu toe veel normen en eisen geformuleerd zijn ten aanzien van de wijze waarop het beroep wordt uitgeoefend en veel minder ten aanzien van de inhoud daarvan. In ethische codes en gedragsregels zijn de normen vastgelegd die aan de beroepsuitoefening worden gesteld. De taken en deskundigheden zijn op globaal niveau beschreven in de beroepsprofielen en deskundheidsomschrijvingen. De zorgverlening zelf is bij ruim de helft van de beroepsgroep in kaart gebracht via het NIVEL-onderzoekprogramma naar de plaats en functie van de paramedische beroepsgroepen. Dit betekent dat op globaal niveau bekend is wat para-

medici bij welke klachten doen. Meer specifieke omschrijvingen in de vorm van richtlijnen en standaarden (op macroniveau) en protocollen (op meso- en microniveau) zijn bij de meeste paramedische beroepsgroepen nog niet voorhanden.

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat de paramedische beroepsgroepen aan het begin staan van het specificeren en normeren van de zorg die zij leveren.

### **Ontwikkel acties ter verbetering**

Met het ontwikkelen van 'acties ter verbetering' wordt bedoeld het invoeren van systematische verbeterprocedures om tekortkomingen op te heffen en een hoger kwaliteitsniveau te bereiken. Doorgaans worden de methoden en instrumenten die hiervoor gebruikt kunnen worden op het niveau van de koepelorganisatie of beroepsvereniging ontwikkeld. Toepassing van deze instrumenten vindt plaats op meso- en microniveau.

Uit de inventarisatie blijkt dat op dit gebied al veel gebeurt. Het volgen van na- en bijscholing ter verhoging van de deskundigheid is algemeen gangbaar. Op het niveau van de beroepsverenigingen wordt gestreefd naar kwaliteitsverbetering van scholing, enerzijds door het accrediteren van na- en bijscholing en anderzijds door een betere afstemming van scholing en beroep. Daarnaast zijn de meeste paramedische beroepsgroepen vergevorderd met de ontwikkeling van verbeterprocedures waarvan intercollegiale toetsing op dit moment het meest bekend is (intercollegiale toetsing heeft op dit moment geen 'toetsend' maar een educatief karakter). Het daadwerkelijk gebruik van systematische verbeterprocedures in de beroepspraktijk verkeert nog in de experimentele fase. De conclusie is dat met name de implementatie hiervan nog een lacune is.

### **Zorg voor behoud**

Met 'zorg voor behoud' wordt bedoeld het handhaven van de kwaliteit en het behoud van ingevoerde verbeteringen. Op macroniveau kan gedacht worden aan systemen van visitatie, registratie en herregistratie om de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren te waarborgen. Binnen de paramedische beroepsgroepen bestaan (nog) weinig plannen in deze richting. Op meso en microniveau kan kwaliteitsbewaking plaatsvinden via het verzamelen van gegevens en het beoordelen daarvan.

Op dit moment vindt kwaliteitsbewaking met name plaats via het tuchtrecht en via klachtenprocedures. Hiermee wordt bewaakt dat de

kwaliteit van de beroepsuitoefening niet onder een minimum niveau zakt.

Kwaliteitsbewaking via gegevensverzameling en beoordeling is op dit moment nog niet gangbaar. Ter voorbereiding hiervan hebben veel paramedische beroepsgroepen inmiddels wel registratie- en informatiesystemen ontwikkeld en wordt gewerkt aan automatisering. Concluderend zal de komende jaren verkend moeten worden op welke wijze kwaliteitsbeoordeling aan de hand van gegevens plaats kan vinden.

### **Afleggen van externe verantwoording**

Het afleggen van externe verantwoording betekent zichtbaar maken op welke wijze men zorgdraagt voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit kan bijvoorbeeld via een kwaliteitsjaarverslag of via het verschaffen van gegevens omtrent de kwaliteit van zorg. Incidenteel worden hierover op regionaal niveau afspraken gemaakt met zorgverzekeraars. In zijn algemeenheid is het afleggen van externe verantwoording nog geen gemeengoed in de gezondheidszorg en dat geldt ook voor de paramedische beroepsgroepen.

Samenvattend kan gesteld worden dat het referentiekader uitnodigt tot een nieuwe manier van kijken naar kwaliteit. De kwaliteit van de geleverde zorg en de wijze waarop deze tegemoetkomt aan de behoefte en verwachtingen van de patiënt staan hierin centraal. In die zin kan het referentiemodel beschouwd worden als een aanvulling op de traditionele manier van kijken waarin het accent lag op de kwaliteit van de professional. Deze aanvulling weerspiegelt in feite de toenemende klantgerichtheid die ook in de gezondheidszorg gestalte begint te krijgen.

### **Aanbevelingen**

1. Het verdient aanbeveling dat elke paramedische beroepsgroep aan de hand van het referentiekader de huidige situatie bij de beroepsgroep in kaart brengt. Dit kan zowel de samenhang als de lacunes op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering zichtbaar maken. Bovendien vormt het in kaart brengen van de huidige situatie de nul-meting waar de beroepsgroep over een termijn van 5 jaar de vorderingen aan kan relateren.
2. Omdat het referentiekader een veelomvattend model is verdient het aanbeveling dat elke beroepsgroep prioriteiten stelt op basis van de specifieke situatie en ontwikkelingsfase waarin de

beroepsgroep verkeert. Het expliciet vastleggen van deze prioriteiten geeft aan de beroepsgroep houvast bij het invullen van het kwaliteitsbeleid van de komende jaren en maakt aan externe partijen zichtbaar waar de beroepsgroep aan werkt en naar streeft.

3. Het verdient aanbeveling dat de paramedische beroepsgroepen in gezamenlijk overleg vaststellen welke problemen en activiteiten gemeenschappelijk aangepakt kunnen worden. Naast de eigen ontwikkelingen kan een gezamenlijk ontwikkelen van nieuwe methoden of instrumenten een meerwaarde opleveren omdat elke beroepsgroep dan niet opnieuw het wiel hoeft uit te vinden.
4. Als gemeenschappelijk probleem bij de paramedische beroepsgroepen kan worden genoemd het implementeren van de normen en criteria die o.a. in beroepsprofielen, gedragsregels en ethische code zijn geformuleerd. Het implementeren van deze normen en criteria bij de leden van de beroepsgroep verdient continue aandacht.
5. Een gemeenschappelijke lacune bij de paramedische beroepsgroepen die aandacht verdient is het nader specificeren van de zorgverlening, om in kaart te brengen wat de meest adequate behandelvorm is bij welomschreven klachten of categorieën patiënten. Dit is tevens een stap in de richting van verdere wetenschappelijke onderbouwing omdat hierdoor ervaringskennis zichtbaar wordt gemaakt.
6. Het verdient aanbeveling om op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering nauwe samenwerking met de opleidingen c.q. Hogescholen na te streven. Dit mede om te bewerkstelligen dat het kwaliteitsbeleid wederzijds op elkaar afgestemd wordt en dat de huidige studenten in kwaliteitszorg worden geschoold.
7. Om het kwaliteitsdenken in de beroepsgroepen te stimuleren en te continueren is het van belang dat de besturen, kaderleden en medewerkers van de beroepsverenigingen dat zelf blijvend uitstralen.
8. Ook externe stimulansen kunnen in belangrijke mate bijdragen aan de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. Betrokkenheid van alle binnen de

Leidschendamconferenties participerende partijen is dan ook nodig om de in gang gezette ontwikkelingen te continueren.





## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Alards M. Praktijkbegeleiding. Positie praktijkbegeleider radiologie. *Gamma*, 42, 1992, 3, 78-79.
- Balm, M.F.K. Het beroepsprofiel is klaar. Kwartaaluitgave NVOM, 54, 1993, 2, 26-27.
- Bardoel B, Groot G. de, Schreurs A. De dieetbehandeling bij hypercholesterolemie, twee jaar na de cholesterolconsensus. *Ned. Tijdschrift Diëtisten*, 46, 1991, 1, 2-6
- Barnhoorn H, Walda R. De eerstelijns op spitzes. Utrecht, O&O, 1992.
- Bavel I. van. Bij- en nascholing. *Gamma*, 42, 1992, 3, 84.
- Bering R. Waarom werken aan kwaliteit. *NVM Tijdschrift* 4, 1993, 136-138.
- Beyaert EMMML, Simon-Prevoe IJRM. Onderzoeksprotocol ontwikkeld voor patiënten met klachten aan het kauwstelsel. *Logopedie en Foniatrie* 1991; 63: 277-278.
- Bik M. Een theekransje, kritiek leveren op collega's of een leerproces? Stand van zaken rondom intercollegiale toetsing. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 1993, 2, 39-46.
- Bik M.C.M. Intercollegiale toetsing. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 21, 1993, 5, 155-158.
- Boeringa F.H. en Sluijs E.M. Recertification of primary health care professionals, Bibliografie. Utrecht, NIVEL, 1993.
- Boerma, M.E. Protocollen maken? Protocollen waarmaken. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*, 46, 1991, 3, 63-66.
- Boerma M.E. Handboek 'Dieetbehandelingsprotocollen'. P&K Servicebureau Compliance Consult,
- Boersen, G., Ensing J., Floothuis M e.a. Het professionaliseren van het beroep Ergotherapie als zijnde een vrouwenberoep. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 16, 1988, 6, 197-202.
- Bongers E. Veertig jaar WFOT. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 20, 1992, 6, 210-211.
- Boon, F.E. Wat is een beroepsprofiel en waarom een beroepsprofiel? *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 45, 1990, 6, 114-115.
- Bouman M. Buitenlands Contact. Verslag EFAD vergadering september 1992 te Athene. *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 48, 1993, 3, 59.
- Bouman M. Amerikaanse Diëtisten Associatie. *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 48, 1993, 3, 59-60.
- Brink-Muinen A. van den, Dekker J. Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Bruggen H.van, W.de Vries-Kempes. Internationalisering in het Ergotherapie-onderwijs. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 20, 1992, 3, 96-101.

- Bruggen H. van, Vries-Kempes W. de. Internationalisering in het ergotherapieonderwijs. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie, 20, 1992, 3, 96-100.
- Bruijn H. de, W.Edelbroek-van Schaik. Standaard voor dieetbehandeling bij niet van insuline afhankelijke diabetes mellitus door de diëtist. Hogeschool Nijmegen, Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling, 1991.
- Buitenhuis CJ. Professionaliseren van het beroep logopedist. Logopedie en Foniatrie 1989; 61: 2-6.
- Buurman S. Kwaliteit gedijt, mits zij kan bekijken. Resultaten van het project kwaliteitstoetsing door uitvoerende werkers in Drenthe. MGZ, 21, 1993, 34-37.
- Coolman H. Zwangerschapsbegeleiders maken goede start met intercollegiale toetsing en kwaliteitsbewaking. Fysiovisie, pag. 4-5, april 1990.
- Coolman H. Tevredenheid over eerste regionale overeenkomst volgens budgetstelsel. Fysiovisie, pag. 16-18, maart 1990.
- Cup E. en A.Hilhorst. Intercollegiale toetsing binnen een regiogroep. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie, 20, 1992, 5, 191-194.
- Dijk SGM van. Intercollegiale toetsing en bijscholing; een kwaliteitscombinatie bij uitstek? Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 26-29
- Edelbroek-van Schaijk W, Bruijn H de. De ontwikkeling van een algemene standaard voor dieetbehandeling. Ned. Tijdschrift Diëtisten 45, 1990, 163-167.
- Edelbroek-van Schaijk W, de Bruin H. De ontwikkeling van een standaard voor dieetbehandeling bij NIADM. Ned Tijdschr Diëtisten 1992; 47: 113-117.
- Eelman H. De beroepsorganisatie in een nieuw tijdperk. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 254-258.
- Eijkelen van J. De modelregeling fysiotherapeut-patiënt in de praktijk. Fysiovisie, pag. 7-8, oktober 1991.
- Eijkelen, J. van. Voortgang project regulering van (verplichte) na- en bijscholing. FysioPraxis april 1992, nr 1 20-21
- Eijkelen van J. Registratie met het oog op kwaliteitsbeleid. Fysiovisie, pag. 6-7, juni 1991.
- Eijkelen J. Regulering van na- en bijscholing. Fysiovisie, 1990, oktober, 4-8.
- Engelen C.H.M.G. Professionalisering, een zaak van Radiologisch Laboranten. Gamma, 41, 1991, 1, 21-24.
- FONA-commissie. Gamma, 42, 1992, 11, 303-30.
- Frantzen M. Kwaliteitsbewaking. Een stukje kwaliteitsbewaking van röntgenbeeldvorming op film. Gamma, 40, 1990, 3, 61-65.

- Gamma: Functioneringsgesprekken in de gezondheidszorg. Gamma, 41, 1991, 11, 276-277.
- Graetz P. Project 'Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van Kwaliteitsbevordering.' Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 164-171.
- Haan N. de. Stralingshygiëne. Deskundigheidsniveau's en erkenning van opleidingen. Gamma, 41, 1991, 1, 6-12.
- Haan N. de. Nieuwe normen stralingshygiëne. Consequenties van de nieuwe ICRP-aanbevelingen voor het medisch handelen. Gamma, 40, 1990, 12, 304-307.
- Hartog W.H.M. de. Intercollegiale toetsing; de noodzaak tot evaluatie van het feitelijk handelen. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 19-25.
- Hartog W. den. Invoering van kwaliteitszorg binnen afdelingen fysiotherapie. Mogelijkheden tot begeleiding door het CBO per januari 1993. FysioPraxis mei 1992, nr 2, 22-24
- Hartog den W. Mogelijkheid tot begeleiding door het CBO per januari 1993. Fysiopraxis, nr. 2, pag. 22-24, mei 1992.
- Hartog den W. Kwaliteitszorg, een must ook voor de fysiotherapie. Fysiovisie, pag. 8-10, januari 1991.
- Hartog W. den. Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie. Eindrapportage. Utrecht, CBO, 1991.
- Heerkens YF. Eenheid van taal als voorwaarde voor kwaliteit binnen de fysiotherapie. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 30-36
- Heerkens Y.F. e.a. Voorstel voor aanpassing van de Classificaties 'stoornissen' en 'beperkingen' uit de ICDH. Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie 20, 1992, 5.
- Heine - van Oosterum B.A.M.J. ter. Opleiding. De opleiding tot radiodiagnostisch laborant: een nieuwe aanpak. Gamma, 40, 1990, 12, 309-313.
- Helders PJM. Professionalisering van de fysiotherapie. Fysiovisie, november 1989, 5-8
- Herk-van Dool A. van. Kwaliteit in beeld voor de NVM. NVM Tijdschrift 4, 1993, 134-135.
- Hermans J. Stapsgewijze invoering fysiotherapeut-specialist. Fysiovisie, pag. 2-3, januari 1992.
- Hermans J. Specialisatie is verstandige keuze bij verdere professionalisering. Fysiopraxis nr. 4, pag. 2-3, maart 1993.
- Hermans J. Profielschetsen bruikbaar bij verduidelijking deskundigheid. Fysiopraxis nr. 8, pag. 2-3, mei 1993.
- Hermans J. Geneeskundige Inspectie ontwikkelt toetsingsinstrument voor fysiotherapie. Fysio-praxis, 1993, 17, 22-23.

- Hollander E.V. den. Kwaliteitscontrole in de Radiodiagnostiek, de Radiotherapie en de Nucleaire Geneeskunde. *Gamma*, 41, 1991, 5, 133-134.
- Hollands L. Standaarden en diëtetiek. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1990; 45: 160-162.
- Indemans CJG, Radder JK. Een protocollaire, multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van diabetes mellitus type II. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1991; 46: 60-61.
- Indemans CGJ, Hollander HJ. De ontwikkeling van dieetbehandelingsprotocollen in het Academisch Ziekenhuis Leiden. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1991; 46: 54-57.
- Jansen V., E.Jansman, C.van Keulen. Standaard ergotherapieplan voor het geven van gewrichtsbescherming aan chronische reumatoïde arthritis-patiënten. *Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie*, 20, 1992, 6, 219-221.
- Janssen A, Luitingh-van der Veen M, Maessen-Janssen J, van Nispen tot Pannerden L. Stoeltie-Spijker A. Dieetbehandelingsprotocollen bij nierziekten. *Ned Tijdschr Diëtisten* 1991; 46: 57-60.
- Jong, T. de. Kwaliteitsbewaking. *Gamma*, 41, 1991, 4, 98-100.
- Jonge J. de. Diëtist: rol en positie in een ziekenhuisorganisatie. *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 45, 1990, 10, 223-227.
- KNGF, LVFD, VVF. Visie op Fysiotherapie. KNGF, LVFD, VVF, Amersfoort, 1992.
- KNGF. Raamwerknota beleid KNGF. KNGF, Amersfoort, 1989.
- KNGF. Beleidsplan KNGF 1994. KNGF, Amersfoort, 1993.
- KNGF. Concept-Richtlijnen voor Fysiotherapeutische verslaglegging. Amersfoort, KNGF, 1992.
- KNGF. Rapportage inzake evaluatie intern verenigingstuchtrecht. *Fysiovisie*, 1992, maart, 9-10.
- KNGF. Discussienota Regulering van na- en bijscholing. Amersfoort, KNGF, 1988
- KNGF. Modelregeling Fysiotherapeut-Patient. KNGF, 1991
- KNGF. Reglement inzake verbijzonderingen binnen de fysiotherapie. Amersfoort, KNGF, 1988
- Koemans J. De Werkgroep Studiedag Protocollen. *Ned. Tijdschrift voor Diëtisten*, 47, 1992, 9, 231.
- Kommissie Beroepsinhoud Opleidingen. Veranderingen in opleiding? *Gamma*, 43, 1993, 8/9, 212-214.
- Kortenhoeven D. 100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van een wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep. Gouda Quint BV, Arnhem, 1989.
- Koster M.K., Dekker J., Groenewegen P.P. De positie en opleiding van enkele paramedische beroepen in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland en België. Utrecht, NIVEL, 1991.

Kwaliteitscriteria kinderradiologie. Quality Criteria for Diagnostic Radiographic Images in Paediatrics. Gamma, 42, 1992, 2, 49-50.

Lambert J, Hollands L, Bergen B. van e.a. Kwaliteitsbevordering in de logopedie. (Deel 1: Algemeen kader; Deel 2: Standaarden vrije vestiging; Deel 3: Standaarden Audiologisch Centrum). Maastricht, R.U.Limburg, 1991.

Lambert J, Hollands L, van Bergen B. Consensus over kwaliteitscriteria binnen de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 269-272.

Lievaart - van Capelle W.M.van. Classificaties, een plaag of een zegen in de gezondheidszorg? Cesar Oefentherapie, 24, 1993, 3, 49-52.

Machiels MB. Oprichting Stichting Kwaliteitsbevordering Logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 265-266.

Mondelaers B.J.E., Praag W. van, Heuvel A.H. van den. Logopedie en informatica. Gouda, NVLF, 1990.

Mondelaers B.J.E. Masterplan geeft richting. Kwaliteit in Beeld, 1993, 1, 11-12.

Mondelaers BJE, van Praag W. Kwaliteitsbevordering door toepassing van informatica. Logopedie en Foniatrie 1992; 64: 138-141.

Mondelaers BJE. Professionaliseren in de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 248-253.

Nimwegen H van, van Snellenberg JANM. Logopedie en kwaliteit: professionalisering of personaliseren. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 242-247.

Nonhof-Boiten JC. Fysiotherapeuten en hun handelen. Eindverslag van de werkgroep Toetsing Rotterdam. Amersfoort, KNGF, 1991.

NRV. Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen. Zoetermeer, NRV, 1990.

NRV. Onderwijs in kwaliteitszorg. Zoetermeer, NRV, 1993.

NRV. Paramedici en kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, BRV, 1992.

NRV. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer, NRV, 1986.

NRV. Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering. Zoetermeer, NRV, 1990.

NRV. Eerste rapportage voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, NRV, 1992.

NVD. Nota Kwaliteit binnen de Diëtetiek. Werkgroep Kwaliteitsaspecten, 1989.

NVD. Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie. Nederlandse Vereniging van Dietisten, Nederlandse Hartstichting, Oss, 1989.

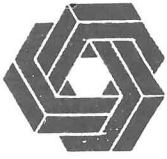
NVD. Nederlandse Vereniging van Diëtenisten actief in Kwaliteit. Oss, NVD, 1992

- NVE. Beleidsnota NVE 1993. Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, 1993
- NVE. Nota: Gebruik van standaarden binnen de Ergotherapie. NVE, 1992.
- NVLF. Beleidsnota Kwaliteit en Logopedie. Algemeen kader voor Kwaliteitsbevordering in de Logopedie. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, Gouda.
- NVLF. Jubileum vakinhoudelijke jaarvergadering. Logopedie en Foniatrie, 65, 1993, 1, 11-12.
- NVMT. Informatie aan de leden. Lidmaatschap, registratie, bij/nascholing, examen. Fysiovisie, februari 1990.
- NVOM. Beleidsplan NVOM 1992-1995. Utrecht, NVOM, 1992
- NVRL. Notitie Kwaliteit NVRL. Utrecht, NVRL, 1993.
- NVRL. Beleidsplan NVRL. Utrecht, NVRL, 1993
- NVvH. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Kwaliteitsbeleid: van goed naar beter. Utrecht, NVvH, 1993.
- NVvO. Nota Kwaliteit in de Orthoptie. Zoetermeer, Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, 1991
- NVvO. Kwaliteitsbevordering in de orthoptie. Zoetermeer, Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, 1993
- NVvO. Beleidsplan NVvO. NVvO, Zoetermeer, 1993.
- Oijen van J. Interne kwaliteitstoetsingsprocedure Dienst Diëtietiek AZL. Ned Tijdschr Diëtisten 1993; 120-122.
- Oosten H.van EFAD. Bijeenkomst van de Europese Federatie van Diëtistenverenigingen over de erkenning van hoger-onderwijsdiploma's. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 47, 1992, 3, 63-64.
- Overeenkomst Nederland-Amerika. Internationale erkenning van de Nederlandse Diëtist. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 48, 1993, 7, 156-157.
- Peterson RF. Behandeling van femurfracturen volgens een fysiotherapeutisch behandelprotocol. Fysiopraxis nr. 13, pag. 6-8, augustus 1993.
- Poorterman J. Kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlener. NVM Tijdschrift 4, 1993, 142-144.
- Profilering fysiotherapie. Fysiovisie, pag. 5-7, december 1990.
- Raaijmakers MF, Dekker J. DE ICIDH in de logopedie. Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 140-145.
- Regulering van na- en bijscholing. Discussienota KNGF. Fysiovisie, oktober 1990, 4-8.
- Reitsma E., Hartog WHM den. Centrale richtlijnen als instrument voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de fysiotherapie. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie, 103, 1993, 1, 37-42

- Reitsma E. Ontwikkelingen registratie. Fysiopraxis nr. 2, pag. 22-23, februari 1993.
- Reitsma E. Registratie: op herhaling. Fysiopraxis, 1992, 5, 19-20.
- Rijswijk H. Fysiotherapie in een academisch ziekenhuis. Fysiopraxis nr. 10, pag. 24-27, juni 1993.
- Ruiter-Mooring E. de. Kwaliteit nader beschouwd. NVM Tijdschrift 4, 1993, 139-141.
- Samenwerking en regulering bij- en nascholing. Gamma, 42, 1992, 3, 84.
- Schevikhoven W.O.B. van. Kwaliteit in beeld. Ned. Tandartsenblad 48, 1993, 17, 789-793.
- Schueren LENJM de van der. Registratie van behandelresultaten. Logopedie en Foniatrie 63, 1991, 273-276.
- Slegte FD de, Wieggers AAJM. Opnieuw beginnen. De reorganisatie van een afdeling logopedie. Logopedie en Foniatrie 1992; 64: 188-195.
- 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.
- Smit G, Lubbers MAI. Samenwerking Huisarts - Fysiotherapeut. Basisboek en 5 werkboeken. Utrecht, Stichting O&O, 1989.
- Stet MA. Het professionaliseringsproces in de logopedie. De januskop van de logopedist. Logopedie en Foniatrie 1991; 63: 258-263.
- Stottelaar-Spetting M, Donker-Willegendborg M. De diëtist in overleg. Een eerste inventarisatie van groepen diëtisten die (geregeld) besprekingen voeren over de beroepsuitoefening. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 44, 1989, 161-165
- Stralenbescherming patiënten. Enkele aspecten van de huidige stand van zaken betreffende de toepassing van de EG-richtlijn inzake de stralingsbescherming van patiënten op radiodiagnostiekafdelingen in Nederland. Gamma, 39, 1989, 2, 31-34.
- Suyker A.H.M. De fysiotherapeut en het tuchtrecht. Fysiovisie, 1991, juni, 4-6.
- Taverne E. Budget en kwaliteit gaan in Venlo hand in hand. Fysiovisie, pag. 14-15, juli/augustus 1990.
- Tiemeijer-Kortman E.M. Kwaliteitsborgingsprogramma's. Inventarisatie kwaliteitsborgingsprogramma's röntgenapparatuur voor medische diagnostiek in verschillende landen. Gamma, 42, 1992, 1, 16-17.
- VBC. Beleidsplan 1993. Utrecht, VBC, 1993
- Veranderingen in opleiding? Gamma, 43, 1993, 8/9, 212-214.

- Verantwoordelijkheidsstructuur t.a.v. het gebruik van ioniserende straling uitzendende toestellen en radioactieve stoffen ten behoeve van medische diagnostiek en behandeling. NVRL, 1992
- Versteegh-Vermeij EH. Professionalisering. Logopedie en Foniatrie 1993; 65: 228-231.
- Wiarda VL. Consensusontwikkeling voor de fysiotherapie. Fysiovisie, pag. 3-5, maart 1991.
- Wiegant E. Met elkaar praten bevordert de kwaliteit. Zorgverzekeraar en fysiotherapeuten ontwikkelen toetsingscriteria. Fysiopraxis nr. 2, pag. 7-9, februari 1993.
- Wiegant E. Protocol moet continuïteit bevorderen. Fytel legt basis voor betere samenwerking. Fysiopraxis nr. 8, pag. 16-17, mei 1993.
- Wiegant E. Voorlopig geen fysiotherapeut-specialist. Fysiopraxis nr. 3, pag. 2-3, februari 1993.
- Yperen EM van, Kerssens JJ. Kwaliteit van diëtetische zorg: het oordeel van de cliënt. Ned Tijdschr Diëtisten 1992; 47: 198-203.
- Zander M. Professionalisering van het beroep diëtist. Ned. Tijdschrift voor Diëtisten, 42, 1987, 243-244.
- Zeeuw SSM de, de Jong CV. Professionalisering van logopedie in ziekenhuizen. Logopedie en Foniatrie 1989; 61: 26-28.





NATIONALE  
RAAD VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID

Gebouw Meerhorst III  
Boerhaavelaan 1  
2713 HA Zoetermeer  
Telefoon 079-710311  
Telefax 079-510881

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer

## BIJLAGE 1

# AFSPRAKEN OVER KWALITEITSBELEID

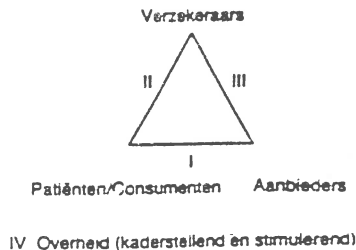
Opgesteld tijdens de vervolgconferentie 'Kwaliteit van Zorg'  
op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam

In deze bijlage treft u een integrale weergave van de afspraken aan (letterlijk overgenomen uit Medisch Contact nr. 27/28, 1990).



## I Preambule

Binnen het huidige tijdsbestek met zijn herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en kwaliteitswetgeving kan het nader concretiseren van een *samenhangend* kwaliteitsbeleid tussen de vier betrokken actoren worden uitgewerkt aan de hand van de onderstaande driehoeksrelatie. De drie partijen die deel uitmaken van deze relatie zijn de aanbieders, de patiënten en de verzekeraars<sup>1</sup>. De overheid wordt in deze benadering gezien als een kaderstellende partij. Tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 6 en 7 april 1989 is een aantal uitspraken geformuleerd, welke inhouden dat het beleid van de overheid afhankelijk moet worden gesteld van initiatieven die door aanbieders, patiënten en verzekeraars in onderlinge samenhang tot stand komen. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt derhalve in de randvoorwaardelijke sfeer conform het streven naar een meer afstandelijke overheidsbemoediging. De verantwoordelijkheden van overheid en veld zijn op te vatten als communicerende vaten in die zin dat als de rol van een van deze actoren verandert, dit automatisch ook wijziging voor de anderen tot gevolg heeft.



Gesteld kan worden dat om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid er een nadere invulling moet plaatsvinden van de afzonderlijke zijden van de driehoeksrelatie. Deze benadering zou uiteindelijk moeten leiden tot afspraken inzake kwaliteit van zorg tussen

patiënten/consumenten - aanbieders - I  
patiënten/consumenten - verzekeraars - II  
aanbieders - verzekeraars - III

Afspraken in de bovenbeschreven relaties zijn geen nieuw fenomeen binnen de zorg. In dit kader kan verwezen worden naar de modelovereenkomst KNMG - LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord. Dit laatste onderstreept dat de afspraken niet beperkt blijven tot bilaterale overeenkomsten.

### Thema 1: verantwoordelijkheden

Ten aanzien van het aspect verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg dient allereerst te worden vastgesteld op welk niveau (individu, koepel, instelling, gemeente, provincieregio, rijk) deze verantwoordelijkheid ligt. In de intentieverklaring zoals overeengekomen tijdens de startconferentie wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg gelegd bij de aanbieders. Het beleid van de verzekeraars moet het leveren van goede kwaliteit mogelijk maken. Tevens dienen de verzekeraars de gewenste kwaliteit te contracteren. De patiënt krijgt meer verantwoordelijkheid. De overheid voert een zodanig beleid dat partijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen waarmaken. De vraag

<sup>1</sup> Er zijn weliswaar andere zorgfinanciers dan verzekeraars zoals de gemeenten als financiers van GGD-en (Gemeenschappelijke/Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) en het AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk). In deze hoedanigheid passen zij niet in het model dat tijdens de conferentie is besproken.

is op welk niveau die verantwoordelijkheid ligt. Voortvloeiend uit de eerste conferentie kan, ten behoeve van nadere afspraken tijdens de vervolgonferentie, gesteld worden dat de landelijke 'koepels' van de betrokken partijen worden geacht het voortouw te nemen bij de uitvoering van de afspraken van de vervolgonferentie. Vanuit het landelijk niveau dient de vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op de overige niveaus: dit dient mede te worden gebaseerd op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

#### **Thema 2: criteria**

Criterion is een begrip dat op verschillende manieren wordt uitgelegd. In het kader van het tot stand komen van een samenhangend kwaliteitsbeleid zal een eenduidige definitie moeten worden gehanteerd. Gekozen is voor de definitie zoals geformuleerd in de onlangs verschenen 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' van de NRV: 'Kenmerk of maatstaf, op grond waarvan beoordeling plaatsvindt'. De drie partijen dienen elk hun eigen criteria te ontwikkelen op grond van hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwaliteit. Dit laat onverlet dat ook door of namens de overheid criteria kunnen worden ontwikkeld.

#### **Thema 3: kwaliteitssystemen**

Gelet op de 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' en het rapport 'Certificatie van Instellingen' (mei 1990, beide van de NRV) wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interne kwaliteitssystemen en externe kwaliteitsbeoordeling.

Interne kwaliteitssystemen zijn met name gericht op het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening en van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Externe kwaliteitsbeoordeling is beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg door een ter zake kundige instantie die onafhankelijk staat ten opzichte van degene die beoordeeld wordt.

#### **Thema 4: middelen**

Voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid kunnen de volgende soorten middelen worden onderscheiden: overeenkomsten, financiële middelen en wetgeving.

## II Afspraken

### Thema 1: verantwoordelijkheden

1. a. De gewenste kwaliteit van zorg wordt in eerste aanleg door de aanbieders geformuleerd en gewaarborgd. Om het kwaliteitskader voor de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen aangeven dient de beroepsgroep in ieder geval een beroepscode te hebben (hierbij kan ook gedacht worden aan standaarden, criteria en richtlijnen) en een beroepsprofiel.  
b. Aanbieders van zorg dienen zich blijvend toetsbaar op te stellen, hetgeen onder andere tot uiting dient te komen in een periodieke openbare verslaglegging, op een nader te bepalen aggregatieniveau.  
c. Het uitwerken van het kwaliteitsbeleid moet gebeuren aan de hand van de 'Discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV (1986) (hoofddeling hiervan is: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie) en een rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen, dat momenteel wordt voorbereid door de NRV. Afhankelijk van het aan de orde zijnde kwaliteitsaspect gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.
2. Het is enerzijds de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren zelf kwaliteits-systemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en anderzijds van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.
3. Patiënten/consumenten hebben een verantwoordelijkheid bij het medebeoordelen van de kwaliteit van zorg. Voor de te beoordelen aspecten wordt verwezen naar de passage hierboven onder 1.c. Patiënten/consumentenorganisaties zullen vanuit hun specifieke betrokkenheid naar deze kwaliteitsaspecten kijken. Zo kunnen algemene patiëntenverenigingen zich meer richten op de aspecten attitude en organisatie en kunnen de categorale patiëntenverenigingen meer gericht zijn op de beoordeling van het aspect 'methodisch-technisch' handelen. De verantwoordelijkheid van patiënten/consumenten wordt met aanbieders van zorg in afspraken vastgelegd. De in de afspraken vastgelegde verantwoordelijkheden kunnen zowel rechten als plichten voor de patiënt inhouden.
4. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars is het beoordelen van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder wat betreft de aspecten doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van beoordeling door verzekeraars. Tevens is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraars mede op grond van kwaliteit te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast scheppen de verzekeraars in overleg met patiëntenorganisaties, aanbieders en overheid de voorwaarden om tot een verantwoord kwaliteitsniveau te komen.
5. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen. De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd. De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid duidelijkheid te scheppen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen.

6. Het Staatstoezicht zal naast de gebruikelijke repressieve toezichtstaken controleren of er kwaliteitsstoetsings- en kwaliteitsbevorderende systemen zijn en kan tevens, indien het daartoe aanleiding ziet, de deugdelijkheid en effectiviteit daarvan controleren. Daarnaast wordt het Staatstoezicht in adviserende zin betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten.

## **Thema 2: criteria**

1. Kwaliteitscriteria, zoals bij voorkeur te formuleren door de beroepsgroepen en instellingen, al dan niet in overleg met patiënten/consumenten<sup>2</sup> en verzekeraars (zie hiervoor de preambule), dienen betrekking te hebben op de aspecten zoals geformuleerd in de discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening en het rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen (dit laatste is zoals vermeld nog in ontwikkeling<sup>3</sup>). De drie partijen formuleren ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.
2. De kwaliteitscriteria dienen zodanig te worden ontwikkeld dat zijn slechts op één manier te duiden zijn en onderwerp kunnen zijn van toetsing.
3. Alle criteria kunnen onderdeel vormen van afspraken die worden overeengekomen tussen de partijen die deel uitmaken van de driehoeksrelatie.
4. Alle criteria dienen onderdeel van kwaliteitsbewakings-, bevorderings- en beheersingssystemen te zijn welke door de overheid wettelijk kunnen worden vastgesteld.

## **Thema 3: kwaliteitssystemen**

### *Interne kwaliteitssystemen*

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
  - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing: intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
  - b. registratie/herregistratie/re-examinering: ten behoeve van herregistratie kan - ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep - bij- en nascholing verplicht worden gesteld.
  - c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.
3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systeem.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

---

<sup>2</sup> Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

<sup>3</sup> De betreffende Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen is in oktober 1990 door de NRV uitgebracht (secr. NRV).

### Externe kwaliteitsbeoordeling

1. Externe kwaliteitsbeoordeling dient bij voorkeur haar aangrijpingspunt te hebben op interne kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben.<sup>4</sup>
2. In de op te stellen afspraken tussen de drie partijen dienen nadere bepalingen te worden opgenomen ten aanzien van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.
3. Ten aanzien van de openbaarheid van gegevens dienen tussen de drie partijen afspraken te worden gemaakt.
4. Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of behandeling en uitvoering van patiënten/consumentenonderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling en patiënten/consumentenonderzoek dienen teruggekoppeld te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen.
5. Indien voor een groep beroepsbeoefenaren en/of instellingen wordt besloten tot de invoering van een systeem van certificatie, dienen hieraan de volgende voorwaarden te worden gekoppeld (gebaseerd op het NRV-advies):
  - 'certificatie is per definitie een vorm van onafhankelijke toetsing'
  - certificatie dient op basis van een groeimodel, zoals gepresenteerd in het rapport NRV 'Certificatie van instellingen' te worden ingevoerd, bij voorkeur:
    - a. als de ontwikkeling van modellen van interne kwaliteitssystemen heeft plaatsgevonden;
    - b. als de betrokkenheid van potentiële belanghebbenden nader is ingevuld.Op korte termijn dient hierover op bestuurlijk niveau tussen de aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars nader te worden besloten. Het Staatstoezicht dient hierbij in adviserende zin te worden betrokken.

### Thema 4: middelen

1. a. Kwaliteit moet onderdeel uitmaken van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De derde partij (patiënten/consumentenorganisaties) behoort daarbij betrokken te zijn.
  - b. In overeenkomsten kunnen incentives worden opgenomen tot kwaliteitsbevordering.
2. a. De financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten moet beschikbaar komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen binnen de vier actoren.
  - b. Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid product.
3. Wetgeving kan worden beschouwd als middel om het kwaliteitsbeleid, zoals dit tot stand moet komen tussen partijen in de beschreven driehoeksrelatie, te stimuleren en te waarborgen. Indien wordt gekomen tot een wet op de kwaliteit van zorg, dient deze het karakter te hebben van een raamwet, wat inhoudt dat deze wet niet primair gericht is op de kwaliteitscriteria zelf doch voornamelijk op procedures en verantwoordelijkheden/bevoegdheden via welke totstandkoming van kwaliteitseisen en kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd en gewaarborgd.

---

<sup>4</sup> Ten aanzien van het begrip 'resultaten van zorg' vindt tussen partijen nader overleg plaats.

4. De aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars maken afspraken ten einde te waarborgen dat voldoende (dat is: valide en relevante) informatie voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking beschikbaar komt en blijft voor alle partijen, met inachtneming van de privacy-voorschriften.
5. De overheid en/of de verzekeraars voeren een beleid dat erop gericht is patiënten/consumentenorganisaties zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de kwaliteit van zorg te beoordelen en dienaangaande activiteiten te ontwikkelen.
6. De verzekeraars zullen overgaan tot het instellen van verzekerdenraden.
7. Verzekerden kunnen een actieve rol vervullen ter zake van kwaliteit, indien zij de vrijheid krijgen om van verzekeraar te wisselen. Daarbij dient een acceptatieplicht (zonder risicoselectie) te gelden.
8. Er is onderzoek nodig ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek dient een onderbouwing te zijn van de inhoudelijke ontwikkeling van criteria en systemen voor kwaliteitsbevordering, waaronder de beoordeling van kosten en baten.
9. De overheid zal in overleg met het veld de totstandkoming van de klachtenwetgeving met kracht continueren.



### III Planning

#### Thema 1: verantwoordelijkheden

Tijdsplanning is hierop niet van toepassing.

#### Thema 2: criteria

1. Binnen twee jaar zullen partijen - het initiatief hiertoe zal binnen een half jaar door de aanbieders worden genomen - komen tot afspraken over:
  - de gebieden waarop de criteria betrekking hebben en de partijen die daarover met elkaar tot afspraken zullen komen.
  - een procedure om tot formuleren van de criteria te komen door de ter zake belanghebbende partijen;
  - een procedure om te komen tot prioriteitenstelling en de behandeling van de criteria;
  - een procedure om geschillen over formulering en prioriteitenstelling op te lossen;
  - een procedure om tot implementatie van de - reeds in het verleden - geformuleerde criteria te komen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar zullen aan de hand van de onder 1 gestelde procedures de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen de betrokken partijen zijn opgenomen:
  - specifiek wordt hierbij bedoeld de criteria voor goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap;
  - tussen aanbieders en patiënten zullen de positie en de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt hierin worden betrokken;
  - in overleg tussen patiëntenorganisaties en verzekeraars zullen kwaliteitsbepalingen ten behoeve van polissen worden opgesteld.

#### Thema 3: systemen

1. Analoot aan het ontwikkelingstraject van kwaliteitscriteria (zie thema 2) dienen partijen in de driehoeksrelatie binnen een termijn van twee jaar procedure-afspraken te hebben gemaakt over het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar moeten interne kwaliteitssystemen operationeel zijn.

#### Thema 4: middelen

Met uitzondering van de punten 4 en 9 dienen deze afspraken operationeel te zijn bij invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg. De punten 4 en 9 dienen binnen een jaar te zijn gerealiseerd.

### IV Voortgangsbewaking

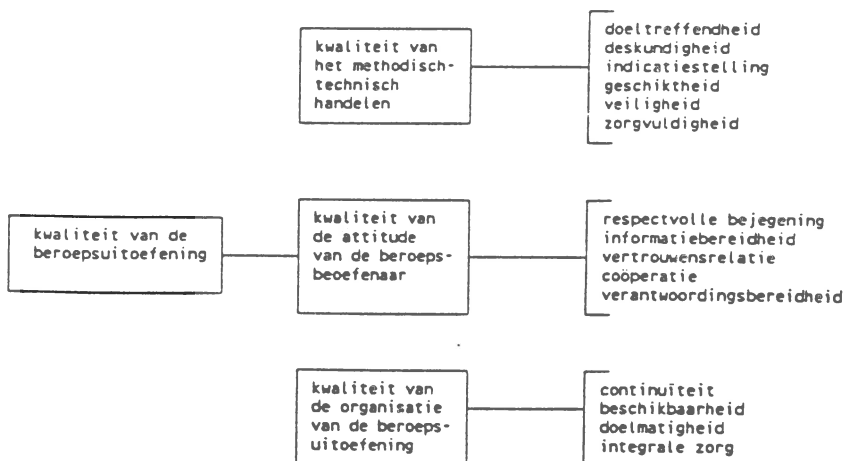
De NRV zal worden gevraagd een commissie te formeren die de voortgang controleert en jaarlijks rapporteert. De NRV zal deze commissie binnen een half jaar samenstellen in overleg met de geledingen binnen de gezondheidszorg.

## BIJLAGE 2

### Kwaliteit van beroepsuitoefening en kwaliteit van instellingen

De begrippenkaders zijn telefonisch te bestellen bij de NRV, tel. 079-710300.

#### Kwaliteit van beroepsuitoefening



#### Kwaliteit van instellingen

	Algemene kwaliteitsaspecten	Relationele kwaliteitsaspecten	Technische kwaliteitsaspecten
Kwaliteit van de organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doeltreffendheid</li> <li>- doelmatigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- duidelijkheid</li> <li>- medezeggenschap</li> <li>- omgevingsgerichtheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- samenhang</li> <li>- flexibiliteit</li> <li>- stabiliteit</li> </ul>
kwaliteit van de medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doeltreffendheid</li> <li>- doelmatigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- constructieve opstelling</li> <li>- verantwoordings- en informatiebereidheid</li> <li>- zorgvuldige omgang met patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deskundigheid</li> <li>- geschiktheid</li> </ul>
kwaliteit van de materiele voorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doeltreffendheid</li> <li>- doelmatigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gebruikersvriendelijkheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- veiligheid</li> </ul>
kwaliteit van de zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doeltreffendheid</li> <li>- doelmatigheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- beschikbaarheid</li> <li>- patientgerichtheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zorg op maat</li> </ul>

## BIJLAGE 3

### TOELICHTING BEGRIPPEN

Bron: Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering  
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1990

<b>ACCREDITATIE</b>	De NRV beveelt aan de term accreditatie niet te gebruiken. In de VS betekent accreditatie: certificatie van instellingen. In Nederland wordt met accreditatie bedoeld op erkenning van opleidings- en scholingsactiviteiten.
<b>AUDIT</b>	Kwaliteitsaudit: een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of de kwaliteitsactiviteiten en de resultaten hiervan overeenkomen met vastgelegde regelingen en of deze laatste doeltreffend ten uitvoer zijn gebracht, alsmede geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen.
<b>CERTIFICATIE</b>	Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat dat een duidelijk omschreven onderwerp van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm of met een ander eisenstellend document.
<b>CRITERIUM</b>	Kenmerk of maatstaf op grond waarvan beoordeling plaatsvindt.
<b>INDICATOR</b>	Een meetbaar element van de zorgverlening welke functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg.
<b>KWALITEIT</b>	Het geheel aan eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften.
<b>KWALITEITSBORGING</b>	Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te kunnen geven dat een produkt of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

<b>KWALITEITSPLAN</b>	De voorgenomen specifieke maatregelen, voorzieningen en volgorde van activiteiten met betrekking tot de kwaliteit, van toepassing op een bepaald product, dienst, contract of project.
<b>KWALITEITSPROFIEL</b>	Weergave van een bepaalde situatie, omstandigheid of activiteit, waarbij op een samenhangende wijze wordt weergegeven welke eisen worden gesteld ten aanzien van specifieke aspecten van kwaliteit.
<b>KWALITEITSSYSTEEM</b>	De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.
<b>KWALITEITSZORG</b>	(Quality management) Dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt.
<b>NORM</b>	Toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten; toestand die voor een categorie van zaken vereist is. De Raad adviseert de term 'norm' te gebruiken voor een wenselijk geachte toestand.
<b>PROTOCOL</b>	Document waarin regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en welke door de belanghebbende groeperingen in gemeenschappelijk overleg zijn opgesteld en aanvaard.
<b>STANDAARD</b>	Onderling overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor de aangesproken populatie.