

PARAMEDICI ONTWIKKELEN SAMEN- HANGEND KWALITEITSBELEID

E.M. Sluijs, J.E. Timmermans

Diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten hebben enige jaren geleden besloten niet ieder voor zich het wiel uit te vinden. Ze staken de koppen bij elkaar en ontwikkelden gezamenlijk een manier om het kwaliteitsbeleid in eigen kring gestalte te geven.

Wat begon met verzoek om ondersteuning in de VC VOK eindigde met een door WVC gefinancierd project en een forse subsidiëring van het in de komende jaren te ontwikkelen kwaliteitsbeleid.

De paramedici hebben het CBO een referentiekader laten maken dat iedere beroepsgroep kan gebruiken bij het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid. Het referentiekader maakt de noodzakelijke samenhang én de aanwezige lacunes in het kwaliteitsbeleid duidelijk. Het NIVEL inventariseerde wat de paramedici inmiddels ontwikkeld hebben en spoorde daarmee tegelijk de lacunes op. Aan de hand van die inventarisatie en aan de hand van het referentiekader kan elke beroepsgroep bepalen waar het toekomstige kwaliteitsbeleid zich op moet richten. Op 29 juni 1994 presenteerde mevrouw I.W.M. Vriens, voorzitter van de begeleidingscommissie van de Samenwerkende Paramedische Beroepsorganisaties, het referentiekader aan de leden van de VC VOK. Daarna bood zij het rapport officieel aan aan de voorzitter van de VC VOK, prof.dr. A.F. Casparie en aan drs. F. Gardenbroek van het ministerie van WVC (thans VWS).

Het referentiekader

Uitgangspunt in het referentiekader is een bedrijfsmatige manier van kijken die kenmerkend is voor het huidige denken over kwaliteit. De zorgverlening wordt gezien als een produkt dat moet voldoen aan gestelde eisen en aan de behoeften en verwachtingen van de klant. Het referentiekader gaat ervan uit dat de paramedische zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en dat de zorg zelf en de

daaraan te stellen eisen worden geëxpliciteerd. Om te bewaken dat aan deze eisen wordt voldaan worden bewakings- en verbeterprocedures gehanteerd (kwaliteitsdeelsystemen). Deze activiteiten - expliciteren, verbeteren en bewaken - vormen de kern van het referentiekader.

Het kader gaat er daarnaast vanuit dat paramedici externe verantwoording over de kwaliteit van zorg afleggen.

Koepel, hulpverlener en instelling

In de kop van het schema is te zien dat de zorg voor kwaliteit op drie niveaus gestalte kan krijgen: op het niveau van de beroepsvereniging (de koepel), het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar en op het niveau van de instelling c.q. de paramedische afdeling binnen de instelling.

Het aardige van het kader is dat deze indeling uitnodigt om zich bij elk onderwerp af te vragen op welk niveau de kwaliteitszorg geregeld moet worden, én of de activiteiten op elk niveau op elkaar afgestemd zijn. Men kan zich bijvoorbeeld voorstellen dat op koepelniveau mono-disciplinaire protocollen worden gemaakt terwijl bijvoorbeeld in een instelling vaak multidisciplinaire activiteiten plaatsvinden waarbij gekeken wordt naar de aanvullende zorg die de paramedicus levert. Het kader biedt een mogelijkheid om de samenhang tussen de activiteiten op de drie niveaus in kaart te brengen.

Ook bij het vaststellen van de zorgvraag kan nagegaan worden op welk niveau gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld epidemiologische of morbiditeitsgegevens, op welk niveau behoeftpeilingen of markt oriëntering plaatsvindt en wie zich bezig houdt met het inventariseren van wensen van verwijzers, verzekeraars of patiënten/consumenten(organisaties). Ook satisfactiemetingen kunnen op elk niveau plaatsvinden.

Expliciteren, verbeteren en behoud

In de linkerkolom is te zien dat kernactiviteiten zijn het specificeren van de zorg, het verbeteren en het zorgen voor behoud. In de cellen kan vervolgens ingevuld wor-

den welke onderwerpen worden gekozen en welke instrumenten hiervoor worden gebruikt c.q. ontwikkeld dienen te worden. Onderwerpen die op het niveau van de beroepsvereniging aangepakt worden zijn bijvoorbeeld de kwaliteit van opleiding en scholing, in instellingen is organisatie en samenwerking vaak een onderwerp voor kwaliteitsverbetering. In het model kan ingevuld worden wie zich met welke onderwerpen bezighoudt en hoe de activiteiten op de drie niveaus zich tot elkaar verhouden. Het kader gaat er bovendien vanuit dat er een verbinding moet zijn tussen expliciteren, verbeteren en behoud. Een voorbeeld kan dat verduidelijken. Stel dat op koepelniveau is gespecificeerd aan welke normen de zorg moet voldoen. In het model kan vervolgens ingevuld worden welke activiteiten worden ondernomen voor de implementatie van deze normen en welke maatregelen ten aanzien van behoud of verankering worden genomen. Behoud en verankering vormen op dit moment de zwakste schakel in de kwaliteitssysteemontwikkeling (Sluijs e.a., 1994).

Tijdloos

Het referentiekader is in die zin tijdloos dat instrumenten als toetsing, satisfactiemeting enzovoorts niet op voorhand voorgeschreven worden. Het gaat niet uit van instrumenten (de middelen) maar van het doel dat daarmee wordt beoogd. Uitgangspunt is steeds de vraag wat geëxpliciteerd, verbeterd en bewaakt moet worden. Het model heeft daardoor een functioneel karakter. Het model schrijft ook niet voor waar men moet beginnen. Afhankelijk van de ontwikkelingsfase en de lacunes in de kwaliteitsbewaking kan elke beroepsgroep zelf bepalen met welke cellen men start. Tot slot wordt in het model uitgegaan van de bijdrage die de paramedicus levert aan het totale zorgproces waardoor het model uitnodigt de paramedische zorg te bezien in samenhang met de zorg die door anderen aan de patiënt wordt verleend.

Het kader biedt op twee manieren de mogelijkheid lacunes op te sporen. Enerzijds door na te gaan of kringloop tus-

Referentiekader voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid paramedici (bron CBO)

FAKTOREN →	BEROEPS-VERENIGING	BEROEPS-BEOEFENAAR	ZORGINSTELLING
ZORGAANVRAAG →	VASTSTELLEN ZORGVRAAG MARKTONDERZOEK		
SPECIFICEER DE TE VERLENEN 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 beroepsoefenaar 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 beroepsoefenaar 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 daadwerkelijk 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?
	VERANTWOORDING AFLEGGEN / EXTERNE RELATIES		

sen expliciteren, verbeteren en behoud rond is, anderzijds door te kijken hoe de activiteiten van beroepsvereniging, beroepsbeoefenaar en instelling zich tot elkaar verhouden. Als eerste stap hebben de paramedische beroepsgroepen dan ook in kaart laten brengen wat inmiddels voorhanden is zodat zij dit in het kader kunnen inpassen. We geven een kort overzicht.

Wat is er?

Bijna alle paramedische beroepen hebben inmiddels een expliciet kwaliteitsbeleid geformuleerd. In veel gevallen is dat nader uitgewerkt in een werkprogramma of in 'kwaliteitactieplannen'. Geen enkele beroepsgroep ontkwam er overigens aan prioriteiten te stellen omdat de veelheid van plannen onmogelijk in een of twee jaar gerealiseerd kon worden.

Hoewel elke beroepsgroep zijn eigen accenten legt, mede afhankelijk van de positie en de ontwikkelingsfase van het beroep, hebben paramedici gemeenschappelijk dat een zwaar accent ligt op deskundigheidsbevordering en professionalisering. Veel belang wordt dan ook gehecht aan een kwalitatief hoogstaande opleiding omdat dit de basis van het beroep vormt. In toenemende mate streven de beroepsgroepen ernaar onderwijs en werkveld beter op

elkaar af te stemmen. Met de toegenomen autonomie van de opleidingen wordt de noodzaak tot afstemming urgenter. De verandering van beroepsbescherming naar titelbescherming in de Wet BIG vormt een extra stimulans.

In het referentiekader passen deze activiteiten in de eerste cel. Als op basis van de zorgvraag namelijk geëxpliciteerd is welke zorg wordt geleverd zal vervolgens nagegaan worden welke deskundigheden hiervoor nodig zijn en welke consequenties dat heeft voor de eindtermen van de opleiding.

Alle beroepsgroepen streven naar een betere regulering van bij- en nascholing. Doorgaans worden achtereenvolgens de volgende stappen ondernomen. Het aanbod aan na- en bijscholing wordt in kaart gebracht. Vervolgens worden eisen geformuleerd waaraan de na- en bijscholing moet voldoen (expliciteren). Veel beroepsgroepen ontwikkelen een systeem van accreditatie om te zorgen voor systematische verbetering en behoud. Deze activiteiten vinden plaats op het niveau van de beroepsvereniging. De implementatie hiervan naar het niveau van de beroepsbeoefenaren is nog niet geregeld. In het referentiekader kan dat als een lacune gezien worden. Na- en bijscholing is bij geen enkele paramedische beroepsgroep verplicht hoewel met name fysiotherapeuten de voor-

en nadelen daarvan jarenlang overwogen hebben. Bij de paramedische beroepen bestaan geen systemen van registratie of herregistratie. Over de wenselijkheid van dergelijke systemen bestaat nog geen duidelijkheid.

Toetsing van de beroepsuitoefening zelf is, evenmin als bij vele andere beroepsgroepen, (nog) niet gebruikelijk bij paramedici. In het referentiekader valt dit onder verbeteren en behoud. Wel worden voor veel paramedische beroepen op dit moment toetsingsmethoden ontwikkeld en in een aantal gevallen al op experimentele schaal toegepast. Zie ook het artikel van Maud Bik en Harriët van Ettekoven in het maart nummer van Kwaliteit in Beeld.

De paramedische beroepen hebben tot nu toe veel energie gestoken in de voorwaardenscheppende activiteiten die voor onderlinge toetsing nodig zijn, namelijk ten eerste eenheid van taal binnen de beroepsgroep. Vaak is jarenlang hard gewerkt aan de ontwikkeling van uniforme classificatie van klachten en diagnose en aan uniforme registratie en verslaglegging om in de beroepsgroep spraakverwarring te voorkómen. Ten tweede wordt gewerkt aan het expliciteren van de normen en eisen die aan de zorg worden gesteld. Bijvoorbeeld in de vorm van protocollen, standaarden of richtlijnen ten aanzien van de inhoud van het



Wat valt op?

Als we al deze activiteiten vergelijken met het referentiekader dan valt ten eerste op dat in het kwaliteitsbeleid van paramedici tot nu toe met name het accent lag op de kwaliteit van de professional (opleiding, deskundigheid, scholing). In het referentiekader staat de kwaliteit van het produkt centraal. Dit verschil in accent op 'professional' of 'produkt' is een illustratie van de veranderingen in het huidige denken over kwaliteit. Het referentiekader nodigt uit tot deze nieuwe, meer bedrijfsmatige manier van kijken. 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 zodat de aandacht evenwichtiger over professional en produkt kan worden verdeeld. Het impliceert ook dat meer aandacht ontstaat voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf terwijl voorheen het accent lag op de activiteiten van de beroepsvereniging. Deze aanvulling weerspiegelt in feite de toenemende klantgerichtheid die ook in de gezondheidszorg gestalte begint te krijgen.

paramedisch handelen. Diëtisten zijn hierin relatief het verst gevorderd. Veel paramedische afdelingen in bijvoorbeeld ziekenhuizen of verpleeghuizen ontwikkelen eigen normen of protocollen. Landelijke consensus ontbreekt veelal. Het referentiekader laat zien dat de samenhang tussen lokale en landelijke activiteiten gewenst is.

Normen en criteria ten aanzien van de attitude van de beroepsbeoefenaren zijn in ruime mate voorhanden in de beroepsprofielen, de gedragsregels en ethische codes en de (bij een minderheid aanwezige) klachtenreglementen. Deze documenten bevatten normen ten aanzien van de bejegening van de patiënt en de omgang met collega's, verwijzers en andere partijen. Alle beroepsgroepen streven ernaar deze documenten periodiek te actualiseren, om verbetering en behoud te realiseren. Daarnaast streven veel beroepsgroepen ernaar deze normen in de beroepsgroep te implementeren om te bevorderen dat de regels ook daadwerkelijk worden nageleefd. In termen van het referentiekader kan men zeggen dat men probeert de horizontale verbinding tussen de drie niveaus tot stand te brengen. Veel beroepsgroepen hebben hiervoor inmiddels de voorwaarden gecreëerd door de infrastructuur van de beroepsvereniging te verbeteren. Door het creëren van nieuwe (overleg)structuren op regionaal en lokaal niveau wordt getracht de leden meer bij het beleid te betrekken en duidelijke communicatiekanalen te creëren voor de implementatie van zowel het kwaliteitsbeleid als de kwaliteits(deel)systemen. Via deze nieuwe structuren kan de implementatie gaan verlopen. Ten aanzien van de implementatie zijn nog weinig methodieken voorhanden.

foto: Remco Bohle



Mevrouw Vriens, voorzitter van de begeleidingscommissie, overhandigde het rapport aan de heer Gardenbroek (links) en de heer Casparie.

gens de vraag wordt gesteld welke instrumenten daarvoor het meest geschikt zijn. Het gevaar dat het middel als doel wordt beschouwd wordt hiermee vermeden. Het kader biedt daarmee de mogelijkheid flexibel in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en nodigt uit tot creativiteit.

Literatuur:

- Timmermans J.E., Sluijs E.M., Dekker J., Hartog W.H.M. den. Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepen. Utrecht, CBO/NIVEL, 1994.
 Sluijs E.M., Bakker D.H. de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in Uitvoering. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.
 Bik M., Ettehoven H. van. Paramedici gezamenlijk op weg. Kwaliteit in beeld 4, 1994; 1, 14-15.

Gegevens over de auteurs

Emmy Sluijs is onderzoeker bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Hanke Timmermans is projectmedewerker bij het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). □