# Onderwijs in kwaliteitszorg bij opleidingen in de gezondheidszorg

*Wat leren aankomende fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen van kwaliteitszorg?*

*E.M. Sluijs, C. Wagner en G. van Duijn**

## Inleiding

Deze bijdrage beschrijft hoe aankomende fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen tijdens hun opleiding worden onderwezen in kwaliteitszorg. Een aantal opleidingen is daartoe bezocht met de vraag in welke mate en op welke wijze kwaliteitszorg c.q. kwaliteitsmanagement in het curriculum is opgenomen. Het antwoord op die vraag is relevant vanuit de volgende overwegingen. Als aankomende fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen tijdens de opleiding vertrouwd raken met kwaliteitszorg, dan zullen zij dat als een normaal onderdeel van de latere beroepsuitoefening ervaren en dus ook uitvoeren. Indien zij dat niet leren tijdens de opleiding, dan zullen alleen degenen met speciale interesse in kwaliteitszorg na- en bijscholing op dat gebied volgen. In dat geval zal het lang duren voordat kwaliteitszorg tot de gangbare beroepsuitoefening behoort en zal de implementatie van kwaliteitszorg in de Nederlandse gezondheidszorg te traag blijven verlopen. Dit laatste is tot op heden het geval, zo stellen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). Vanwege deze constatering gaf het Ministerie van VWS opdracht tot een verkennend onderzoek onder initiële opleidingen tot fysiotherapeut, verpleegkundige en arts om na te gaan of kwaliteitszorg daar wordt onderwezen. De onderhavige bijdrage is op dit onderzoek gebaseerd.

## 1 Kwaliteitszorg

Dat de implementatie van kwaliteitszorg traag verloopt, betekent ook dat de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) onvoldoende wordt nageleefd (Casparie e.a. 2002). Zowel in de Kwaliteitswet als in de Wet BIG (1993-1998) is kwaliteitszorg een wettelijke verplichting voor zorginstellingen en be-

* Mevrouw E.M. Sluijs en mevrouw C. Wagner zijn beiden werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).
G. van Duijn is werkzaam bij het Interfacultair Centrum voor Lerarenopleiding, Onderwijsontwikkeling en Nascholing (ICLON) van de Universiteit Leiden.

roepsbeoefenaren. Het doel van kwaliteitszorg is te waarborgen dat patiënten verantwoorde zorg ontvangen. Dat is 'zorg van goed niveau die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en die tegemoetkomt aan de reële behoefte van de patiënt' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1996). Om dit kwaliteitsniveau te realiseren en verbeteringen aan te brengen als dat niveau niet wordt gerealiseerd, is kwaliteitszorg c.q. kwaliteitsmanagement nodig ('managen' is leiden of sturen). In deze wettelijke context houdt kwaliteitszorg in dat regelmatig kritisch wordt nagaan of:

- de zorgverlening doelmatig is (goede kwaliteit tegen de minste kosten);
- de zorg doeltreffend is (effectief en veilig);
- de zorg patiëntgericht wordt verleend (onder meer respectvolle bejegening);
- de zorg tegemoetkomt aan de reële behoeften van de patiënt.

Hoe dat moet gebeuren, is eveneens in de wet vastgelegd. Zorgaanbieders moeten 'gegevens over de kwaliteit van zorg registreren, zij moeten deze gegevens toetsen aan de normen of doelen die men heeft gesteld en zo nodig verbeteringen aanbrengen' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1996). In kwaliteitstermen is dit het toepassen van de kwaliteitscyclus die steeds moet worden herhaald (normen of doelen stellen, meten, evalueren en verbeteren). Voor het toepassen van de kwaliteitscyclus zijn het afgelopen decennium tal van (kwaliteits)instrumenten ontwikkeld, zoals intercollegiale toetsing, visitatie, verbeterprojecten, doorbraakprojecten, meningspeilingen, accreditering en benchmarking. Ongetwijfeld zullen er nog steeds nieuwe instrumenten bijkomen. Deze instrumenten zijn hulpmiddelen voor kwaliteitszorg en geen doel op zich. Kwaliteitszorg betekent in essentie dat een zorgaanbieder de door hem/haar verleende zorg en de resultaten daarvan systematisch en kritisch evalueert om zodoende na te gaan of de gestelde doelen worden bereikt.

## 2 De taak van de opleidingen

Dat de opleidingen in hun curricula aandacht aan kwaliteitszorg zouden moeten besteden, is van diverse kanten bepleit. Het belang daarvan werd benadrukt op de Leidschendamconferenties in 1995 en 2000 en werd nog eens extra onder de aandacht gebracht door het Ministerie van VWS in de nota *Zorg van Betekenis*. Deze nota stelt: 'gezondheidszorgopleidingen dienen de theorie en de praktijk van kwaliteitszorg optimaal te laten aansluiten op het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen en beroepsgroepen'. De mate

waarin en de wijze waarop opleidingen deze aansporingen ter harte hebben genomen, is niet bekend.
Reeds in 1993 heeft de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid een referentiekader voor kwaliteitszorg in de opleidingen opgesteld en geadviseerd om onderwijsprogramma's op het gebied van kwaliteitszorg te ontwikkelen en deze in de opleidingen op te nemen (NRV 1993). Het is niet bekend of opleidingen dit inderdaad hebben gedaan en evenmin is bekend hoe die onderwijsprogramma's eruit zien (bijvoorbeeld als aparte module of geïntegreerd in andere modules, vanaf het eerste studiejaar of alleen in de laatste studiefase, enzovoort). De vraag die in deze bijdrage centraal staat is derhalve:

> Op welke wijze besteden initiële opleidingen tot fysiotherapeut, verpleegkundige en arts in hun curricula aandacht aan kwaliteitszorg?

Omdat – zoals uit het vervolg zal blijken – er grote verschillen zijn tussen de opleidingen wat betreft vorm en inhoud van het onderwijs in kwaliteitszorg, zullen vele voorbeelden uit de curricula ter illustratie worden beschreven. Ook bevat deze bijdrage een bijlage met het bijgestelde referentiekader voor kwaliteitszorg in de opleidingen. De normen uit het oorspronkelijke NRV-referentiekader zijn daartoe waar nodig geactualiseerd en geherformuleerd in termen van competenties. Competenties zijn – kort gezegd – bekwaamheden van een persoon om kennis, vaardigheden en attitude op een geïntegreerde wijze in te zetten bij de uitoefening van zijn of haar beroep (Nedermeijer & Pilot 2000). Zie het onderzoeksrapport voor de verantwoording van het bijgestelde referentiekader (Duijn & Sluijs 2003, www.nivel.nl).

## 3 Methode

Het onderzoek is – conform de onderzoeksopdracht – beperkt tot de initiële opleidingen van drie beroepen, fysiotherapeut, verpleegkundige en arts. Er zijn elf van deze opleidingen bezocht: drie in de fysiotherapie, vijf voor verpleegkundigen (hbo en mbo) en drie initiële medische opleidingen tot basisarts. De opleidingen zijn willekeurig gekozen, maar met zoveel mogelijk landelijke spreiding. Het onderzoek is uitgevoerd via interviews met meerdere vertegenwoordigers van elke opleiding. Via de directie van de opleiding hadden wij gevraagd naar vertegenwoordigers die het overzicht hadden over het onderwijsprogramma en het curriculum. De geïnterviewde verte-

genwoordigers hadden dan ook functies als onderwijs- of opleidingsmanager, onderwijscoördinator, hoofd van het opleidingsinstituut, soms vergezeld van vakdocenten. Voor nadere bijzonderheden over de functies van de geïnterviewden en de methodologische verantwoording verwijzen we naar het onderzoeksrapport (te downloaden via www.nivel.nl > verder zoeken > publicaties van NIVEL-medewerkers > Duijn 2003).
In de interviews kwamen de volgende onderwerpen steeds aan de orde waarmee tevens de structuur van deze bijdrage is gegeven.

- Komt kwaliteitszorg in het onderwijs aan de orde?
- Welke inhoudelijke aspecten van kwaliteitszorg komen aan de orde?
- In welke vorm (als aparte module of geïntegreerd) wordt kwaliteitszorg onderwezen?
- In welke fase van de opleiding slaat kwaliteitszorg het meest aan?
- Besteedt de opleiding voldoende aandacht aan kwaliteitszorg?

Bij de vraag naar de inhoud van kwaliteitszorg werd onderscheid gemaakt tussen kennis, vaardigheden en attitude. Deze drie aspecten waren nader omschreven in een checklist die de leidraad vormde bij de interviews (zie verderop).
De interviews zijn afgenomen door onderwijskundigen van het ICLON en onderzoekers van het NIVEL. De resultaten zijn kwalitatief van aard en gebaseerd op – door de geïnterviewden – geautoriseerde interviewverslagen. Het onderzoek was beperkt tot een verkenning (*quick scan*). De resultaten zijn niet representatief voor alle opleidingen.

## 4 Komt kwaliteitszorg in het onderwijs aan de orde?

Het onderwijs van alle opleidingen is in de jaren negentig vrij fundamenteel vernieuwd. Een van de redenen voor onderwijsvernieuwing was het groeiend inzicht dat kennis tegenwoordig snel veroudert. Studenten moeten derhalve worden voorbereid op levenslang leren. Voor het onderwijs betekende dat een verschuiving van kennisoverdracht naar meer actieve onderwijsvormen, gericht op het verwerven van bekwaamheden of competenties. De opleidingen fysiotherapie en verpleegkunde zijn daarom overgegaan op probleemgestuurd of probleemgericht onderwijs (PGO) of projectonderwijs (PO), veelal in combinatie met werkgroepenonderwijs. Alleen over specifieke onderwerpen worden nog aparte blokken gegeven, zoals over wetgeving. Ook de medische opleidingen hebben grondige veranderingen ondergaan. In 1994 zijn gemeenschappelijke eindtermen voor alle artsopleidingen vastgelegd en in 2001 zijn deze eindtermen bijgesteld in het *Raamplan 2001 Artsopleiding*. Bij sommige medische opleidingen was de

curriculumherziening ten tijde van dit onderzoek (winter van 2002-2003) nog in volle gang.

Ongeveer parallel aan deze onderwijsvernieuwingen is kwaliteitszorg rond 1995-1996 als nieuw onderwerp in de opleidingen geïntroduceerd. In de drie bezochte opleidingen fysiotherapie wordt sinds die periode vrij veel aandacht aan kwaliteitszorg besteed, aldus de geïnterviewden. Dat geldt ook voor de vijf opleidingen verpleegkunde. 'Dat ligt ook voor de hand – zo wordt vanuit deze opleidingen gemeld – omdat kwaliteitszorg tegenwoordig in alle basisboeken voor verpleegkundigen is opgenomen, doorgaans in een apart hoofdstuk "kwaliteitszorg".' Wel heeft kwaliteitszorg op de hbo-opleidingen verpleegkunde een meer prominente plaats dan op de mbo-opleidingen (zie bijvoorbeeld de leerdoelen in een blok kwaliteitszorg op een hbo-opleiding verpleegkunde in box 1). Op hbo-niveau is onderwijs in kwaliteitszorg bovendien een vereiste in het kader van de eindtermen. De opleidingen sluiten altijd zeer nauw bij deze (wettelijk vastgelegde) eindtermen aan, aldus een van de geïnterviewden.

**Box 1 Leerdoelen in een blok kwaliteitszorg aan een hbo-opleiding voor verpleegkundigen**

*Doelen*
Het algemene doel is een inhoudelijke verdieping over het uitvoeren van kwaliteitszorg in de praktijk. Daarbij bereidt de student zich inhoudelijk voor om volwaardig te kunnen participeren in een projectgroep van een kwaliteitsproject.
Er zijn specifieke leerdoelen geformuleerd overeenkomstig het *Werkcahier HBO Kwaliteitszorg* van het Transferpunt Vaardigheidsonderwijs (Hollands e.a. 2000).

*Inhoud*
De onderwerpen die worden uitgediept, zijn:
*a* het introduceren en motiveren voor kwaliteitszorg;
*b* het kiezen van een onderwerp;
*c* het analyseren van een onderwerp;
*d* het normeren;
*e* het meten;
*f* het presenteren van meetresultaten en het opstellen van een projectplan.

*Leerdoelen voor onderdeel ad a*
Met betrekking tot het introduceren van en motiveren tot kwaliteitszorg kan de student:

- uitleggen wat kwaliteit en kwaliteitszorg is;
- het verschil tussen kwaliteitszorg, een werkbespreking en wetenschappelijk onderzoek toelichten;
- vertellen waarom kwaliteitszorg nodig is;
- uitleggen hoe je collega's en andere betrokkenen kunt motiveren voor kwaliteitszorg;
- uitleggen en vertellen wat intercollegiale toetsing, visitatie en benchmarken inhouden en overeenkomsten en verschillen beschrijven;
- een groep collega's en andere betrokkenen introduceren in kwaliteitszorg;
- mogelijke 'moeilijke situaties' bij het uitvoeren van vaardigheden vertellen en toelichten op welke wijze je deze kunt hanteren.

De drie bezochte artsenopleidingen hebben geen module kwaliteitszorg en er is ook weinig sprake van onderwijs dat expliciet onder de noemer van kwaliteitszorg of van kwaliteitsmanagement wordt gegeven, aldus de geïnterviewden. Wel is er gedurende de gehele opleiding veel aandacht voor de kwaliteit van zorg waarbij diverse vormen van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering vanzelfsprekend aan bod komen, zo wordt gemeld. Dat is ook in de nieuwe eindtermen van de artsopleiding opgenomen. Zie ter illustratie box 2. Daaruit blijkt dat in de eindtermen diverse aspecten van kwaliteitszorg worden genoemd (bewaken, bevorderen en verbeteren van kwaliteit; werken volgens richtlijnen; intercollegiale toetsing; enzovoort). Overigens merken de geïnterviewden van alle elf opleidingen op dat studenten ook met kwaliteitszorg in aanraking komen tijdens de stageperiode respectievelijk de co-schappen.

**Box 2 Voorbeelden van eindtermen in het *Raamplan 2001 Artsopleiding***

- De arts beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de wijze waarop in de gezondheidszorg de kwaliteit wordt *bewaakt, bevorderd en verbeterd.*
- De arts is in staat waar mogelijk volgens *richtlijnen* te werk te gaan.
- De arts (...) is bereid zijn medisch werk door anderen te laten *beoordelen/toetsen* en kan een oordeel geven over het medisch werk van anderen.
- De arts (...) hanteert vaardigheden met betrekking tot (...) onderhandelen, leiding geven en *intercollegiale toetsing.*
- De arts is in staat *eigen blinde vlekken of lacunes* in de beroepsuitoefening *op te sporen* en te trachten deze (via nascholing of anderszins) op te heffen.

## 5 Welke inhoudelijke aspecten van kwaliteitszorg komen aan de orde?

### *5.1 Kennis over kwaliteitszorg*

Bij de vraag naar de inhoudelijke aspecten van kwaliteitszorg die aan de orde komen, werd in het interview een checklist gehanteerd. Daarin waren inhoudelijke aspecten opgesplitst in kennis, vaardigheden en attitude ten aanzien van kwaliteitszorg. Achtereenvolgens gaan we op deze drie thema's in. De vraag was of studenten in de opleiding kennis over kwaliteitszorg verwerven, met name wat betreft kennis over:

*1* kwaliteitssystemen en kwaliteitskeurmerken;
*2* kwaliteitsinstrumenten (richtlijnen, toetsing, visitatie, enzovoort);
*3* de kwaliteitscyclus (normeren, meten, evalueren, verbeteren);
*4* de invloed van de verschillende partijen (patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars) op het kwaliteitsbeleid.

Van deze vier onderwerpen wordt in zijn algemeenheid meer aandacht besteed aan kwaliteitsinstrumenten en de kwaliteitscyclus en in mindere mate aan kwaliteitssystemen en aan de invloed van de verschillende partijen (patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars) op het kwaliteitsbeleid.

Van de kwaliteitsinstrumenten worden richtlijnen (protocollen en standaarden) het meest genoemd, gevolgd door toetsing (zie het voorbeeld in box 3). 'Richtlijnen zijn inmiddels verankerd in het reguliere onderwijs. Zij maken deel uit van the state of the art van het beroepsmatig handelen', zo wordt vanuit een fysiotherapieopleiding toegelicht. Ook bij de andere opleidingen – voor verpleegkundigen en artsen – worden zaken als richtlijnen en toetsing als min of meer vanzelfsprekend ervaren. Bij de verpleegkundeopleiding wordt gewezen op de overeenkomst tussen toetsing en de (al langer bestaande) intervisie. Vanuit een artsenopleiding wordt gesteld dat 'toetsing van het professioneel handelen essentieel is en dat de student doorlopend gedurende de gehele opleiding wordt beoordeeld'.

**Box 3 Voorbeeld van intercollegiale toetsing op een fysiotherapieopleiding**

De geïnterviewde meldt: 'Toetsen en feedback geven en ontvangen komt op verschillende manieren aan bod (...). Toetsen gebeurt frequent in behandelsituaties, de zogenoemde simulatiecontacten (onmisbaar en zeer zinvol, aldus de geïnterviewde). Een simulatiepatiënt wordt door de student(en) behandeld. De groep toetst het handelen en optreden van de student. Studenten krijgen op

deze wijze feedback, ten eerste van de behandelde patiënt zelf (hoe heeft de patiënt de behandeling en de bejegening ervaren?), ten tweede van de groep en ten derde van de docent. Dit is een vorm van intercollegiale toetsing'.

Op kwaliteitssystemen en certificering wordt niet uitputtend ingegaan, meldt een geïnterviewde. De studenten leren bijvoorbeeld wel dat kwaliteitssystemen bestaan, maar zij worden niet diepgaand behandeld. De geïnterviewden vinden het wel belangrijk dat studenten weten waar informatie over dergelijke systemen te vinden is. Op de mbo-opleidingen (verpleegkunde) komen minder aspecten van kwaliteitszorg aan de orde dan op het hbo-niveau en wordt er ook minder vaak expliciet over kwaliteitszorg gesproken.

## *5.2 Vaardigheden op het gebied van kwaliteitszorg*

Bij de vraag naar de vaardigheden die studenten op het gebied van kwaliteitszorg verwerven, waren de volgende vaardigheden ter verduidelijking aan de interviewchecklist toegevoegd, namelijk:
- de kwaliteitscyclus toepassen (normeren, meten, evalueren, verbeteren);
- eigen of andermans praktijkvoering toetsen aan geldende normen of criteria;
- eigen en andermans functioneren bespreken in (toetsings)groepen;
- eigen handelen aanpassen op basis van toetsingen;
- groepsgewijs aan kwaliteitszorg werken;
- omgaan met (belangen van) andere disciplines en partijen zonder de eigen professionele verantwoordelijkheid uit het oog te verliezen.

Bij deze vaardigheden moet onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds vaardigheden die expliciet op kwaliteitszorg zijn gericht en anderzijds basisvaardigheden die weliswaar noodzakelijk zijn voor kwaliteitszorg, maar die ook voorheen al inherent waren aan de opleiding. Deze basisvaardigheden worden in de opleiding grondig aangeleerd, zo wordt opgemerkt. Dat geldt bijvoorbeeld voor planmatig werken, samenwerken (in groepen), feedback geven en incasseren, communicatievaardigheden, enzovoort. Deze vaardigheden vormen ook een voorwaarde voor het kunnen toepassen van kwaliteitszorg.

Expliciete vaardigheden op het gebied van kwaliteitszorg laten zich het beste illustreren aan de hand van twee voorbeelden, één over richtlijnen en één over kwaliteitsprojecten. Op een hbo-opleiding fysiotherapie is een speciale

module gewijd aan richtlijnen. De wijze waarop dit blok is ingevuld is in box 4 te zien.

**Box 4 Voorbeeld van een module 'Richtlijnen' op de fysiotherapieopleiding**

Aan richtlijnontwikkeling wordt gewerkt in een blok in het derde jaar. Dit blok is als volgt ingevuld.

- Er wordt gewerkt in groepen van circa twaalf studenten. Elke groep krijgt de opdracht een richtlijn te ontwikkelen voor de fysiotherapeutische behandeling van bijvoorbeeld acute knieklachten. Het moet een goed afgebakend onderwerp zijn.
- Het blok wordt afgesloten met een rechtbankprocedure (methode ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). In de rechtbank zijn drie partijen: aanklagers, verdedigers en een jury. Elke groep moet aan de jury helder zien te maken waarom de eigen richtlijn beter is, bijvoorbeeld via het denkproces dat men heeft gevolgd, de stappen die men heeft doorlopen en de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn. De bedoeling van het blok is dat men kritisch en analytisch leert denken.
- Studenten blijken in het blok goed in staat te zijn om de kennis en tools te gebruiken die men heeft opgedaan ten aanzien van wetenschappelijke onderzoeksmethodologie (men zoekt bijvoorbeeld naar *Randomized Controlled Trials* (RCT's), meta-analyses, *level of evidence*, enzovoort).
- Studenten vinden het ontwikkelen van de richtlijn doorgaans veel werk (circa 80% werkt er ook hard aan); de rechtbank procedure vindt men leuk en het blok wordt als goed gewaardeerd, aldus de geïnterviewde.

Op een hbo-opleiding verpleegkunde is het tweede en derde blok kwaliteitszorg gericht op respectievelijk het verwerven van vaardigheden en op toepassing in de praktijk (het eerste blok is gericht op kennisverwerving). De toepassing van kwaliteitszorg in de praktijk vindt plaats via het uitvoeren van interne of externe projecten. Een extern project kan bijvoorbeeld inhouden het opzetten en uitvoeren van een afdelingsgebonden toetsing in een instelling. De externe projecten hebben het karakter van contractactiviteiten, waarvoor instellingen een vergoeding betalen. Zie box 5 voor een beschrijving van deze projecten.

**Box 5 Het uitvoeren van externe kwaliteitsprojecten op een hbo-opleiding verpleegkunde**

- Groepen studenten voeren zelf kwaliteitsprojecten in instellingen uit, uiteraard onder begeleiding. Een groep bestaat uit circa zeven studenten. De tijdsinvestering is 175 uur per student, namelijk vier weken fulltime.
- Er wordt aan de instellingen een kleine vergoeding voor deze kwaliteitsprojecten gevraagd, omdat bij dergelijke projecten extra begeleiding van de docenten is vereist. Er is bij de projecten namelijk in zekere mate sprake van een resultaatverplichting tegenover de instelling (naast de gebruikelijke inspanningsverplichting). De opleiding voelt zich daarvoor verantwoordelijk. De projecten hebben min of meer het karakter van contractactiviteiten.
- Het begeleiden en ook het werven van dergelijke projecten vraagt vanzelfsprekend de nodige deskundigheid en ook tijd en energie van de opleiding.
- Het uitvoeren van externe projecten is als volgt ontstaan. Voorheen werden de ervaringen uit de stages van studenten gebundeld om tot de basisgegevens (input) voor een kwaliteitsproject te komen. De uitwerking van een dergelijk project werd aan instellingsmedewerkers voorgelegd en aan hen werd commentaar op het project gevraagd. Vanuit deze medewerkers kwam toen het verzoek om dergelijke projecten ook daadwerkelijk in de instelling uit te gaan voeren. Op die wijze zouden studenten een nuttige bijdrage aan kwaliteitsbewaking en/of kwaliteitsverbetering kunnen leveren. De docenten vonden dit een goed idee/aanbod.

Alle geïnterviewden melden dat het werken volgens de kwaliteitscyclus gedurende de gehele opleiding wordt aangeleerd, maar niet expliciet onder de noemer kwaliteitszorg. De kwaliteitscyclus vertoont namelijk veel verwantschap met het methodisch handelen en met de stappen die in het PGO-onderwijs worden gevolgd. Bij het methodisch handelen in de fysiotherapie bijvoorbeeld worden de stappen van de kwaliteitscyclus op microniveau doorlopen, namelijk doelen stellen, plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen, zo wordt toegelicht. Dat geldt ook voor de verpleegkundeopleidingen, waar planmatig via vijf stappen wordt gewerkt (verpleegdoelen formuleren, verpleegkundige interventies kiezen, verpleegplan vaststellen in overleg met de zorgvrager, afspraken vastleggen in het verpleegplan, evalueren en het verpleegplan zonodig bijstellen in overleg met de zorgvrager). Ook is er een parallel te trekken tussen de kwaliteitscyclus, de onderzoekscyclus en het medisch probleem oplossen. 'Het gaat om het leren hanteren van oplossingsstrategieën, hetgeen ook in kwaliteitszorg relevant is', aldus een geïnterviewde van een artsenopleiding. Meerdere geïnterviewden vinden dat

gedurende de opleiding de overeenkomst tussen het methodisch handelen en het toepassen van de kwaliteitscyclus explicieter zou moeten worden benadrukt.

Sommige vaardigheden lijken meer geschikt voor vervolgopleidingen of voor bij- en nascholing, maar de geïnterviewden hebben daar geen uitgesproken mening over. Gesuggereerd wordt bijvoorbeeld dat visitatie of 'het toetsen van eigen en andermans praktijkvoering aan geldende normen of criteria' te ver voert voor de initiële opleiding. Vanuit een artsenopleiding wordt gemeld dat 'het omgaan met de belangen van de verschillende partijen' typisch een onderwerp is voor de specialistenopleiding. Ook de positie van de zorgverzekeraar hoeft volgens de geïnterviewde niet in de initiële opleiding aan bod te komen.

### *5.3 De attitude ten aanzien van kwaliteitszorg*

De attitude ten aanzien van kwaliteitszorg was in de interviewchecklist breed gedefinieerd als een houding die gekenmerkt wordt door:
- een kritische instelling;
- reflecteren;
- innoveren;
- *life long learning*;
- respectvol en nauwgezet werken met zorg voor kwaliteit.

Alle geïnterviewden zijn van mening dat een juiste attitude van zeer groot belang en volgens sommigen het belangrijkst is. Dat de opleidingen daar aandacht aan besteden, wordt als volgt verwoord: 'Van alle competenties is de attitude van toekomstige verpleegkundigen het belangrijkst. Dit aspect komt ook het meest voor in het curriculum en is voor de opleiding het meest herkenbaar. Met de juiste attitude zal de verpleegkundige gericht zijn en blijven op kennis vergaren en dus op continue verbetering van de kwaliteit'.

Levenslang leren wordt van groot belang geacht en daaraan wordt in alle opleidingen dan ook de nodige aandacht besteed. *Life long learning* wordt studenten als een noodzakelijkheid bijgebracht. Dat staat niet ter discussie. Gemeld wordt dat 'blijven leren voor fysiotherapeuten vanzelfsprekend is'. 'Nagenoeg iedereen wil zich na de opleiding specialiseren. Ook blijken fysiotherapeuten van alle paramedische beroepen de meeste na- en bijscholing te volgen op vrijwillige basis', aldus een geïnterviewde. Vanuit een verpleegkundeopleiding wordt wel opgemerkt dat er geen garantie is dat levenslang wordt geleerd. 'Of leerlingen na hun opleiding ook werkelijk life

long gaan leren, daar heeft men geen zicht op. Dat hangt ook af van het individu in kwestie en van zijn/haar werksetting', zo merken twee geïnterviewden op.

Ook vanuit alle artsenopleidingen wordt benadrukt dat een kritische reflectie ten aanzien van eigen kennis, gekoppeld aan het besef dat kennis tijdelijk is, tot levenslang leren noodzaakt. De geïnterviewden noemen een aantal overwegingen om het belang van life long learning, een kritische attitude en zelfreflectie te onderbouwen. Deze overwegingen zijn in box 6 beschreven.

**Box 6 Het belang van een juiste attitude in een artsenopleiding**

Een van de geïnterviewden stelt dat 'het zich eigen maken van een kritische attitude ten grondslag ligt aan de huidige artsenopleiding'. Een dergelijke attitude is ten minste vanuit de volgende overwegingen van belang.

- Ten eerste is medisch ingrijpen potentieel schadelijk voor de patiënt. Het risico dat meer schade wordt toegebracht dan noodzakelijk is, moet worden uitgesloten. Een kritische reflectie op de vraag of men wel of niet mag ingrijpen is noodzakelijk.
- Ten tweede is het totaal aan medische kennis niet meer door elke individuele arts te overzien. Het besef dat men permanent deficiënt is ten aanzien van bestaande kennis is noodzakelijk om te bewerkstelligen dat artsen op zoek gaan naar ontbrekende kennis. Bijvoorbeeld door structurele samenwerking of het raadplegen van collega's.
- Een kritische attitude houdt ook in dat men zich afvraagt: 'hoe controleer ik in welke mate mijn kennis tekortschiet?' Bijvoorbeeld via intercollegiaal overleg of visitatie. In het verlengde daarvan ligt de vraag 'welke instrumenten staan mij ter beschikking om de kwaliteit te handhaven of te verbeteren?' Ook deze attitude wordt in de opleiding bijgebracht.
- Nascholing is dan ook een dwingende voorwaarde voor kwaliteit. Het volgen van postacademisch onderwijs is anno 2002 de norm. Het blijvend leren is een zeer belangrijk onderdeel in de opleiding.

De geïnterviewden benadrukken dat de attitude van de arts bepaalt hoe in het individuele contact in de spreekkamer met de patiënt wordt omgegaan. Een juiste attitude is dus essentieel. 'Er zijn verschillen tussen studenten in de mate waarin studenten deze attitude verwerven en internaliseren. Wel zal iedereen zich na de opleiding een attitude van voorzichtigheid hebben eigen gemaakt.'

Over de competentie tot innoveren wordt verschillend gedacht. De meerderheid van de geïnterviewden is van mening dat innoveren niet in de initiële opleiding thuishoort. 'Innoveren is niet iedereen gegeven; men moet het

kunnen en willen.' Wellicht is het beter dit te leren nadat men een aantal jaren in de praktijk werkzaam is geweest. Volgens twee van de geïnterviewden komt innoveren wel aan bod omdat 'men wil opleiden tot verpleegkundigen die durven te vernieuwen en initiatieven kunnen nemen om de kwaliteit te verbeteren'. Verpleegkundigen op niveau V moeten tot vernieuwen in staat zijn. Het gaat dan niet alleen meer om: 'de dingen goed doen, maar ook om de "goede dingen" te doen'.

## 6 In welke vorm (als aparte module of geïntegreerd) wordt kwaliteitszorg onderwezen?

Bij alle drie de fysiotherapieopleidingen is kwaliteitszorg op een geïntegreerde manier in het onderwijs verwerkt. Twee van deze opleidingen hebben aanvullend ook nog een aparte module kwaliteitszorg: één over richtlijnen en één over onderwerpen die niet in andere blokken konden worden verwerkt, zoals de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief die zijn opgesteld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

De onderwijsvormen zijn divers bij de opleidingen verpleegkunde. Alle varianten komen voor: er zijn een of meerdere modulen kwaliteitszorg, kwaliteitszorg is geïntegreerd in andere blokken, en doorgaans een combinatie van deze beide vormen. Nagenoeg alle geïnterviewden merken op dat veel aspecten van kwaliteitszorg in het onderwijs aan bod komen, maar niet expliciet onder de noemer kwaliteitszorg. Om niet teveel in detail te treden geven we een voorbeeld van een mbo- en een hbo-opleiding verpleegkunde.
Bij de bezochte mbo-opleiding verpleegkunde is kwaliteitszorg expliciet opgenomen in de leerdoelen van het tweede en derde jaar. In het tweede jaar ligt het accent op het verwerven van kennis, in het derde jaar op de toepassing daarvan. Box 7 geeft een voorbeeld van de eindtermen die gelden voor het tweede jaar op de mbo-opleiding.

**Box 7 Mbo-opleiding verpleegkunde, voorbeeld van eindtermen in het tweede jaar**

Als eindtermen zijn bijvoorbeeld de volgende eisen ten aanzien van kwaliteitszorg geformuleerd voor het blok in het tweede jaar.

'De afgestudeerde kan voorwaarden scheppen voor kwaliteitszorg op microniveau, een bijdrage leveren aan kwaliteitszorg op microniveau en klachten benutten voor verbetering van de kwaliteitszorg op micro- en mesoniveau.'

Bijvoorbeeld door:
- het meewerken aan de toepassing van kwaliteitsinstrumenten;
- gewenste veranderingen inventariseren in de zorg op microniveau;
- meewerken aan verbetering van zorg op microniveau door toepassing van nieuwe werkwijzen en standaardprocedures;
- een bijdrage leveren aan een veranderingsproces.

Bij een van de hbo-opleidingen worden drie blokken kwaliteitszorg gegeven, bij een andere hbo-opleiding zijn aspecten van kwaliteitszorg geheel verwerkt in andere blokken. Op laatstgenoemde opleiding was er aanvankelijk wel een aparte module kwaliteitszorg. Die module sloeg echter niet zo aan vanwege het abstracte karakter ervan, zo meldt de geïnterviewde: 'bij de curriculumherziening waarbij werd overgegaan op het PGO-onderwijs is de vakgerichte opbouw verlaten. De module kwaliteitszorg is afgeschaft en kwaliteitszorg is – evenals bijvoorbeeld psychologie – geïntegreerd in andere blokken'. Wat dat inhoudt, kan als volgt worden geïllustreerd:
- in het blok 'Verpleegkunde en onderzoek' wordt ingegaan op valide en evidence based kennis;
- in het blok 'Verplegen op niveau' wordt kwaliteitszorg in praktijk gebracht, bijvoorbeeld via het ontwikkelen van standaarden of het maken van voorstellen tot kwaliteitsbevordering;
- in de stage komt kwaliteitszorg aan bod doordat de studenten op de stageplaats zelf (moeten) onderzoeken op welke wijze aan kwaliteitszorg wordt gewerkt.

Zie box 8 voor de (geïntegreerde) wijze waarop kwaliteitszorg de aandacht krijgt in het blok 'Verplegen op niveau' op een hbo-opleiding verpleegkunde.

**Box 8 Geïntegreerde aanpak van kwaliteitszorg op een hbo-opleiding verpleegkunde**

Taakopdrachten die studenten in het blok 'Verplegen op niveau' moeten uitvoeren zijn bijvoorbeeld:
- verzamel en analyseer informatie over twee kwaliteitsprojecten;
- ontwikkel een standaard en criteria om de kwaliteit van het verpleegkundige anamnesegesprek te kunnen meten; geef vervolgens aan met welk meetinstrument je die criteria wilt gaat toetsen;
- analyseer een aantal methoden voor verpleegkundige kwaliteitsbewaking (onder andere intercollegiale toetsing, spiraalmethode, afdelingsgebonden toetsing);
- verzamel concrete producten die het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO voor de verpleging heeft ontwikkeld.

Via deze en andere taakopdrachten worden studenten vertrouwd gemaakt met de huidige kwaliteitsinstrumenten in de gezondheidszorg. De geïnterviewde is van mening dat verpleegkundigen op niveau V deze competenties wel in het pakket moeten hebben.

Er doet zich een 'labelings'-probleem voor naarmate kwaliteitszorg meer in het onderwijs wordt geïntegreerd, zo wordt vanuit twee hbo-opleidingen verpleegkunde (maar ook door andere geïnterviewden) opgemerkt. Het onderscheid tussen kwaliteitszorg en verpleegkundige basisvaardigheden is niet altijd duidelijk. 'Nu kwaliteitszorg geïntegreerd is, is het enigszins ingewikkeld om uitsluitend over kwaliteitszorg te praten. Men leert een aantal deelvaardigheden die op het laatst beogen een geheel te vormen', aldus een geïnterviewde. 'Ook zal kwaliteitszorg vaak samenvallen met innovatie en is het onderscheid niet altijd duidelijk noch zinvol', zo wordt gemeld. Dit betekent dat de mate waarin kwaliteitszorg in een opleiding aan de orde komt, afhankelijk is van de mate waarin zaken expliciet als kwaliteitszorg worden benoemd.

Dit verschijnsel leidt ook tot discussie bij de artsenopleidingen, mede omdat bij geen van de drie onderzochte artsenopleidingen een aparte module kwaliteitszorg wordt gegeven. Volgens één geïnterviewde hebben studenten daardoor geen idee van zaken als de kwaliteitskringloop, indicatoren, certificering of ISO-normen. Volgens een ander komen de studenten wel met diverse aspecten van kwaliteitszorg in aanraking, maar vaak zonder dat men zich realiseert dat het onder kwaliteitszorg te scharen is. Het hanteren van richtlijnen bijvoorbeeld is de norm voor een goed arts en is verplicht: 'men krijgt te maken met het tuchtrecht indien men niet volgens de geldende richtlijn heeft gewerkt. Dat wordt niet tot kwaliteitszorg gerekend en wordt niet als zodanig benoemd. Dat geldt ook voor zaken als toetsing, samenwerken, life long learning, enzovoort. Dat behoort tot de gangbare wijze van werken en wordt dus in de opleiding geleerd'. Kortom, veel kwaliteitsinstrumenten worden tegenwoordig als gangbaar en normaal onderdeel van de opleiding beschouwd en niet als kwaliteitszorg benoemd. De geïnterviewden van de drie artsopleidingen hebben behoefte aan een nadere definiëring en afbakening van het begrip kwaliteitszorg. We gaan daar in de discussie op in.

## 7 In welke fase van de studie slaat kwaliteitszorg het meest aan?

Vanuit een mbo-opleiding verpleegkunde wordt gemeld dat kwaliteitszorg geen populair onderdeel is. De studenten ervaren het in eerste instantie als een te theoretisch vak. Zij vragen zich af of zij daar nu wel behoefte aan hebben. Pas als men met de eindopdracht bezig is, komt kwaliteitszorg duidelijker in beeld, aldus een geïnterviewde.
Dat kwaliteitszorg meer aanslaat in de latere fase van de studie dan in de beginjaren is een vrij algemene ervaring van de geïnterviewden. Vooral in de stageperiode gaat kwaliteitszorg eigenlijk pas 'leven' als men er in de praktijk mee in aanraking komt, aldus een van de geïnterviewden. Beginnend studenten zijn geïnteresseerd in de inhoud van het vak. Voor hen is kwaliteitszorg te theoretisch en te abstract, waar geen interesse voor blijkt te bestaan. Volgens een van de geïnterviewden is dat goed te begrijpen vanuit de volgende overweging: 'In de eerste jaren moet het vak worden geleerd. Kwaliteitszorg wordt niet met het vak geassocieerd. Kwaliteitszorg vraagt afstand en reflectie. Dat kan men niet vragen van studenten die nog geen eigen professionele identiteit hebben opgebouwd. In de beginfase moet men studenten niet lastig vallen met twijfels en onzekerheid. Pas als studenten een professionele identiteit hebben opgebouwd en enige zekerheid hebben verworven kan men hen met twijfels confronteren'. Kwaliteitszorg zal daarom zeker ook een plaats moeten hebben in vervolgopleidingen en bij- en nascholing, is een opvatting die vrij algemeen wordt gedeeld.

De laatste fase van de studie – in het bijzonder de stageperiode respectievelijk de co-schappen – vormt een goed moment om met kwaliteitszorg in aanraking te komen, zo melden alle geïnterviewden. Dat is het moment waarop studenten zien hoe kwaliteitszorg in de praktijk wordt toegepast. In de fysiotherapie komt men dan bijvoorbeeld in aanraking met het intercollegiaal overleg fysiotherapie (IOF) en met datgene wat verder op de stageplaats aan kwaliteitszorg plaatsvindt. Een geïnterviewde licht toe dat studenten bij hen verplicht zijn een bijeenkomst van een IOF bij te wonen (en een bijeenkomst van een multidisciplinair overleg) waarvan een verslag moet worden gemaakt. Op de opleiding zelf heeft de stagebegeleiding de vorm van tweewekelijkse intervisiebijeenkomsten, hetgeen volgens de geïnterviewde een goede voorbereiding is op het latere (verplichte) functioneren in de IOF's.
Tijdens de co-schappen komen medisch studenten (op vergelijkbare wijze) met diverse vormen van kwaliteitszorg in aanraking, zo wordt gemeld, vaak zonder dat men zich realiseert dat het onder de noemer kwaliteitszorg te scharen is. De geïnterviewde geeft enkele voorbeelden. 'Bij aanvang van

het co-schap krijgt men bijvoorbeeld het (kwaliteits)handboek van de afdeling met de daar geldende procedures. Ook de op de afdeling gehanteerde protocollen worden als vanzelfsprekend ervaren. Indien de instelling tijdens het co-schap wordt gevisiteerd, zullen ook de co-assistenten daarbij worden betrokken. Als op de afdeling een interne of externe audit plaatsvindt, komt de student daar direct mee in aanraking.'

## 8 Besteedt de opleiding voldoende aandacht aan onderwijs in kwaliteitszorg?

Op de vraag of de opleiding voldoende aandacht aan onderwijs in kwaliteitszorg besteedt, antwoorden de geïnterviewden zonder meer 'ja' bij de meerderheid van de hbo-opleidingen (vijf van de zes). 'Er bestaat een redelijke balans tussen onderwijs in kwaliteitszorg en andere onderwerpen, zoals research', zo wordt vanuit een fysiotherapieopleiding opgemerkt. Hoewel er ook in de verpleegkundeopleidingen voldoende aandacht voor kwaliteitszorg is, zo stelt een geïnterviewde, 'kan er eigenlijk nooit genoeg aandacht aan kwaliteitszorg worden besteed. Dat betekent wel onderhandelen over alle noodzakelijke vakken die ook in de opleiding thuishoren. De tijd en de uren zijn begrensd. Ten slotte is kwaliteitszorg een vakgebied op zich. We moeten realistisch blijven: de opleiding leidt op tot verpleegkundige en niet tot kwaliteitsdeskundige'.

Vanuit twee artsenopleidingen komen minder positieve geluiden en vindt men dat er onvoldoende aandacht voor kwaliteitszorg is. 'Kwaliteitszorg kan worden beschouwd als een nieuw wetenschapsgebied en dient als zodanig expliciet een plaats in de opleiding te krijgen, net als dat gebeurd is met epidemiologie en psychologie. Vroeger waren deze wetenschapsgebieden onbekend in de medische opleidingen, maar zij hebben daar nu al lang een plaats in verworven. Kwaliteitszorg dient dus niet impliciet te blijven.'
Ook het feit dat kwaliteitszorg in de praktijk een gegeven is, betekent dat studenten dat moeten leren hanteren. 'Tegenwoordig neemt kwaliteitszorg een prominente plaats in, zowel bij beroepsgroepen als bij instellingen. De instrumenten zijn ontwikkeld. Ziekenhuizen werken aan de NIAZ-normen voor accreditatie[1]. Nagenoeg alle instellingen hebben een kwaliteitsfunctionaris.' Dus kwaliteitszorg verdient meer aandacht in de opleiding waarvoor twee geïnterviewden enkele suggesties hebben gedaan. Deze staan in box 9.

[1] NIAZ = Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen.

**Box 9 Suggesties van twee artsenopleidingen voor het stimuleren van kwaliteitszorg in de opleiding**

- Elementen van kwaliteitszorg die nu impliciet aan de orde komen, kunnen explicieter als kwaliteitszorg worden benoemd en in de context van kwaliteitszorg worden geplaatst (inkaderen).
- Bij de KNMG-presentatie over de beroepsmogelijkheden kan ook worden ingegaan op het kwaliteitsbeleid vanuit de verschillende beroepsgroepen.
- Studenten zouden in staat moeten zijn kwaliteitsinstrumenten of technieken te selecteren om specifieke situaties te analyseren of te verbeteren, denk bijvoorbeeld aan een stroomschema, de visgraatmethode of visitatie-instrumenten. Daartoe moeten zij eerst weten welke instrumenten en technieken er bestaan en waarvoor ze dienen.
- Studenten zouden als opdracht kunnen krijgen een eenvoudig kwaliteitsmodel toe te passen en in ieder geval kunnen leren waar dergelijke modellen te vinden zijn.
- Een opdracht kan ook zijn om een concreet voorstel voor een kwaliteitsproject op te stellen, expliciet gericht op het bewaken en/of verbeteren van de kwaliteit. Studenten zouden hun voorstel kunnen verdedigen tegenover de kwaliteitscommissie van de instelling (net als nu bij de ethische commissie gebeurt).
- In het keuzeonderwijs kan een (expliciet) kwaliteitszorgproject worden aangeboden. Misschien dat de kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis een onderwijsaanbod kan doen.
- Ook zouden studenten zich bewust moeten worden van het feit dat kwaliteit verschillend wordt gedefinieerd, afhankelijk van de positie die men inneemt als patiënt, arts, of verzekeraar.

Een geïnterviewde stelt dat het in ieder geval van belang is dat studenten actief ervaring opdoen met kwaliteitszorg. 'Alleen kennis verwerven is niet genoeg', zo stelt de geïnterviewde. 'Kennis moet in praktijk worden gebracht om te zorgen dat het beklijft.'

## 9 Beschouwing en discussie

Het doel van het – in deze bijdrage beschreven – onderzoek was enig zicht te krijgen op de mate waarin en de wijze waarop kwaliteitszorg een plaats heeft gekregen in de curricula van initiële beroepsopleidingen in de gezondheidszorg. Daartoe is een rondgang gemaakt langs een beperkt aantal opleidingen voor fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen (totaal elf). De achterliggende relevantie van de onderzoeksvraag is de constatering dat de implementatie van kwaliteitszorg in de Nederlandse gezondheidszorg te

traag verloopt. Dit betekent dat de kwaliteit van zorg beter zou moeten worden bewaakt dan nu het geval is. Het betekent ook dat de Kwaliteitswet en de Wet BIG onvoldoende worden nageleefd. Deze wetten verplichten instellingen en beroepsbeoefenaren tot het uitvoeren van kwaliteitszorg c.q. tot het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De verwachting is dat de implementatie van kwaliteitszorg sneller zal verlopen indien aankomende beroepsbeoefenaren daarmee goed vertrouwd raken tijdens de opleiding, zodat kwaliteitszorg een gangbaar onderdeel wordt van de (latere) beroepsuitoefening. Ondanks de beperkingen van dit onderzoek – het is verkennend van aard – geven de bevindingen stof tot nadenken.

Uit de gegevens blijkt dat kwaliteitszorg expliciet een plaats heeft verworven in de curricula van de beroepsopleidingen voor verpleegkundigen en voor fysiotherapeuten (zie ook Vermolen e.a. 2002). Doorgaans is dit al een aantal jaren het geval. Kwaliteitszorg is verwerkt in de eindtermen van de opleiding en – althans voor verpleegkundigen – opgenomen in de basisleerboeken. De opleidingen zijn goed in staat gebleken kwaliteitszorg in het onderwijs een plaats te geven. Een nieuw referentiekader voor kwaliteitszorg in het onderwijs is daarom niet per se nodig, zo wordt opgemerkt. Wel is het zo dat kwaliteitszorg moet concurreren met diverse andere onderwerpen die ook tijd en aandacht in de opleiding eisen, bijvoorbeeld research. In dat licht is het wel nuttig het – uit 1993 stammende *Referentiekader voor kwaliteitszorg in de opleiding* – te actualiseren, als een soort legitimering voor de aandacht die de opleiding aan kwaliteitszorg kan blijven besteden. In theorie bestaat het gevaar dat kwaliteitszorg wordt verdrongen door nieuwe ontwikkelingen die ook de aandacht vragen.

Bij de drie bezochte artsenopleidingen is kwaliteitszorg niet expliciet – dat wil zeggen onder de noemer van kwaliteitszorg – in het curriculum opgenomen. Of dit voor alle (acht) artsenopleidingen geldt is niet bekend. We spreken hier uitsluitend over de initiële opleiding tot basisarts; de vervolgopleidingen tot bijvoorbeeld huisarts of specialist zijn niet onderzocht. Dat de artsenopleidingen minder aandacht aan kwaliteitszorg besteden dan de hbo-opleidingen kan misschien te maken hebben met het feit dat de initiële opleiding tot arts geen beroepsopleiding is. Het is een voorbereidende opleiding waarna de beroepsopleiding tot medisch specialist, huisarts, enzovoort volgt. Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat kwaliteitszorg zeker (ook) in deze beroepsopleidingen thuishoort. Een overweging daarbij is het feit dat de kwaliteitssystemen per beroepsgroep verschillen: huisartsen hanteren andere systemen dan verpleeghuisartsen of medisch specialisten,

mede afhankelijk van de setting waarin men werkt (bijvoorbeeld vrijgevestigd of in instellingsverband). Desalniettemin zijn twee geïnterviewden van mening dat in de initiële artsenopleiding te weinig aandacht aan kwaliteitszorg wordt besteed. Zij vinden dat kwaliteitszorg expliciet in het curriculum zou moeten worden opgenomen. Kwaliteitszorg is in de praktijk een gegeven en er wordt verwacht dat artsen daar een bijdrage aan leveren (denk bijvoorbeeld aan participeren in doorbraakprojecten, benchmarking, certificering, enzovoort). De opleidingen kunnen kwaliteitszorg derhalve niet negeren.
Inmiddels hebben de medische faculteiten een initiatief ten aanzien van de opleidingen genomen. Zij gaan bezien welke plaats kwaliteitszorg moet krijgen in de initiële opleiding en welke aspecten van kwaliteitszorg thuishoren in de diverse beroepsopleidingen. De uitkomsten kunnen worden verwerkt bij de geplande actualisering van het raamplan voor de artsenopleiding in 2004.

Het feit dat een opleiding tot verpleegkundige, fysiotherapeut of arts geen aparte module kwaliteitszorg kent, betekent niet per definitie dat er geen aandacht aan kwaliteitszorg wordt besteed. Kwaliteitszorg is in een aantal opleidingen gedeeltelijk of geheel in het onderwijs geïntegreerd en die trend lijkt toe te nemen. Dat heeft ongetwijfeld te maken met de in gang gezette onderwijsvernieuwingen. Een van de belangrijkste ontwikkelingen hier is de toegenomen aandacht voor competenties en competentiegericht onderwijs (Nedermeijer & Pilot 2000; Duijn & Sluijs 2003). Competenties zijn – eenvoudig gezegd – de bekwaamheden van een persoon om kennis, attitude en vaardigheden op een geïntegreerde wijze in te zetten bij zijn of haar beroepsuitoefening. In het onderwijs is er dientengevolge een accentverschuiving opgetreden van het verwerven van zoveel mogelijk kennis naar het verwerven van competenties. Vanuit het inzicht dat kennis snel veroudert, zijn passieve vormen van kennisoverdracht veranderd in meer actieve onderwijsvormen zoals probleemgestuurd onderwijs (PGO) en project onderwijs (PO). Binnen deze onderwijsvormen worden ook aspecten van kwaliteitszorg op geïntegreerde wijze aangeboden en soms ook niet meer expliciet als kwaliteitszorg benoemd. Dat kan tot gevolg hebben dat kwaliteitszorg minder herkenbaar wordt. Toch, of juist in deze situaties, is het volgens ons van belang dat afzonderlijke kwaliteitsaspecten duidelijk en expliciet in het kader van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement worden geplaatst. Daarmee bedoelen we bijvoorbeeld het volgende. Studenten leren in feite het toepassen van de kwaliteitscyclus op microniveau via het methodisch handelen of het medisch probleem oplossen, zoals een aantal geïnter-

viewden meldde. Datzelfde principe kan ook worden gehanteerd om na te gaan of *groepen* patiënten de meest adequate behandeling ontvangen (doelmatig, effectief, patiëntgericht). In dat geval wordt de kwaliteitscyclus toegepast op mesoniveau om de kwaliteit van zorg te evalueren en zo nodig te verbeteren. Op die wijze is men bezig met het toepassen van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement. Door deze parallel te expliciteren plaatst men methodisch werken als het ware in het kader van kwaliteitszorg. Dat kan ertoe bijdragen dat methodisch werken en andere deelvaardigheden tot één geheel, tot een 'kwaliteitscompetentie' leiden. Dat wil zeggen een competentie om de kwaliteit van zorg blijvend kritisch te evalueren en te verbeteren waar mogelijk, met gebruikmaking van de hulpmiddelen en (kwaliteits)instrumenten die daarvoor ter beschikking staan.

In het verlengde hiervan doet het verschijnsel zich voor dat een aantal kwaliteitsinstrumenten – bijvoorbeeld het hanteren van protocollen en richtlijnen en ook wel (intercollegiale) toetsing – tegenwoordig als standaardonderdeel van de beroepsuitoefening én van de opleiding wordt beschouwd. Het is onderdeel geworden van de gangbare wijze van werken. Enerzijds is dit positief omdat (aspecten van) kwaliteitszorg als het ware al in de opleiding zijn 'ingedaald'; anderzijds wordt ook hierdoor de link met kwaliteitszorg minder expliciet. Voor een aantal geïnterviewden is het dan ook niet meer geheel duidelijk wat wel en wat niet tot kwaliteitszorg moet worden gerekend. Zij pleiten voor een nadere afbakening en definiëring van het begrip kwaliteitszorg. We gaan daar op in.

Een afbakening in termen van kwaliteitsinstrumenten die wel en niet tot kwaliteitszorg moeten worden gerekend, lijkt de auteurs niet zo zinvol. Begin jaren negentig – toen kwaliteitszorg zijn intrede deed – werd kwaliteitszorg wel vaak in termen van kwaliteitsinstrumenten gedefinieerd (bijvoorbeeld in termen van protocollering, toetsing, meningspeilingen, visitatie, herregistratie, enzovoort). Inmiddels is alom het besef doorgedrongen dat dergelijke instrumenten uitsluitend hulpmiddelen zijn voor kwaliteitszorg. Ze zijn bedoeld om ingezet te worden in de kwaliteitscyclus (normeren, meten, evalueren en verbeteren). Die instrumenten zijn bovendien doorlopend aan verandering en vernieuwing onderhevig (denk aan nieuwe instrumenten als redesign of stroomlijnen van zorgprocessen, doorbraakprojecten, benchmarking met behulp van prestatie-indicatoren, enzovoort). Een afbakening in termen van kwaliteitsinstrumenten is dan ook vanuit praktisch oogpunt, maar vooral inhoudelijk gezien ongewenst.

Ook aan een strakke definitie van kwaliteitszorg kleven ons inziens bezwaren. Deze definities zijn eveneens – door voortschrijdend inzicht – aan verandering onderhevig. Een mooi voorbeeld daarvan (op internationaal niveau) is de recente accentverschuiving in de ISO-normen (International Standards of Organization). Tot aan 2000 lag bij de ISO-normen een accent op procesbeheersing (via protocollering). Nu ligt het accent veel meer op continue verbetering van de kwaliteit (lerend vermogen) op basis van resultaatmetingen (bijsturen op basis van resultaten).
De oplossing voor de definitiekwestie kan derhalve beter niet worden gezocht in het kiezen van een van de vele definities die van kwaliteitszorg in omloop zijn. Een oplossing kan worden gevonden door de essentie van kwaliteitszorg voor ogen te houden en dat is het toepassen van de kwaliteitscyclus. De kwaliteitscyclus ligt bovendien ten grondslag aan de Wet BIG en de Kwaliteitswet. Volgens deze wetten moet een zorgaanbieder systematisch nagaan (meten) of de zorg doelmatig is, doeltreffend is (effectief en veilig), op een patiëntgerichte wijze wordt verleend en tegemoetkomt aan de reële behoeften van de patiënt. Op basis van de gegevens die de zorgaanbieder over al deze aspecten verzamelt, zal hij of zij waar mogelijk de nodige verbeteringen (moeten) aanbrengen. Het toepassen van het principe van de kwaliteitscyclus vormt in feite de essentie van kwaliteitszorg. De vraag is dan niet meer welke instrumenten worden toegepast (protocollering, toetsing, meningspeilingen, enzovoort), maar de vraag wordt dan: 'Op welke wijze ga je systematisch na of patiënten zorg krijgen die doelmatig en doeltreffend is, die patiëntgericht wordt verleend en tegemoetkomt aan de reële behoeften van de patiënt?' Indien de opleidingen het universele principe van de kwaliteitscyclus als kader voor hun kwaliteitszorgonderwijs hanteren, zal dat ook bijdragen aan de communicatie over en multidisciplinaire samenwerking op het gebied van kwaliteitszorg.

Tot slot, kwaliteitszorg blijkt in de beginjaren van de studie – maar soms ook later – niet aan te slaan of niet populair te zijn. Beginnend studenten vinden de stof te abstract en te theoretisch en soms niet relevant. Bovendien vinden studenten het lastig, zo wordt gemeld, om het eigen beroepsmatig handelen al kritisch ter discussie te stellen op het moment dat men nog bezig is het beroep (van verpleegkundige, fysiotherapeut of arts) te leren. Men heeft dan nog geen professionele identiteit verworven met het daarbij horende zelfvertrouwen. Desondanks zijn sommige docenten erin geslaagd kwaliteitszorg op een interessante en voor studenten boeiende manier aan te bieden, zoals blijkt uit enkele voorbeelden die in deze bijdrage zijn beschreven. Het is te hopen dat meer studenten de relevantie van kwaliteitszorg in-

zien als zij beseffen dat het er in essentie om gaat de zorgverlening en de resultaten daarvan blijvend kritisch te evalueren via het toepassen van de kwaliteitscyclus.

## Literatuur

Casparie, A.F., J. Legemaate, R.A.L. Rijkschroeff e.a. (2001), *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. ZonMW, Den Haag.

Duijn, G. van & E.M. Sluijs (2003), *Onderwijs in kwaliteitszorg in de initiële opleiding tot fysiotherapeut, verpleegkundige en arts*. ICLON/NIVEL, Leiden/Utrecht.

Hollands, L., L. Hendriks & H. Ariens (2000), *Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Transferpunt Vaardigheden, Nijmegen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003), *Staat van de gezondheidszorg 2003: ketenzorg bij chronisch zieken*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996), *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Ministerie van VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000), *Zorg van betekenis. Een terugblik op 10 jaar kwaliteitsbeleid en aandachtspunten voor de toekomst*. Ministerie van VWS, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002), *Kwaliteitsbeleid in zorginstellingen*. Kamerstuk 2340727, 4-12-2002. Ministerie van VWS, Den Haag.

Nedermeijer, J. & A. Pilot (2000), *Beroepscompetenties en academische vaardigheden in het hoger onderwijs*. Wolters-Noordhoff, Groningen.

NRV (1993), *Onderwijs in kwaliteitszorg. Advies over onderwijs in kwaliteitszorg bij opleidingen in de gezondheidszorg*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer.

Vermolen, C., L. Hollands & I. Wolfhagen (2002), *Onderzoek van onderwijs in kwaliteitszorg binnen de paramedische opleidingen Fysiotherapie en Logopedie*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Universiteit Maastricht, Arnhem/Nijmegen/Maastricht.

## Bijlage Concept referentiekader voor onderwijs in kwaliteitszorg

### 1 Kerncompetenties: de attitude van belang voor kwaliteitszorg

De attitude, van belang voor kwaliteitszorg, is te typeren als:
*1* een respectvolle en vraaggerichte houding;
*2* de bereidheid tot life long learning;
*3* een kritische reflectie op de kwaliteit van zorg en op het eigen handelen;
*4* de bereidheid tot veranderen en vernieuwen.

*Ad 1 Een respectvolle en vraaggerichte houding*
- Heeft een respectvolle en vraaggerichte houding. Heeft de bereidheid zich in te leven in de positie van de patiënt en is bereid en in staat te denken vanuit het perspectief van de patiënt. Is gemotiveerd om de aan de patiënt verleende zorg te optimaliseren.
- Beseft dat kwaliteitszorg nodig is om de kwaliteit van de aan de patiënt verleende zorg te bewaken en waar mogelijk te verbeteren. Beschouwt kwaliteitszorg als onderdeel van een goede beroepsuitoefening en is bereid daartoe deel te nemen aan de kwaliteitszorgactiviteiten die in de beroepsgroep en de werksetting gebruikelijk zijn.
- Is doordrongen van het belang van goede richtlijnen voor de beroepsuitoefening. Heeft de bereidheid deze richtlijnen toe te passen dan wel daar beredeneerd van af te wijken.

*Ad 2 Life long learning*
- Heeft als basishouding 'life long learning'. Beseft dat het noodzakelijk is zich op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op vakinhoudelijk gebied en op het gebied van kwaliteitszorg. Is bereid professionaliseringstrajecten te volgen indien nodig. Staat open voor nieuwe informatie en ideeën en de toepassing daarvan in de praktijk.

*Ad 3 Kritische reflectie op de kwaliteit van zorg en op het eigen handelen*
- Heeft de bereidheid om kritisch te kijken naar de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Heeft een grondhouding verworven waarbij hij/zij zich heeft aangewend om systematisch en continu te reflecteren op eigen en andermans beroepsmatig handelen. Is bereid daarover te communiceren. Staat open voor feedback. Kan kritiek over eigen functioneren accepteren. Geeft anderen vanuit een positieve grondhouding kritiek.

- Is bereid om het eigen handelen te laten evalueren door gekwalificeerde buitenstaanders. Onderkent het belang om het eigen handelen te relateren aan dat van collega's. Is gemotiveerd en bereid om te verbeteren.

*Ad 4 Veranderen en vernieuwen*
- De bereidheid tot veranderen en vernieuwen vraagt om een innoverende houding. Daarbij hoort het besef dat vernieuwingen tot stand komen door vraagtekens te zetten bij bestaande situaties en aanvaarde normen of door vanzelfsprekendheden ter discussie te stellen. Innoveren betekent met oorspronkelijke oplossingen komen en nieuwe werkwijzen bedenken. Daarbij hoort ook het besef dat borging van nieuwe werkwijzen nodig is om te voorkomen dat in oude routines wordt vervallen.

## 2 Kennis over kwaliteitszorg

Om kwaliteitszorg toe te kunnen passen is kennis nodig over:
*1* het doel van kwaliteitszorg;
*2* het principe van de kwaliteitskringloop;
*3* het bestaan van kwaliteitsinstrumenten;
*4* de partijen die bij kwaliteitszorg betrokken (kunnen) zijn.

*Ad 1 Het doel van kwaliteitszorg*
- Weten wat het doel is van kwaliteitszorg in de gezondheidszorg.
- Weten wat kwaliteitszorg betekent in de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Weten op welke wijze kwaliteitszorg is ingevuld bij beroepsgroepen en bij instellingen.
- Weten wat het doel is van kwaliteitssystemen (NIAZ, INK, enzovoort) en wat de betekenis is van keurmerken, accreditatie en certificering.

*Ad 2 Het principe van de kwaliteitskringloop*
- Weten wat het principe van de kwaliteitskringloop betekent.
- Weten wat het doel is van de verschillende stappen in de kwaliteitskringloop: plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen.
- Weten wat indicatoren zijn en dat indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten en om probleemgebieden te signaleren.
- Weten dat de kwaliteitskringloop verwant is aan het medisch probleem oplossen en het methodisch handelen.

*Ad 3 Instrumenten voor kwaliteitszorg*

- Kennis over kwaliteitsinstrumenten en methodieken of hulpmiddelen welke binnen de beroepsgroep in gebruik zijn of worden ontwikkeld en weten waar deze te verkrijgen zijn.
- Kennis over doel en inhoud van gangbare kwaliteitsinstrumenten, situaties waarin deze worden toegepast en de wijze waarop deze worden gebruikt, bijvoorbeeld ten aanzien van:
  - richtlijnen of protocollen en nomen en criteria;
  - intercollegiale toetsing, visitatie, externe beoordeling;
  - meningspeilingen of tevredenheidsonderzoek onder patiënten;
  - intervisie, casuïstiekbespreking, intercollegiaal overleg;
  - registratietechnieken en (landelijke) registratiesystemen voor gestandaardiseerde verslaglegging;
  - controle- en borgingsmechanismen en -instrumenten;
  - zelfevaluatie of andere hulpmiddelen voor evaluatie van eigen professioneel handelen;
  - inzicht in de praktische waarde en beperkingen van protocollen, richtlijnen, normen en criteria.

*Ad 4 Partijen die bij kwaliteitszorg betrokken (kunnen) zijn*

- Inzicht in de visie van patiënten op kwaliteit en op de wensen en behoeften van patiënten ten aanzien van de kwaliteit van zorg.
- Kennis over activiteiten van patiënten- en consumentenorganisaties en van de wijze waarop zij bij kwaliteitszorg betrokken zijn of betrokken kunnen worden.
- Inzicht in het feit dat de betekenis van kwaliteit kan verschillen afhankelijk van de positie die men inneemt: als patiënt, hulpverlener of zorgverzekeraar.
- Inzicht in de interactie zorgverlener/patiënt en zorgverlener/zorgverzekeraar en de verschillende kwaliteitsnoties die daarbij een rol spelen.
- Inzicht in de wijze waarop verschillende disciplines en/of instellingen bij kwaliteitszorg zijn betrokken bij ketenzorg of zorgprogrammering.
- Inzicht in de noodzaak taken én verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteitszorg toe te delen bij mono- of multidisciplinaire samenwerking.

## 3 Kerncompetenties voor het uitvoeren van kwaliteitszorg

De kerncompetenties die nodig zijn voor het uitvoeren van kwaliteitszorg, zijn gestructureerd rond de kwaliteitskringloop en de verschillende stappen

die daarin worden gezet (plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen). Bij elke stap kunnen specifieke kwaliteitsinstrumenten worden toegepast en is een aantal vaardigheden vereist. Een aantal van deze vaardigheden behoort tot de normale basisvaardigheden van de beroepsbeoefenaar. Omdat deze ook noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van kwaliteitszorg, zijn ze hierna wel vermeld.

### *3.1 Het doorlopen van de kwaliteitskringloop voor een specifiek onderwerp of probleem*

- Het beargumenteerd kiezen van een onderwerp of probleem dat voor verbetering in aanmerking komt.
- Het formuleren van concrete einddoelen of criteria.
- Het maken van een voorstel of plan voor de opzet van het verbeterproject.
- Het selecteren van de kwaliteitszorginstrumenten die zullen worden gebruikt.
- Het bespreken van de doelen en de opzet van het verbeterproject in de groep van betrokkenen.
- Het systematisch uitvoeren van de stappen van de kwaliteitskringloop (zie ook de hierna genoemde kerncompetenties).
- Kunnen omgaan met onverwachte voorvallen, incidenten en klachten.

### *3.2 Het toetsen van de eigen beroepsuitoefening en/of die van collega's aan richtlijnen of criteria*

- Het (laten) verzamelen van noodzakelijke gegevens over de wijze waarop de zorg wordt verleend.
- Het benutten van registratietechnieken teneinde de kwaliteit van de zorg voor zichzelf en voor derden inzichtelijk te maken.
- Het registreren van de gegevens volgens standaardformats om vergelijking en toetsing mogelijk te maken.
- Het analyseren van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over de kwaliteit van zorg.
- Het ordenen, bewerken en interpreteren van de verzamelde gegevens.
- Het toetsen van het eigen handelen en/of dat van collega's aan richtlijnen en criteria (opgesteld door de beroepsgroep, patiëntenorganisaties of anderszins).
- Het samenstellen van een rapportage over de resultaten.

### *3.3 Het bespreken van het eigen en andermans functioneren binnen (groeps)settings*

- Het eigen handelen bespreekbaar maken en dit beargumenteerd expliciteren, naar zowel directe collega's als naar andere beroepsbeoefenaren en (vertegenwoordigers van) patiënten, zowel schriftelijk als mondeling.
- Het beargumenteerd aangeven in welke situaties bewust van een beroepsstandaard wordt afgeweken.
- Het geven van concrete feedback aan collega's.
- Het functioneren binnen vormen van intercollegiale toetsing en intervisie.

### *3.4 Het aanpassen van het eigen professioneel handelen op basis van de resultaten van de kwaliteitskringloop*

- Het identificeren van problemen en kansrijke oplossingen op basis van de analyse van de verkregen gegevens.
- Het vertalen van de beroepsstandaard naar consequenties voor het professioneel handelen.
- Het formuleren van voornemens om de eigen beroepsuitoefening dichter bij de beroepsstandaard te brengen.
- Het inschatten van de haalbaarheid van mogelijke oplossingen en het overzien van consequenties en eventuele problemen bij de implementatie.
- Het formuleren van een mening over de wenselijkheid veranderingen aan te brengen.
- Het samen met collega's vertalen van de verkregen feedback in concrete actiepunten ter verbetering van het individueel professioneel functioneren en het functioneren als team.
- Het vertalen van plannen en concrete actiepunten in samenhangende maatregelen.
- Het implementeren van controle- en borgingsprocedures bij het doorvoeren van verbeteringen en veranderingen.

### *3.5 Het werken in groepen aan kwaliteitszorg*

- Het vervullen van verschillende rollen zoals voorzitter, notulist of deelnemer aan een (inter)collegiaal overleg.
- Het richting geven aan de discussies gedurende de uitvoering van het verbeterproject.

- Het gebruiken van specifieke gespreksvaardigheden als luisteren, doorvragen, bijsturen en samenvatten.
- Het bijdragen aan een groepsklimaat waarin naast successen ook tekortkomingen in het professioneel handelen bespreekbaar zijn en uitgangspunt vormen om te leren en te verbeteren.
- Het hanteren van conflicten in de groep.
- Het dragen van verantwoordelijkheid voor het goede verloop van een groepsbijeenkomst.
- Het omgaan met kritiek.

*3.6 Het omgaan met uiteenlopende belangen zonder de eigen professionele verantwoordelijkheid uit het oog te verliezen*

- Het kunnen omgaan – al dan niet in groepsverband – met mensen met uiteenlopende achtergronden.
- Het reflecteren binnen multidisciplinaire teams en binnen tripartiete teams over het professioneel handelen.
- Het gebruiken van zijn of haar communicatieve en sociale vaardigheden in verschillende settings en met individuen van uiteenlopende (maatschappelijke, culturele en professionele) achtergrond.
- Het gebruiken van het inzicht in de positie, mogelijkheden, belangen en behoeften van partijen (patiënten, verzekeraars, collega's uit verwante disciplines, de eigen instelling, de eigen beroepsgroep) in de discussie over de kwaliteit van zorg en het professioneel handelen.

ONDERWIJS IN KWALITEITSZORG BIJ OPLEIDINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG