

OBAC RAPPORT

**Advies inzake de inrichting van een Cam-breed accreditatiesysteem
voor Opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen**

Stuurgroep OBAC

In opdracht van Patienten Platform Complementaire Gezondheidszorg, PPCG

Zwolle, september 2013

Stuurgroep OBAC

Externe Adviescommissie van het PPCG

Dhr W. Smits, voorzitter, lid PPCG-raad, namens de Stichting Natuurlijk Welzijn, SNW

Mevr drs A.P. Noorden, directeur CNE alsmede van de Shiatsu Academie

Dhr mr E.A. Banki, namens de Federatie Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen, FONG

Dr C.W. Aakster, medisch socioloog, extern adviseur van het PPCG

Eerste uitgave: september 2012

Geactualiseerde uitgave: september 2013

--

INHOUDSOPGAVE

--

- 1 Enkele inleidende opmerkingen 3
- 2 Kenmerken van het CAM-veld 6
 - 2.1 Inhoudelijke kenmerken van CAM 6
 - 2.2 Structurele kenmerken CAM 6
- 3 Startsituatie van het project 8
 - 3.1 De opleidingsinstellingen 8
 - 3.2 De beroepsverenigingen 9
 - 3.3 “Accreditatie”-organen 10
 - 3.4 Invloeden van buitenaf 11
 - 3.5 Maatschappelijke en zorg-contexten 13
- 4 Belangrijke uitgangspunten voor CAM-accreditatie 16
 - 4.1 Inhoudelijke uitgangspunten 16
 - 4.2 Structurele uitgangspunten 17
- 5 Voorgestelde opzet van het accreditatiestelsel 20
 - 5.1 Algemene werkwijze 20
 - 5.2 De voorgestelde opzet 20
 - 5.3 Criteria en normen CAM 23
 - 5.4 Enkele mogelijke implicaties 26
 - 5.5 Een mogelijk tijdpad 27
 - 5.6 Deelproject medische en psychosociale basiskennis 27
- 6 Verkenning inzake kwaliteit 30
 - 6.1 Poging nadere omschrijving 30
 - 6.2 Aan een kwaliteitssysteem te stellen eisen (ISPOF) 33
 - 6.3 Zes kernvragen met betrekking tot kwaliteitstoetsing 36
 - 6.4 De “Stakeholders” 42

7	Kwaliteitsbeoordeling, toelating en controle	
	7.1 Het beoordelen van kwaliteit	
	7.2 Evaluatie van huidige accreditatie- en toelatings- procedures	
	7.3 Toezicht en controle	
8	Onderscheiden opleidingsniveaus	64
	8.1 De Wet op het Hoger Onderwijs (WHW)	64
	8.2 Het Masterniveau	64
	8.3 Het Bachelor niveau	65
	8.4 Het MBO-niveau	70
	8.5 Het basisniveau westerse kennis (medisch en psychosociaal)	71
9	Specifieke problemen en implementatie	74
	9.1 CAM-veld anno 2012	74
	9.2 Overgangsregelingen	75
	9.3 Voorstel voor realisatie	77
	9.4 Uitwerking van de voorwaarden	78
10	Samenvatting van het CAM-accreditatie voorstel	85
	10.1 Doelen uitgangspunten	85
	10.2 De te hanteren kwaliteitscriteria	87
	10.3 Beoogde opzet van accreditatie	89
	10.4 Het toetsingsproces	93
	10.5 Acht voorwaarden voor realisatie	95
	10.6 Verantwoording	97

Bijlage - Geraadpleegde bronnen 98

HOOFDSTUK 1 - ENKELE INLEIDENDE OPMERKINGEN

In een tijd waarin de reguliere zorgverlening steeds meer wordt gereguleerd, zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht, is het ondenkbaar dat de complementaire en/of alternatieve werkende zorgverleners¹ geheel gevrijwaard zouden kunnen blijven van een of andere vorm van reglementering. De beloning daarvoor bestaat in beginsel uit acceptatie, erkenning, financiering, kwaliteitsgarantie, patiënt vertrouwen etc. Aan het patiëntenbelang moet hier met name betekenis worden toegekend: de patiënt verwacht een veilige, werkzame, menselijke en goed toegankelijke zorg. Maar wat of wie garandeert hem die?

De voorgaande vraagstelling is terug te voeren tot het Rapport “Alternatieve geneeswijzen in Nederland” (1981) van de gelijknamige Commissie, die in de wandelgangen de Commissie Muntendam is gaan heten. In haar aanbeveling 4 pleit de Commissie voor een nadere wettelijke regeling van de positie van “alternatieve” beroepsbeoefenaren, gevolgd door een aanbeveling 5 waarin zij pleit voor een adequate opleiding van deze beoefenaren.

Bij een terugtrekkende overheid ligt de bal nu echter bij het CAM-veld zelf. Daarbij kan aan twee recente ontwikkelingen buiten het CAM-veld worden gerefereerd.

In de *eerste* plaats ontstond in het regulier hoger onderwijs en vastgelegd in de Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW), begin deze eeuw de noodzaak voor opleidingsinstellingen niet alleen een goede kwaliteit van hun opleidingen te bieden, maar ook en vooral om deze formeel en objectief te doen vaststellen. De overheid riep daartoe een apart accreditatie instituut in het leven (de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie).

In de *tweede* plaats hebben enkele ziektekosten verzekeraars in het recente verleden nadere criteria en eisen geformuleerd (vide de zogenoemde VGZ-, voorheen UVIT-criteria) ten aanzien van het kwaliteitsniveau waaraan de beoefenaren van “alternatieve” geneeswijzen zouden moeten voldoen. VGZ voerde daartoe overleg met enkele koepelorganisaties van complementair geneeskundige opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen. De buiten deze criteria vallende beoefenaren zouden vanaf 1 januari 2017 niet meer door de verzekeraar worden vergoed. Het is aannemelijk dat andere ziektekostenverzekeraars in de toekomst tot soortgelijke eisen zullen overgaan.

Hier is een duidelijke actie van CAM-zijde gewenst wat betreft het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de door haar geleverde zorg en gerealiseerde opleidingen. Daarbij dient zij uit te gaan van eigen kracht; enige haast lijkt echter wel geboden.

In principe biedt accreditatie c.q. kwaliteitsbewaking en -bevordering de volgende voordelen:

1. Het verwerven van overheidsbekostiging, de titel van Bachelor en studietoelage-regeling voor haar studenten (de drie grondrechten van een reguliere accreditatie via de NVAO);

¹ In dit rapport zal regelmatig naar de betreffende geneeswijzen worden verwezen met de in Angelsaksische landen gebruikelijke afkorting CAM, welke staat voor Complementary and Alternative Medicine.

2. Vergoeding van de behandelkosten van de betreffende artsen en therapeuten door verzekeraars;
 3. BTW vrijstelling²
 4. Bijdrage tot een meer volwassen , volwaardige status van het CAM-veld;
 5. Garantie naar en herkenbaarheid voor de patiënt van gekwalificeerde hulpverleners
 6. Een duidelijke profilering ten opzichte van niet-geaccrediteerde collega's en instituten.
- Het gaat basaal om het zelfreinigende vermogen van het CAM-veld. Daarbij is de kernvraag die naar de werkelijke kwaliteit van een opleiding, hulpverlener of product. Deze kwaliteit dient volgens openbare regels, op transparante wijze, door ter zake kundigen te worden vastgesteld en regelmatig te worden geactualiseerd.:-

Het huidige project is geïnitieerd door het Patienten Platform Complementaire Gezondheidszorg PPCG op aangeven van de Stichting Natuurlijk Welzijn (SNW) die reeds sedert omstreeks 20 jaren een "Adressengids Aanvullende Geneeswijzen" uitgeeft, en daarbij zo veel mogelijk selectief probeert om te gaan met reputatie en kwaliteit van de daarin vermelde beoefenaren. Haar wens was om een en ander op een hoger, professioneler plan te tillen. Het rapport kwam tot stand dankzij de inzet van de Commissie VACC, later omgezet in de Commissie OBAC met de zeer gewaardeerde financiële en praktische ondersteuning van de Stichting Natuurlijk Welzijn (SNW), de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg (SRBAG) en de Federatie van Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen (FONG). De uitvoering van een en ander werd opgedragen aan dr Cor W. Aakster, medisch socioloog met een ruime ervaring in het complementair/alternatief geneeskundige veld.

Doel van het project is: het bijdragen tot de vorming van een breed accreditatiesysteem voor het CAM-veld, met zoveel mogelijk inschakeling van en samenwerking met de belangrijkste spelers op dit terrein. In eerste aanleg zal het plan zich concentreren op een regeling voor therapeuten.

Op termijn zal echter de noodzaak onder ogen moeten worden gezien om ook de aanvullende post-universitaire opleidingen voor *artsen* in een van de complementaire richtingen, aan een formele accreditatie te (doen) onderwerpen.

Het zal in dit project gaan om het ontwerpen van een haalbaar en algemeen systeem van accreditatie voor de CAM-sector, zowel wat betreft de opleidingsinstellingen als wat betreft de beroepsverenigingen. Uitgegaan wordt van een duidelijke onderlinge samenhang en afstemming tussen deze twee componenten.

De deelname aan een accreditatiesysteem als bedoeld, zal in beginsel vrijwillig zijn; de consequentie van niet-deelname (dus het niet geaccrediteerd-zijn) zou echter kunnen zijn dat de betreffende opleidingen of beoefenaren geen aanspraak meer kunnen maken op de hierboven genoemde rechten of voordelen. Hierbij moet wel als eis worden gesteld dat bedoeld systeem zich geleidelijk zal ontvouwen, met een overgangstermijn voor de organisaties of beoefenaren die nog niet aan de nieuw geformuleerde eisen voldoen.

Accreditatie moet echter verdiend worden. Daarbij zullen ongetwijfeld degenen voorop lopen die nu reeds hun zaken goed op orde hebben. Het op te zetten systeem van accreditatie moet voorts

² De minister van volksgezondheid stelt dat de BTW-vrijstelling niet kan gaan gelden voor beroepen die buiten de Wet BIG vallen en "waarbij van overheidswege het vereiste kwaliteits-niveau van deze gezondheidskundige verzorging niet kan worden gewaarborgd" (Memorie van Antwoord, stuk no 33 287).

uitgaan van de eigen aard van CAM.. Waar mogelijk dient te worden samengewerkt met reguliere instanties en functionarissen, omdat immers het uiteindelijke doel van accreditatie is om de geaccrediteerde CAM- instituten en beoefenaren op gelijkwaardige basis te doen opnemen in de algemene gezondheidszorg, of in het algemene stelsel van hogere beroepsopleidingen.

Het plan-voorstel heeft niet primair tot doel nu reeds een volledig uitgewerkt systeem voor CAM-accreditatie te ontwerpen, maar om de ontwikkeling daarvan voor te bereiden. Het onderhavige project heeft dan ook vooral een voorbereidend, inventariserend, en ordenend karakter. Daarna ligt het initiatief weer bij het veld. De bedoeling is daarbij wel dat naast het voor te stellen accreditatie orgaan, geen andere organisaties op of buiten het gebied van CAM werkzaam zullen zijn met eenzelfde oogmerk.

HOOFDSTUK 2 - KENMERKEN VAN HET CAM-VELD

Het is noodzakelijk om bij het denken over een eigen CAM-accreditatiesysteem uit te gaan van de specifieke aspecten van het veld van de Complementaire en Alternatieve geneeswijzen (CAM), en om deze expliciet te betrekken bij de opzet van een dergelijk systeem. Deze kenmerken zijn te onderscheiden naar inhoudelijke en structurele.

2.1 Inhoudelijke kenmerken van CAM

Bij CAM gaat het niet alleen om een andere wijze van behandelen en theorievorming, maar ook om een andere mentaliteit van zowel de behandelaar als de patiënt.

Patiënten maken graag gebruik van CAM; hun aantal wordt geschat op 1 tot 1.5 miljoen per jaar. Dit ondanks het feit dat de hedendaagse westerse mens in feite vanaf zijn wieg wordt geleerd te denken en te handelen binnen het reguliere medische systeem, dat is de *cultuur* waarmee zij doorgaans opgroeien. Het gaat echter om het recht van de patiënt om zelf zijn type zorg en behandelaar te kiezen, in dan wel buiten dit reguliere systeem. Als belangrijkste uitgangspunten van CAM-zorg kunnen worden genoemd:

- 1) de mens is een onverbreekbaar geheel dat in continue wisselwerking verkeert met zijn fysieke en maatschappelijke omgeving
- 2) De diagnostiek is gericht op het verkrijgen van een totaal-beeld van de zieke mens, inclusief de “natural history” van de aandoening.
- 3) De behandeling is individualiserend (persoongericht) en richt zich op duurzaam herstel en behoud van gezondheid en welbevinden (secundair preventieve functie)
- 4) In het genezingsproces wordt aangegrepen op de zelf-herstellende en zelf-regulerende vermogens van de mens
- 5) er wordt gewerkt met niet schadelijke, natuurlijke middelen en methoden
- 6) de behandelaar stelt zich ten aanzien van de zieke tevens op als adviseur en coach en respecteert de eigen regie-behoefte van de patiënt
- 7) de CAM-arts/therapeut werkt naar vermogen samen met andere hulpverleners in de zorg.

Najaar 2013 zal overigens een boek beschikbaar komen van de hand van C.W. Aakster en A.N. Noorden inzake een “Integrale filosofie en theorie van de natuurlijke geneeswijzen”. Dit boek wil een bijdrage leveren aan het streven naar een heldere identiteit en kwaliteit van CAM.

2.2 Structurele kenmerken CAM

De belangrijkste uitgangspunten en vaststellingen ten aanzien van de structuur van het CAM-veld zijn:

- 1) Nederland vormt in feite een eilandje binnen de grotere context van de ons omringende landen, waar als regel sprake is van een grotere tolerantie voor of zelfs aanvaarding van (onderdelen van) de complementaire en alternatieve geneeswijzen.
- 2) In Nederland bestaat een sterk afwijzende houding-bij de regulier medische sector alsook bij de overheid ten aanzien van -wat men noemt- de alternatieve geneeswijzen. Daardoor moeten alle ontwikkelingen ten goede geheel op eigen kracht plaatsvinden

- 3) Binnen het CAM-veld kunnen de volgende zeven hoofdstromen worden onderscheiden (primair terugrijpend op de indeling van het Rapport Muntendam en min of meer identiek aan de VGZ-indeling):, Antroposofische Geneeskunde, Energetische Geneeskunde, Homeopathie, Manuele geneeskunde, Naturopathie, Oosterse Geneeswijzen (Acupunctuur/TCM, Ayurveda etc)) en Complementaire Psychotherapie. Het bestaan van deze zeven hoofdstromen moet mede ten grondslag liggen aan het op te zetten algemene accreditatiesysteem.
- 4) Er is sprake van een sterke differentiatie en complexiteit van het CAM-veld, ook afgezien van de indeling onder het vorige punt. Daarbij kan worden gedacht aan de diverse één-mans initiatieven, verschillen qua organisatorische verfijning en kwaliteitsbewustzijn c.q. een variërende mate van “accountability”, wisselende allianties, gebrek aan consensus, gevoelige ego’s, overlappende lidmaatschappen, breed versus smal opgeleide therapeuten en het vaak ontbreken van een gevoel van urgentie om iets aan de eigen situatie te doen.
- 5) Er is sprake van een wisselende mate van financiële en organisatorische draagkracht. Vaak betreft het kleine organisaties met een beperkte (maar wel enthousiaste) staf en een beperkt budget. Slechts enkele richtingen en organisaties zijn erin geslaagd zich gaandeweg boven het geschetste niveau te verheffen.
- 6) Gesproken kan worden van een opgelopen achterstand op diverse terreinen, bijvoorbeeld qua onderwijskundige, kwaliteit bewakende en bestuurlijke inzichten.
- 7) Dit veld heeft ook nog eens te maken met de calculerende burger (pragmatici), naast de vanouds principiële gebruiker, alsook in de reguliere zorg vastgelopen patiënten (gefrustreerde gebruikers).

Zoals gezegd, deze uitgangspunten en vaststellingen moeten in gedachten worden genomen wanneer wij aan het bouwen slaan voor een alomvattend CAM-accreditatiesysteem .

HOOFDSTUK 3 - DE STARTSITUATIE VAN HET PROJECT

Het is noodzakelijk een goed beeld te hebben van de startsituatie (eerste helft 2012) van het onderhavige project. Daartoe wordt hieronder kort besproken welke momenteel de belangrijkste organen, initiatieven etc zijn op het gebied van CAM in relatie tot een mogelijke accreditatie.

Alvorens daartoe over te gaan echter een enkele woord over degene om wie in feite alles draait in dit rapport, namelijk de patiënt. Het is de patiënt die kiest voor een andere benadering dan de strikt regulier-medische (en vaak na daarin te zijn vastgelopen). Diens eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid dienen ten volle te worden gerespecteerd. Dat schept voor het CAM-veld de verplichting zorg te dragen voor goed opgeleide CAM-hulpverleners en een kwalitatief hoogstaande beroepsuitoefening. Uiteraard dient een en ander transparant te zijn qua organisatie en werkwijze, en extern controleerbaar volgens objectieve maatstaven. Daarom staat de Stichting Natuurlijk Welzijn, gericht op het belang van de patient -en indirect het PPCG³- mede aan de wieg van het huidige accreditatieproject.

³ PPCG staat voor Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg; bij haar zijn alle grotere patiëntenorganisaties op het gebied van CAM aangesloten.

3.1 De opleidingsinstellingen

Het CAM-onderwijsveld kenmerkt zich zowel door een grote verscheidenheid als door het feit dat het in de meeste gevallen gaat om deeltijd-opleidingen voor volwassenen. De betreffende opleidingsinstellingen worden op geen enkele wijze ondersteund door de overheid.

Sommige van deze opleidingen concentreren zich op een enkelvoudige toepassing als de homeopathie of chiropractie, andere richten zich op de vorming inzake een brede beroepsuitoefening (CAM-therapeut). De toelatingsvoorwaarden kunnen zeer variëren, bijvoorbeeld van een MAVO/HAVO-diploma tot een diploma van een reguliere HBO-opleiding in bijvoorbeeld de fysiotherapie, manuele therapie of psychosociale hulpvormen. Het aantal studie belastingsuren (SBU's) kan aldus zeer uiteenlopen evenals de verhouding tussen docent contact uren (DCU's) en zelfstudie-uren (ZSU's). Daarmee is ook gezegd dat het eindniveau sterk kan variëren. Een belangrijke koepelorganisatie is die van de FONG, Federatie van Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen. Een nadeel kan men achten dat slechts een beperkt deel van alle opleidingsinstellingen bij haar is aangesloten, om hen moverende redenen. Genoemde koepelorganisatie is wel een van de ondersteuners van het onderhavige project en heeft zich ertoe gecommitteerd al haar leden te doen beoordelen op een HBO-bachelor niveau, ook al zal daar waarschijnlijk nog niet direct een NVAO-accreditatie tegenover staan. Daarbuiten zijn stichtingen werkzaam (Shiatsu Academie, Instituut E.E.N. NVA etc) die op overtuigende wijze doende zijn vorm te geven aan specifieke beroepsopleidingen. Problematisch is in veel gevallen de financiering van dit type opleidingen. Aangezien studenten of cursisten de les gelden zelf moeten betalen, fluctueert de aanmelding en kan deze soms tot onder het werkbare minimum dalen. In al deze gevallen zal een landelijke accreditatie kunnen bewaken dat de afgeleverde therapeuten in staat zijn tot een professioneel functioneren op het HBO-bachelor niveau. Hoewel daarnaast ook MBO-opgeleide therapeuten kunnen worden toegelaten, bijvoorbeeld in een "verlengde arm"-constructie gekoppeld aan een WO- of HBO-geaccrediteerde beoefenaar. Voor het overige wordt hier verwezen naar hoofdstuk 8 waarin een en ander in operationele zin wordt uitgewerkt.

3.2 De beroepsverenigingen

Het CAM-veld is op het gebied van de beroepsuitoefening zo mogelijk nog sterker gedifferentieerd dan op het gebied van de opleidingen; het aantal beroepsverenigingen kan geschat worden op omstreeks 100. In beginsel kunnen deze beroepsverenigingen werken vanuit één specifiek beroep of vanuit een combinatie van beroepen. Zij kunnen -naar verhouding tot de reguliere sector- variëren van zeer klein (bijvoorbeeld 20 leden) tot "zeer groot" (1000 of meer leden). Een en ander heeft te maken met de specifieke aard van sommige behandelmethoden; de leden zijn dan vooral geïnteresseerd in contacten met collega's met dezelfde of soortgelijke behandelmethode. Dit helpt echter niet om de situatie voor de patiënt en andere buitenstaanders transparant te maken. Een boek als dat van Paul van Dijk ("Geneeswijzen in Nederland") heeft er veel aan bijdragen dit doolhof inzichtelijker te maken. Ook het reeds eerder genoemde (nog te verschijnen) boek van Aakster en Noorden zal dit aspect kunnen verhelderen, zeker wat betreft een daarin opgenomen poging tot systematische ordening van alle in Nederland gebruikelijke CAM methoden & technieken.

Wat betreft de beroepsuitoefening kunnen de volgende niveau worden onderscheiden⁴: het master-niveau oftewel het niveau van de universitair opgeleide artsen (WO met specifieke applicatie-cursussen op het gebied van CAM), het bachelor oftewel HBO-niveau, het MBO-niveau en het lager-dan-MBO niveau. Per beroepsvereniging kunnen de opleidingsniveaus van de leden variëren. Wat het toekomstige CAM-accreditatiesysteem betreft, schept dit een bijzondere verplichting voor de beroepsverenigingen om hier een *duidelijk onderscheidend toelatingsbeleid* te voeren, c.q. daarbij duidelijke categorieën leden te onderscheiden zoals hierboven aangeduid.

Een eigen beroepsprofiel dat zowel de inhoud als de afgrenzing van het beroep omschrijft, en de vertaling daarvan naar een opleidingsprofiel lijkt hier een eerste vereiste.

Enkele zich aftekenende overkoepelende structuren op dit terrein zijn de volgende.

* *SRBAG*: de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg registreert therapeuten die aangesloten zijn bij een beroepsvereniging. In haar register zijn anno februari 2012 omstreeks 2200 therapeuten opgenomen. Bij monde van haar voorzitter (T. Lont, Vakblad voor de Natuurgeneeskundige) dringt de SRBAG bij de beroepsverenigingen aan om veel meer in te zetten op het verwoorden van gemeenschappelijke doelen, met name om de publieke opinie op een positieve manier richting CAM-veld te sturen. Voorlichting op basisscholen inzake een brede gezondheidsopvatting lijkt hem ideaal.

--

* TBNG/RBNG richtte zich tot 2006 vooral op een tuchtrechtregister en is dit meer recentelijk gaan combineren met het registreren van beroepsbeoefenaren; het zou daarbij gaan om omstreeks 5000 therapeuten.

* KAB - was aanvankelijk een klachtenbureau voor het complementaire veld, maar ontwikkelde zich recentelijk tot een koepelorganisatie

* NVAZ - Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders

⁴ Naar analogie van een door mr E. Banki (FONG) aangereikt model

--

* NAP - een koepel binnen het GGZ-veld die therapeuten registreert op basis van een Europees psychotherapie kwaliteitsprofiel.

* Ook kan hier nog een recent initiatief als dat van *Integraal Natuurlijk* worden genoemd, zijnde in beginsel een *branchevereniging* die zich concentreert op de natuurlijke gezondheidszorg, met inmiddels ruim 15 aangesloten organisaties. Zij stelt zich ten doel een beroepenregister in te voeren, een algemeen klacht/tuchtrecht te faciliteren, een model te ontwikkelen voor een algemeen CAM-beroepsprofiel, aanzetten te geven voor een verdere professionaliseren en de kwaliteit van zorg, en om het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein te stimuleren.

Andere, kleinere samenwerkingsbanden zijn ons bekend (bijvoorbeeld van de acupunctuur verenigingen NAAV, NVA en Zhong), maar op deze plaats wordt geen volledigheid nagestreefd.

3.3 *Accreditatie organen*

Op het gebied van CAM bestaan (nog) geen algemeen erkende, overkoepelende accreditatie-organen. In Van Dale's "Groot woordenboek der Nederlandse taal" (editie 1984) komt de term "accreditatie" niet voor, maar wel de term "accrediteren". Uit de vermelde betekenissen kan men afleiden dat het hierbij gaat om het erkennen van echtheid, om gerechtvaardigd vertrouwen, om officiële toelating of erkenning. Dit betekent naar onze mening dat het bij accreditatie moet gaan om een accrediterend orgaan dat zelf boven de te accrediteren partijen staat en dat oordeelt volgens objectieve en controleerbare maatstaven die als relevant en rechtvaardig worden ervaren door alle betrokken partijen.

In deze zin opgevat is er slechts ruimte voor één accrediterend orgaan in het CAM-veld, hetwelk dan ook het uitgangspunt is voor het onderhavige advies. Dit kan ook zo worden gezien dat, naarmate het niveau hoger is waarop een accreditatie wordt verleend, het als des te eervoller zal worden ervaren om geaccrediteerd te zijn. Daardoor zal het accreditatiesysteem beter gaan werken. Meerdere accrediterende organen zouden twijfel kunnen doen rijzen aan de objectiviteit of juistheid van het accreditatieproces, zowel binnen als buiten het CAM-veld. Dat lijkt ook het uitgangspunt te zijn geweest van de minister van Onderwijs bij het instellen van de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie NVAO voor wat betreft reguliere universitaire en hogere beroepsopleidingen. Het in het onderhavige rapport voor te stellen algemene CAM-accreditatie bureau zal in deze zin dan ook alleen *adviezen* kunnen afgeven voor accreditatie van CAM-opleidingen in de veronderstelling dat deze adviezen door de NVAO zullen kunnen worden overgenomen wanneer het politieke klimaat daartoe gunstiger is geworden. NB Dit laat onverlet het recht van dit op te richten bureau om namens het CAM-veld accreditaties af te geven voor andere typen organisaties dan de opleidingen, zoals die van beroepsbeoefenaren, toetsende instanties etc.

Een door *patiënten/consumenten* gedragen initiatief is dat van de Stichting Natuurlijk Welzijn (SNW). Deze Stichting geeft al 37 jaar voorlichting over CAM-zorg aan patiënten/consumenten en verzorgt al 20 jaar een adressengids aanvullende gezondheidszorg met daarin -op geordende wijze- de namen van omstreeks 3000 beroepsbeoefenaren op het gebied van CAM.

Andere initiatieven: meer of minder recent ontwikkelden zich binnen de CAM-sector diverse andere initiatieven met betrekking tot "accreditatie" c.q. opname in een register. Deze mogen -met het oog op de toekomst- (nog) niet de naam "accreditatie" dragen of anderszins de suggestie wekken dat zij bevoegd zouden zijn tot accrediteren. Accreditatie zal moeten zijn voorbehouden aan het hoogste orgaan binnen de kwaliteitsstructuur. Wel kan men

hier spreken van “toetsing” c.q. Toetsende Instanties: de betreffende instantie toetst bepaalde instellingen of beroepsbeoefenaren aan de hand van bepaalde eigen criteria. Op grond van een dergelijke toetsing wordt besloten kandidaten wel of niet op te nemen in het eigen register⁵. In zekere zin kan men hierin wel de wegbereiders zien voor een toekomstige vorm van accreditatie. Ditzelfde kan gelden voor de door VGZ in voorlopige zin aangewezen (Koepel)organisaties SRBAG, KAB, RBNG, NAP en de antroposofische koepel NVAZ.

Een viertal “accrediterende” organisaties op het gebied van CAM (FONG, SNRO, KTNO en SKB) werd recentelijk door V. Meyran gevisiteerd, met een in het algemeen kritisch oordeel (zie Bijlage inzake geraadpleegde bronnen, en voorts paragraaf 7.2 van dit rapport).

Tot slot kan worden gemeld dat de SRBAG zich momentele inzet voor de instelling van een Centraal Meldpunt Klachten Complementaire Zorg

3.4 Invloeden van buitenaf

In deze paragraaf worden enkele externe inputs besproken die van belang zijn voor het beoordelen van de beste wijze waarop een CAM-accreditatiesysteem zou moeten worden opgezet. De volgende inputs lijken hier met name van belang.

- * de Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW)
- * de opzet en het functioneren van het Nederlands Vlaams Accreditatie Orgaan (NVAO)
- * de zogenoemde VGZ-criteria
- * hoofdpijnen akkoord OCW - NRTO dd 13 januari 2012
- * de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)
- * Bologna verklaring
- * Nota Keur aan kwaliteit (2000)

Wat de *Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW)* betreft, zij hier slechts opgemerkt dat deze wet als een bureaucratisch geheel overkomt, met een gedetailleerde regelgeving op het gehele terrein van het hoger beroeps en universitair onderwijs. Deze wet lijkt niet in directe zin relevant voor de accreditatieplannen inzake CAM omdat accreditatie is gedelegeerd aan de NVAO.

De *Nederlands Vlaams Accreditatie Orgaan (NVAO)* richt zich alleen op het opleidingsaspect, en met name voorzover dit het master en bachelor niveau betreft.

Voor een goed begrip van de werkwijze van de NVAO werd in eerste aanleg het boek “Accreditatie, oud en nieuw” van Th Douma (2009) bestudeerd, maar dit bleek vooruit te lopen op ingrijpende wijzigingen in de werkwijze van de NVAO, reden om ons met name te baseren op recente publicaties op de website van dit orgaan. De NVAO is een bij verdrag tussen Nederland en Vlaanderen opgerichte publieke binationale instelling die in beide regio’s de kwaliteit van het hoger onderwijs beoogt te waarborgen. De NVAO heeft inmiddels ruime ervaring opgedaan met de beoordeling en accreditatie van hogere beroeps- en universitaire opleidingen, hetwelk zijn uitdrukking vindt in het

⁵ Overigens staat de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) toe dat de NVAO meerdere toetsende instanties in adviserende zin kan inschakelen ten behoeve van haar eind-beoordeling.

volgende schema van accreditatie-routes:

1. In het bezit van een Instellingtoets Kwaliteitszorg?

ja, dan:

nee, dan:

2. Beperkte Opleidingsbeoordeling

3. Uitgebreide Opleidings-
beoordeling

of:

of:

4. Beperkte Toets Nieuwe
Opleidingen (TNO)

5. Uitgebreide Toets Nieuwe
Opleidingen (TNO)

Voor de eventuele accreditatie van CAM-opleidingen is op dit moment alleen mogelijkheid 5 van belang, de Uitgebreide Toets Nieuwe Opleidingen (TNO). En dan nog alleen als het ministerie de betreffende opleiding op een lijst heeft gezet van erkende, in principe accrediterbare opleidingen. De aantoonbare relatie met een bepaald beroep is hierbij essentieel. In paragraaf 7.2 wordt deze Toets Nieuwe Opleidingen nader besproken.

De zogenoemde VGZ-criteria:

VGZ is van mening dat de therapeut moet voldoen aan specifieke basiseisen gericht op patiënt veiligheid.:

- * voldoende medische basiskennis en psychosociale basiskennis op hbo/bachelor niveau
- * bewustzijn van de grenzen aan de eigen deskundigheid
- * het aantoonbaar beschikken over kennis van de alternatieve therapievorm
- * voldoen aan de vereisten voor deugdelijke zelfstandige praktijkvoering.

In 2010/11 trad de VGZ (toen nog UVIT geheten) in overleg met koepelorganisaties in het CAM-veld om primair administratieve redenen. Zij wilde naar een eenvoudiger systeem waarbij zij de registratie aanvankelijk delegeert naar vijf koepelorganisaties (SRBAG, FONG, NVAZ, KAB, en RBNG) die er op zouden moeten toezien dat de bij hen aangesloten organisaties en/of beroepsbeoefenaren voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Deze therapeuten zouden vervolgens worden opgenomen in de zogenoemde *Zorggids* van de verzekeraar(s). Bedoelde kwaliteitseisen werden na overleg met de betrokken koepelorganisaties vastgesteld, met als uiterste ingangsdatum 1 januari 2017. Deze kwaliteitseisen gaan uit van een HBO kennisniveau, zelfstandige beroepsuitoefening, voldoende medische en/of psychosociale basiskennis en het onderworpen zijn aan een klacht/tuchtrecht. VGZ verwijst daarbij naar NVAO-accreditatie. Een en ander wordt uitvoeriger besproken in paragraaf 5.3 wat betreft de criteria en normen voor accreditatie.

VGZ wil in dit kader een stappenplan zien welke haar inzicht biedt in de daadwerkelijke vorderingen van het CAM-veld in de door haar beoogde richting.

Hoofdpijnen akkoord OCW en NRTO dd 13 januari 2012:

Op 13 januari 2012 ondertekenden de staatssecretaris van Onderwijs, cultuur en wetenschap, en de vereniging Nederlandse Raad voor Training en Opleiding (NRTO) een akkoord inzake een gezamenlijke inzet voor verhoging van de kwaliteit van het hoger onderwijs, in het bijzonder van

het door private aanbieders verzorgde (volwassenen)onderwijs. Hieraan ligt Kabinetsbeleid ten grondslag. De noodzaak van regelmatige bijscholing wordt daarin vooropgesteld. Het Nederlandse hoger onderwijsstelsel heeft -zo wordt gesteld- een krachtige impuls nodig en de kwaliteit van het hbo bachelordiploma moet weer onomstreden zijn. Daartoe wordt een stevige kennis component in de opleidingen van belang geacht (gedegen theoretische basis en het ontwikkelen van onderzoekend vermogen), evenals een goed opgeleid en toegerust docentencorps. Het gaat om het steeds actualiseren van de (gemeenschappelijke) "body of knowledge". Er moet in dit kader sprake zijn van een duidelijke groei van het aantal WO- gekwalificeerde docenten of docenten met een master-degree; in 2016 zou dit voor 80% van de HBO-docenten gerealiseerd dienen te zijn.

Een *kritische kanttekening* kan hierbij zijn dat met het voorgaande de lat wel heel hoog wordt gelegd voor de opleidingen terzake van CAM. Opvallend is dat de component "ervaring aan de praktijk" geheel lijkt te ontbreken in het hoofdlijnenakkoord. Door een betere (continue) systematiek te ontwikkelen voor juist deze terugkoppeling en het bouwen aan een gemeenschappelijke "body of knowledge" zou het CAM-veld hier voor een noodzakelijke aanvulling kunnen zorgen. Wat niet wegneemt dat de in het Akkoord gestelde doelen op termijn ook voor het CAM-veld maatgevend zullen moeten zijn; een inhaalslag valt hier als een eerste fase van dit proces zeker te maken.

Nog enkele resterende opmerkingen:

* de Wet Beroepsuitoefening Individuele Geneeskunde (BIG) wordt hier niet nader besproken aangezien er in feite geen beroepsbeoefenaren zijn op het gebied van CAM die voor dat onderdeel BIG-geregistreerd zijn. Wel kan het zijn -strikt formeel gezien- dat zij geregistreerd zijn als arts of als fysiotherapeut, maar dit geldt dan alleen voor het reguliere deel van hun werkzaamheden. In de praktijk blijken overigens beide typen geneeskunde soms sterk met elkaar verweven te zijn.

* De Bologna verklaring verwijst naar een overeenkomst tussen lid-staten van de Europese Unie die onderling afspraken hebben gemaakt over de kwaliteitsbewaking van hun hoger onderwijs, met daaraan gekoppeld omvangsbepalingen, de verdeling in major - minor, de wenselijkheid van een propedeuse-jaar etc.

* Keur aan kwaliteit (2000) is een beleidsnota van het ministerie inzake de kwaliteit en kwaliteits-handhaving met betrekking tot het hoger onderwijs. Invloeden daarvan zijn in dit rapport op diverse plaatsen terug te vinden

* Het is verder niet geheel duidelijk wat er gebeurt na 1 januari 2017, de door VGZ genoemde deadline, als zou blijken dat veel CAM-beoefenaren en opleidingen dan nog niet voldoen aan de accreditatie-eisen.

3.5 De maatschappelijke en zorg-contexten

–

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de context van onze hedendaagse gezondheidszorg en maatschappij, opdat de noodzaak van accreditatie in de CAM-sector daardoor helderder kan worden.

1. Onze samenleving produceert tal van gezondheid bedreigende producten en diensten, zoals overdadig veel voedsel dat eerder handelswaar is geworden dan een fundamentele bouwsteen voor gezondheid en vitaliteit.

Daarnaast beweegt de moderne mens te weinig en is hij blootgesteld aan velerlei spanningen en bedreigingen (crises, zorgen, elektrostress etc), met als gevolg toenemende morbiditeit als obesitas, diabetes, depressie etc⁶ De huidige gezondheidszorg reageert daarop met het aanbieden van (steeds meer) geavanceerde technologie en legt de verantwoordelijkheid bij het individu, niet bij een overmatig materialistisch-consumptief ingestelde economie.

2. Het gangbare model van waaruit de huidige reguliere geneeskunde gezondheid en ziekte benadert, is het bio-medische. Met geavanceerde technologie worden ziekten en klachten bestreden. Dit model is vooral geënt op ernstige pathologie, dus ver-voortgeschreden vormen van ziek-zijn, waarin chemische middelen en operaties een hoofdrol spelen. Preventie en “care” worden daarentegen sterk verwaarloosd; de kosten van dit type zorg zijn hoog en nog immer stijgend.

3. Het boven geschetste bio-medische model moge dan werkzaam zijn bij “full grown clinical pathology”, het lijkt averechts te werken bij beginnende ziekten en “vage” klachten. Daar leidt dit model tot symptoom bestrijding, onderdrukking van de werkelijke ziekte(oorzaken) en afhankelijkheid van de patiënt. Technologie in plaats van Tijd, Aandacht en Liefde (TAL-complex). Het accent moet hier veel sterker worden gelegd op begeleiding, advisering en ondersteuning bij het dagelijks leven van de mens in de hedendaagse samenleving.

4. De reguliere geneeskunde heeft zichzelf echter in een soort kramp gemaneuvreerd door fanatiek alles wat “alternatief” heet af te wijzen; zij moet daardoor wel voortgaan op de ingeslagen heilloze weg van de bio-medisch-technologische aanpak. Veel van de ernstige ziekten en aandoeningen van de moderne mens moeten daarom worden gezien als iatrogeen, dat wil zeggen: als zijnde door de geneeskunde zelf veroorzaakt: de signalen die de patiënt doorgaans reeds vroeg in het ziekteproces afgeeft, worden miskend. Wellicht goed voor de farmaceutische industrie, maar desastreuus voor de patiënt en ‘s lands schatkist.

5. De complementaire geneeswijzen bieden in het algemeen een vorm van geneeskunde aan die rekening houdt met de leefwijze en leefsituatie van de patiënt. Zij trekken tijd uit om echt naar de patiënt te luisteren (een eerste consult duurt vaak een uur), zij herstellen diens vertrouwen in eigen genezende vermogens en schakelen de oorzaken van het ziek-zijn zoveel mogelijk uit, met de inzet van in principe niet-schadelijke middelen en methoden.

6. Het integreren van de complementaire zorg zoals in punt 5 geschetst in het geheel van de gezondheidszorg zou tot een aanzienlijke kosten besparing kunnen leiden, al was het slechts door een lager geneesmiddelen gebruik en minder verwijzingen naar de dure tweedelijns zorg.⁷ Voorwaarde zou zijn dat (geaccrediteerde!) complementaire artsen en HBO-opgeleide therapeuten een volwaardige plaats gaan innemen binnen de eerstelijnszorg en dat de patiënt daadwerkelijk keuzevrijheid heeft wat betreft het type en de persoon van de te ontvangen zorg (financiële gelijkstelling).

⁶ Zie bijvoorbeeld J. Mackenbach: “Ziekte in Nederland - Gezondheid tussen politiek en biologie”, Elsevier gezondheidszorg, Mouria Amsterdam 2010.

⁷ Recent onderzoek in de praktijk van huisarts Roukema, alsook onderzoek van Kooreman en Baars.

7. Verzekeraars schieten momenteel tekort wat betreft het bevorderen van noodzakelijke vernieuwingsprocessen in de zorg. In plaats van hun premies steeds verder te verhogen en anderzijds het verzekerde pakket steeds verder uit te kleden, dienen zij nieuwe polissen te ontwikkelen die de verzekerden toegang geven tot een werkelijk veilige, effectieve en betaalbare zorg. Bestuurlijke vertegenwoordigers vanuit het complementaire veld zullen daarbij zeker goede suggesties kunnen aanreiken.

8. Een interessante “spin-off” van de hier bedoelde ontwikkeling zou kunnen zijn dat ook voor de wetenschappelijke onderbouwing van de complementaire geneeswijzen meer ruimte komt. Hier zijn vooral zogenoemde N=1 methoden aangewezen gebaseerd op een nauwgezette observatie en analyse van individuele herstelprocessen in plaats van statistisch methoden zoals het Randomized Controlled Trial, dat slechts uitspraken over effectiviteit mogelijk maakt op categorie-niveau⁸.

⁸ Zie echter ook Pubmed voor een uitgebreid overzicht van relevante literatuur, alsmede het Jaarboek TIG 2009, en de brochure “Complementaire geneeskunde (CAM) - Effectief, veilig en patiëntgericht” van de gezamenlijke CAM-artsen verenigingen dd juni 2008.

HOOFDSTUK 4 - BELANGRIJKE UITGANGSPUNTEN VOOR CAM-ACCREDITATIE

Hieronder worden de uitgangspunten geformuleerd die voor de opzet van een CAM-accreditatiesysteem van belang of soms zelf voorwaardelijk (lijken te) zijn, met een onderscheid naar hun overwegend inhoudelijke dan wel structurele karakter.

4.1 Inhoudelijke uitgangspunten

Betreffende de externe positionering:

1. Het doel van de accreditatie is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een hoger niveau te brengen door uniforme regels (en het toezicht daarop) voor vooropleiding, opleiding en nascholing.

NB Er is momenteel sprake van een oerwoud aan fancy titels en benamingen op het complementair geneeskundige gebied. Een zekere “sanering” lijkt hier noodzakelijk!

2. De basis van de behoefte aan accreditatie ligt in feite bij de patiënt. Om de patiënt goed te kunnen helpen, is een basis-kwaliteit van beroepsuitoefening en verzekeraarbaarheid voorwaardelijk.-(gekoppeld aan het principe van levenslang leren).

NB Het ware beter om in dit verband niet langer van de patiënt te spreken maar van de zieke, omdat iedere associatie met een voorgeschreven, inperkende rol van de zieke medemens moet worden vermeden.

3. De toetsing op de kwaliteit van CAM-opleidingen en CAM-beroepsuitoefening moet in principe gelijkwaardigheid opleveren ten opzichte van de positie van vergelijkbare doch reeds eerder geaccrediteerde (reguliere) organen of beoefenaren.

4. De lat mag in beginsel hoog worden gelegd, maar niet zo hoog dat slechts een minderheid van de (serieuzere) opleidingen of beoefenaren aan de eisen zal kunnen voldoen.

5. Er moet een duidelijke herkenbaarheid ontstaan van de serieuze en formeel geaccrediteerde beroepsverenigingen en opleidingen. Het doel is echter niet om allerlei verboden op te stellen.

Betreffende de concrete oogmerken:

6. In het algemeen zal het doel van de accreditatie zijn om de nagestreefde kwaliteit van het *product* van de opleidingen en beroepsuitoefening zichtbaar te doen zijn. De *route* waarlangs deze kwaliteit is verworven, doet in beginsel wat minder ter zake; uiteraard kunnen daarbij wel bepaalde randvoorwaarden gelden (bekwame docenten, goed beheer van geldmiddelen etc)

7. In principe gaat het ten aanzien van CAM uitsluitend om het zichtbaar maken van *basis*-kwaliteit, niet om het aantonen van excellentie.

8. Het moet steeds gaan om een *koppeling* van de kwaliteit van opleidingen c.q. opleidingsinstellingen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening (en vice versa). De opleiding op zich kan alleen een basis-geschiktheid garanderen voor het uitoefenen van het beroep van complementair geneeskundig therapeut, niet echter wat betreft de daadwerkelijke en continue kwaliteit van diens beroepsuitoefening als zodanig. Dit laatste vraagt om aanvullende en controleerbare voorwaarden.

9. Het moet gaan om een accreditatie van de feitelijke situatie, niet om wat op papier staat.

Betreffende enkele kernwaarden:

10. Accreditatie is in beginsel emanciperend: de opleiding of de beroepsbeoefenaar moet zoveel kunnen leren van de accreditatie dat hij/zij de geconstateerde tekortkomingen vrijwillig zal willen gaan opheffen. Het gaat dus niet (primair) om goed- of afkeuren, maar om kritische feedback en ondersteuning bij een continu proces van zelfverbetering

11. Accreditatie is slechts een *moment-opname*; in beginsel is sprake van “levenslang” leren, dit betreft vooral de competentie van de beroepsbeoefenaar
12. Accreditatie kent zowel een inhoudelijke als een evaluerende/beoordelende deskundigheid
13. Accreditatie dient in alle openheid plaats te vinden met een maximale transparantie qua gehanteerde criteria, gevolgde procedures, deskundigheid van de auditors, conclusies etc.
14. Rekening wordt gehouden met de individualiserende werkwijzen welke in de CAM-sector gebruikelijk zijn.
15. In principe gaat het om een officiële erkenning van “het goede”; dit vraagt ook om een officiële erkenning van de waarde van *ervaring*.
16. Met kwaliteitsborging zijn we nooit klaar, het is een dynamisch en duurzaam gebeuren.

4.2 Structurele uitgangspunten

17. De accreditatie verloopt in beginsel via één centraal instituut; dit centrale instituut, bijvoorbeeld in de vorm van een deskundige en onafhankelijke Stichting, stelt in beginsel de normen vast (minimaal HBO-niveau).
18. Dit centrale instituut moet volledig zelfstandig en onafhankelijk zijn, zij het dat zij in nauwe samenspraak functioneert met (een representatieve vertegenwoordiging van) het CAM-veld.
19. Ook moet dit accreditatiestelsel nauw afstemmen met de NVAO, en met VGZ en andere verzekeraars
20. De patiënten koepelorganisatie PPCG moet nauw bij de opzet en uitvoering worden betrokken
21. De besluitvorming is democratisch.
22. Accreditatie en de wijze waarop deze organisatorisch wordt vorm gegeven, moet in beginsel aansluiten op de reeds bestaande structuren en intenties in het CAM-veld.
23. De opzet moet zodanig flexibel zijn dat het systeem zich gemakkelijk kan aanpassen aan veranderende omstandigheden
24. Rekening moet worden gehouden met de relatief geringe draagkracht van het CAM-veld.
25. Het accreditatie-systeem mag de vrijheid van beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg niet aantasten (wet BIG)
26. De uitvoering van de accreditatie mag niet interfereren met de normale voortgang van het onderwijs- en behandelproces
27. Opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen die herhaald niet beantwoorden aan de gestelde eisen, moeten (tijdelijk) worden buitengesloten van verdere regulatie en eventuele voorrechten
28. De (opzet van) de accreditatie zal starten met goedwillende en serieuzere instellingen en verenigingen op het CAM-terrein; organisaties die op dat moment nog niet zo ver zijn krijgen de gelegenheid zich op een later moment aan te sluiten, zij het op de dan geldende voorwaarden.
29. Deelname aan de accreditatie zal (dus) in beginsel vrijwillig zijn; degenen die daaraan niet deelnemen verliezen mogelijk het recht op studiefinanciering, opname in de vergoedingslijst van zorgverzekeraars etc.
30. Samenwerking en afstemming staan voorop bij de verdere vormgeving van het accreditatieproces; er bestaat respect voor integere, reeds ontwikkelde initiatieven, groepen en personen ten aanzien van CAM.
31. In beginsel zal het op te zetten accreditatie-systeem ook gelden voor uit andere hoofde reeds BIG-geregistreerden (bijvoorbeeld artsen en fysiotherapeuten) omdat de hier beoogde accreditatie specifieke kennis en vaardigheid betreft op het gebied van de complementaire geneeswijzen. Een en ander wordt in de huidige fase van voorbereiding van de accreditatie echter nog niet actief nagestreefd.
32. Er moet ruimte blijven voor eclectische toepassingen van complementaire methoden en technieken. In principe is een geaccrediteerde CAM-beoefenaar vrij om ten behoeve van het herstelproces van de patiënt die (combinatie van) methoden toe te passen die daartoe door hem/haar bevorderlijke worden geacht. Deze toepas-

singen zijn doorgaans niet (duidelijk) onder te brengen bij een van de onderscheiden zeven CAM-hoofdstromen. Wel moet in deze gevallen worden geëist dat de CAM-beoefenaar adequaat is opgeleid wat de aanwending van deze methoden en technieken betreft, en dat de betreffende methoden/technieken als zodanig aantoonbaar valide zijn.

33. Rekening moet worden gehouden met de zakelijke belangen van opleidingsinstellingen; zij dienen zo spoedig mogelijk zekerheid te kunnen krijgen inzake de aan hen te stellen accreditatievoorwaarden. Ook dienen de serieuzere gegadigden onder hen met voorrang deel te kunnen nemen aan het voorgestelde accreditatieproces. Eventueel zou hier met een voorlopige accreditatie kunnen worden gewerkt op basis van een Zelf Evaluatie Rapport met een maximale geldigheidsduur van 2 jaren.

34. Bij de uitvoering van de accreditatie dienen monopolie-posities te worden voorkomen; controleerbaarheid (ook van de controleurs) en open competitie moeten hiervoor garant staan.

35. Alle ontwikkelingen ten aanzien van de accreditatie-structuur dienen met voortvarendheid ter hand te worden genomen, opdat zowel intern als extern zekerheid kan worden geboden over een snelle realisatie van de voorgestelde structuur.

36. Aan de betrokken partijen in het CAM-veld zal goed duidelijk moeten worden gemaakt welke de meerwaarde voor hen kan zijn om aan de accreditatie ruimhartig mee te werken. Hierbij is een onderscheid te maken tussen private en categorale voordelen. De *private* voordelen (kunnen) zijn: 1) zekerheid inzake het eigen voortbestaan als organisatie of beoefenaar, 2) voldoening inzake het erkend-zijn als gekwalificeerd(e) instituut of beoefenaar; 3) een onderscheiden positionering ten opzichte van niet-gekwalficeerden (betere “concurrentie”-positie). De *categorale* voordelen (kunnen vooral) zijn gelegen in de algehele opwaardering van het CAM-veld en haar beoefenaren, met mogelijk serieuze consequenties voor haar positionering binnen het totale veld van de gezondheidszorg.

37. In beginsel voegt de voorgestelde opzet van de CAM-accreditatie weinig of geen nieuwe structuren toe aan het bestaande veld. Het accent ligt bij een heroriëntatie en onderlinge afstemming van de belangrijkste opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen binnen de te onderscheiden specifieke Kamers (een per hoofdstroom van CAM). Door een vertegenwoordiging vanuit deze Kamers in de voor te stellen “Raad van Advies en Bijstand” kan het CAM-veld inspreken op opzet en uitvoering van de accreditatie. De daadwerkelijke uitvoering van de accreditatie zal plaatsvinden door een apart in te richten onafhankelijke bureau dat bemensd zal zijn met (bijvoorbeeld twee of drie) onafhankelijke en specifiek getrainde auditors.

38. Uiteraard is een en ander alleen realiseerbaar indien een voldoende aantal opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen achter de plannen gaat staan en daadwerkelijk meewerkt de geplande opzet daarvan.

39. Uiteindelijk oogmerk moet zijn om de (geaccrediteerde) CAM-zorg te doen integreren in het geheel van de gezondheidszorg.

40. Aangezien veel opleidingen c.q. hun organiserende instellingen alsook de beroepsverenigingen beperkt van omvang en/of financiële mogelijkheden zijn, zullen de kosten van accreditatie bescheiden moeten blijven en/of zal een zekere hergroepering noodzakelijk zijn van deze kleinere organisaties. De beslissing daartoe ligt echter bij henzelf.

41. Een probleem wordt gevormd door CAM-beoefenaren die bij geen enkele (geaccrediteerde) beroepsvereniging zijn aangesloten. Zij vallen in beginsel buiten het systeem van accreditatie zoals dat in dit rapport wordt voorgesteld. Uit een oogpunt van kwaliteitsbewaking lijkt dit op termijn een ongewenst situatie.

42. Er zal een duidelijk begeleidingsaanbod moeten worden gedaan aan opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen die *net niet* voldoen aan de vast te stellen criteria.

Dit is een wat (al te?) uitvoerig overzicht van meer en minder belangrijke uitgangspunten voor het voor te stellen systeem van accreditatie in de CAM-sector. Hierdoor beschikken we echter -voorzover daarover in het veld

consensus zou bestaan- over een set van criteria waaraan de voorgestelde nieuwe opzet als zodanig kan worden getoetst. Dus accreditatie van de accreditatie.

HOOFDSTUK 5 - DE VOORGESTELDE OPZET VAN HET ACCREDITATIESTELSEL

5.1 De algemene werkwijze

De opdracht tot het opstellen van het onderhavige advies werd omstreeks 1 februari 2012 verstrekt aan dr C.W. Aakster; het concept-eindrapport werd overeenkomstig de planning half augustus 2012 opgeleverd, de definitieve vaststelling van het rapport vond plaats op 24 september 2012.. Een actualisering vond plaats per september 2013. De Stuurgroep VACC bestond uit de volgende personen:

- * de heer Tj. Lont namens de SRBAG, voorzitter
- * de heer mr E.A. Banki namens de FONG^{x)}
- * de heer W. Smits namens de Stichting Natuurlijk Welzijn^{x)}
- * mevrouw drs A.P. Noorden, consulent^{x)}
- * dhr J. Koeze, onderwijs-adviseur van de SNW
- * mevr. Ria van der Vlist en dhr H. Twickler, namens het SRBAG-secretariaat

^{x)} de aldus gemerkte personen vormden, tezamen met dr C.W. Aakster de opvolgende Commissie OBAC., De Stuurgroep VACC kwam een tiental keren bijeen; het eindrapport kwam gaandeweg gereed; de gereed zijnde hoofdstukken werden steeds in de Stuurgroep besproken. In dit kader werden vele documenten bestudeerd, werden websites geraadpleegd, gesprekken gevoerd met en bezoeken gebracht aan personen en organisaties in het veld. De aldus verzamelde gegevens werden geordend en tot het onderhavige eindrapport verwerkt. Tevens werden twee deel-rapporten vervaardigd, getiteld “Voorstel landelijke accreditatie CAM - een voorlopige samenvatting” en “Algemeen kader voor het Medische en Psychosociale Basisonderwijs”. Beide deelrapporten werden aan een geselecteerd adressen bestand toegezonden, waarop nuttige reacties werden ontvangen. De algemene indruk is dat de geformuleerde gedachten op een duidelijke sympathie van het (benaderde deel van het) CAM-veld kunnen rekenen.

In haar vergadering van 24 september hechtte de Stuurgroep VACC haar definitieve goedkeuring aan het advies en zegde de SRBAG toe het rapport in een definitieve vorm te zullen gieten en dit op korte termijn aan partijen in het veld te doen toekomen.. De naam van het rapport werd vervolgens omgedoopt tot OBAC-rapport en de naam van de definitieve commissie tot die van Commissie OBAC”. Met nadruk wordt in dit verband gesteld dat de onderhavige tekst de *enige geldige tekst* is van het OBAC-rapport c.q. het eerder als zodanig bekend staande VACC-rapport.

5.2 De voorgestelde opzet van de accreditatie

De beoogde structuur van het CAM-accreditatie kreeg in grote lijnen reeds vrij vroeg in het advies-traject vorm en kon daardoor nog goed met vertegenwoordigers van het veld worden besproken; daaruit kwamen vele nuttige aanvullingen en correcties naar voren. Het definitieve voorstel voor de vormgeving van het CAM Accreditatie stelsel wordt hieronder kort besproken.

1. Er komt een Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM, het OBAC.

Dit Bureau moet worden gezien als een vrij kleine organisatie met bijvoorbeeld twee medewerkers en een directeur (met praktische audit-ervaring en affiniteit tot het CAM-veld).

Het Bureau heeft vooral een ondersteunende en adviserende taak ten aanzien van het accreditatie-gebeuren. Haar primaire taken zullen zijn: 1) het formeel vaststellen en toepassen van de kwaliteitscriteria en -procedures voor het CAM-veld, gehoord de RAB (zie onder), waarbij overigens de belangrijkste eis, namelijk die van het HBO-niveau reeds vast ligt), 2) het verlenen van accreditatie⁹ aan organisaties en/of personen werkzaam in het CAM-veld en het bijhouden van registers dienaangaande; 3) het toezien op het correcte verloop van het toetsings- en accreditatieproces in het CAM-veld; 4) het daadwerkelijk ondersteunen van dit proces, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van een secretaris aan een Toetsingscommissie, het beschikbaar stellen van formats, het verhelderen van criteria en normen etc. 5) het onderhouden van contacten met de Raad van Advies en Bijstand (RAB, zie hieronder), met externe instanties als NVAO, ministerie, patiëntenkoepel PPCG, verzekeraars etc.. Het OBAC voert ook zelf (steekproefsgewijs) toetsingen uit in het CAM-veld ter controle van door Toetsende Instanties uitgevoerde toetsingen.

NB Het is denkbaar dat in de praktijk met een systeem van gedelegeerde deel-accreditaties zou worden gewerkt, waarbij bijvoorbeeld de Kamers een duidelijker rol zouden krijgen. Gedacht kan worden aan een overkoepelend kader voor alle CAM-opleidingen in de medische en psychosociale basiskennis, of voor alle CAM-opleidingsinstellingen op HBO-niveau. Uiteindelijk moeten alle CAM-accreditaties echter duidelijk het OBAC-stempel krijgen.

2. Er komt een Raad van Advies en Bijstand, RAB

Dit is een representatief orgaan vanuit het CAM-veld dat bedoeld is als gesprekspartner en “controleur” van het OBAC. Deze RAB bestaat uit 14 leden, twee voor iedere te onderscheiden Kamer (zie hieronder). De RAB heeft de volgende bevoegdheden: goedkeuring van de door het OBAC opgestelde begroting en benoeming/ontslag van de directeur daarvan. Voorts adviseert zij gevraagd en ongevraagd het OBAC inzake de uitvoering van haar taken en medieert zij tussen het OBAC en de CAM-achterbannen. RAB en OBAC rapporteren -al dan niet gezamenlijk- jaarlijks aan het CAM-veld inzake de aard en voortgang van hun werkzaamheden.

⁹Deze omschrijving moet worden gelezen als “het verlenen van accreditatie-adviezen”, althans wat het opleidingsdeel betreft, gelet op de wettelijke status van de NVAO,

3. Er komen zeven Kamers

Iedere Kamer representeert een van de zeven hoofdstromen binnen CAM: antroposofische geneeskunde, energetische geneeskunde, homeopatie, manuele geneeskunde, natuurlijke geneeswijzen, oosterse geneeswijzen en complementaire psychotherapie (c.q. psychosociale behandelwijzen). In een Kamer zijn in principe alle onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen vertegenwoordigd die constructief en gemotiveerd willen bijdragen aan de accreditatie en de daartoe geschapen organisatie. Binnen een Kamer kunnen ideeën worden uitgewisseld en standpunten worden bepaald die via de RAB kunnen worden uit-onderhandeld met het OBAC of derden. De RAB zal een onafhankelijk voorzitter hebben; te zijner tijd wordt daartoe een profielschets opgesteld.

NB Een onderwijsinstelling of beroepsvereniging kan zich slechts bij één Kamer (naar eigen keuze) aansluiten.

4. Er komen Toetsende Instanties (T.I.'s)

Een Toetsende Instantie voert in het kader van het algemene CAM-Accreditatiesysteem (criteria, procedures, formats etc) toetsen uit bij onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen en brengt op basis van het daarvan door haar opgemaakte verslag een accreditatie-advies uit aan het OBAC. Voor haar toetsingen stelt de T.I. in overleg met de te toetsen onderwijsinstelling of beroepsvereniging een speciale Visitatiecommissie in die in feite de toetsing uitvoert (zie paragraaf 4 voor de verdere details). T.I.'s kunnen zijn: Koepelorganisaties, uit het reguliere bereik afkomstige toetsende organen, buitenlandse toetsende organen, of vanuit het CAM-veld ontstane bureaus. ***Alle T.I.'s moeten door het OBAC als zodanig zijn geaccrediteerd.*** Opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen zijn vrij in het kiezen van een Toetsende Instantie.

Een *koepelorganisatie* heeft in die zin een bijzondere taak dat zij in haar toelatingsbeleid van nieuwe lid-verenigingen toetst of het kandidaat-lid beantwoordt aan de door het OBAC vastgestelde normen en procedures. Ten aanzien van haar lid-organisaties voert zij een actief kwaliteit bewakend beleid, waarin de volgende elementen tot hun recht komen: een duidelijk beroepsprofiel, duidelijke toelatingsregels van hun individuele leden/praktiserende beroepsbeoefenaren, duidelijke nascholingsverplichtingen, periodieke praktijkvisitaties, periodieke patiënt-enquêtes, intervisie en duidelijke klacht- en tuchtregelingen. De Koepelorganisatie stelt zich ervoor verantwoordelijk dat haar lid-organisaties deze verplichtingen strikt naleven.

5. Er komen Visitatiecommissies

In de voorgestelde nieuwe structuur zal de feitelijke uitvoering van de toetsing gebeuren door zogenoemde Visitatiecommissies. Deze worden ingesteld door een Toetsende Instantie (of door het OBAC) in nauwe samenspraak met de te toetsen organisatie. In hun samenstelling is zowel vakinhoudelijke als audit-deskundigheid aanwezig. Bij een visitatie aan onderwijsinstellingen beklemtoont de NVAO de aanwezigheid van een student in de Visitatiecommissie. De Visitatiecommissie baseert zich op de beschikbare Zelf Evaluatie Rapporten, een ingevulde checklist en een (fysiek) bezoek aan de betreffende onderwijsinstelling of beroepsvereniging (en eventueel individuele praktijken). Zij maakt een visitatierapport op dat eerst ter amendering wordt voorgelegd aan de beoordeelde organisatie, waarna het in de vorm van een accreditatie-advies via de Toetsende Instantie die de opdracht verstrekke, naar het OBAC wordt gestuurd.

6. Er zullen zijn: Kwaliteitsystemen en Zelf Evaluatie Rapporten

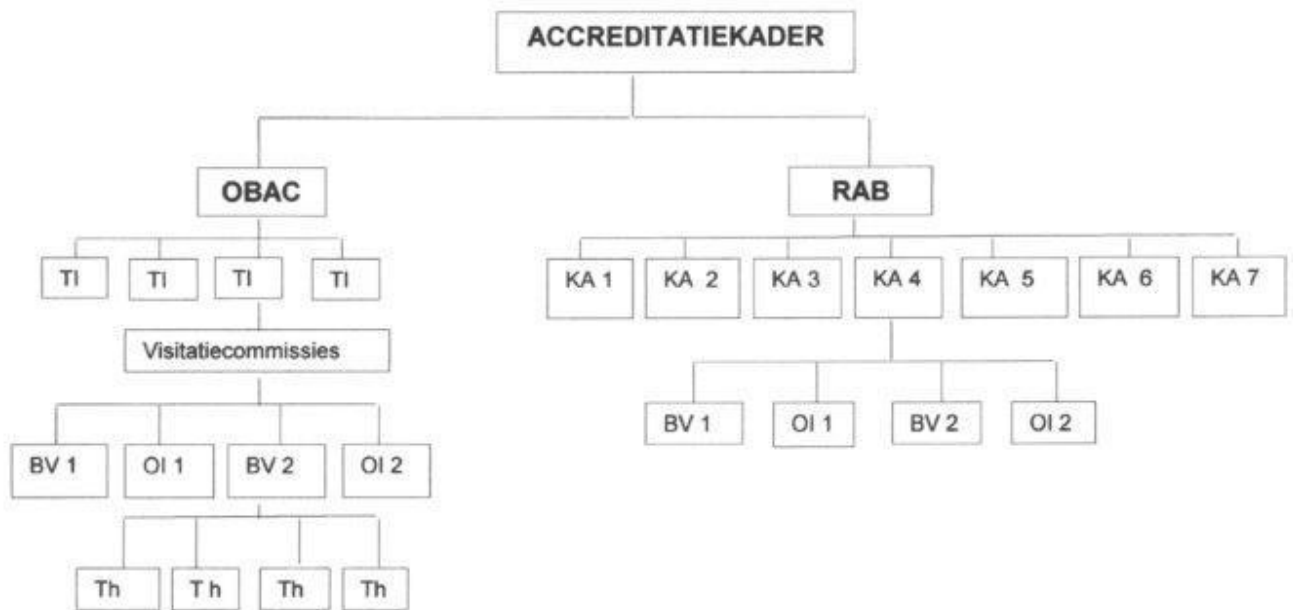
In de kader van de accreditatie wordt iedere onderwijsinstelling, beroepsvereniging en Toetsende Instantie geacht een eigen, actief functionerend kwaliteitssysteem te bezitten, omdat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit aan de basis van het systeem moet worden gelegd. Op basis van dit eigen kwaliteitssysteem brengt ieder van de genoemde organisaties jaarlijks een openbaar Zelf Evaluatie Rapport¹⁰ uit, waarvan in elk geval een exemplaar aan het OBAC ter beschikking wordt gesteld. In dit Zelf Evaluatie Rapport maakt betrokkene zichtbaar in hoeverre en met welke inzet van middelen zij haar kwaliteitsdoelen in het betreffende jaar heeft gerealiseerd. Het ZER maakt onderdeel uit van de periodieke Visitatie in het kader van de (continuering van) de accreditatie.

7. De essentie van het kwaliteitsprobleem ligt bij de *individuele beroepsbeoefenaar*.

Hij/zij kan alleen geaccrediteerd worden als hij/zij lid is van een geaccrediteerde beroepsvereniging. De beroepsvereniging ziet er op toe dat het betreffende lid voldoet aan de nascholingsvoorwaarden en overige verplichtingen van het interne kwaliteitssysteem, zoals visitaties, patiënt-enquêtes, intervisie etc. Pas als dit alles in orde is, kan het betreffende lid worden voorgedragen voor accreditatie (dit kan eventueel in collectieve zin plaatsvinden).

¹⁰ Deze benaming en procedure wordt geleend van de NVAO.

Organogram voorgestelde accreditatie structuur



Uitvoeringstraject

Adviseringstraject

OBAC : Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM

RAB : Raad van Advies en Bijstand

TI : Toetsende Instanties

KA : Kamer

BV : Beroepsvereniging

OI : Opleidingsinstelling

Th : Therapeut

5.3 Criteria en normen inzake CAM

Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen criteria en normen.

Criteria zijn kenmerkende aspecten die voor een beoordeling van belang zijn en *normen* betreffen de precieze eisen waaraan door de beoordeelde partij in dit opzicht moet worden voldaan. Een criterium is bijvoorbeeld: de therapeut dient over een toereikende kennis te beschikken op het gebied van de anatomie. De norm zou dan kunnen zijn: iedere therapeut dient tenminste 20 dagdelen onderwijs te hebben gehad inzake de menselijke anatomie door een ter zake deskundige docent.

Hieronder worden enkele concrete criteria besproken die voor de kwaliteit van het CAM-veld van belang zijn en die uit de verzamelde informatie naar voren komen.

Eerste criterium: de abiturient c.q. de beroepsbeoefenaar moet zich de algemene filosofie van de natuurlijke geneeswijzen (CAM c.q. deelgebieden daarvan) eigen hebben gemaakt, zowel qua denkwijze en inzicht/attitude als qua handelingsvaardigheid.

Tweede criterium: de abiturient c.q. beroepsbeoefenaar moet in staat zijn tot een zelfstandige (dus minimaal hbo-niveau) beroepsuitoefening op het gebied van (of een deelgebied van) de CAM-zorg. Sub-criterium: dit impliceert een adequate scholing in de medische c.q. psychosociale basisvakken, alsook onderricht in (bijvoorbeeld) “methodologie”. Verder moet de aldus verleende zorg vooral veilig zijn.

Derde criterium: de beroepsbeoefenaar functioneert binnen het kader van het beroepsprofiel van de beroepsvereniging waarbij hij/zij is aangesloten en onderwerpt zich aan het door deze beroepsvereniging vastgestelde interne kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld nascholing, periodieke visitatie en patiënt-enquête; principe van levenslang leren etc).

Vierde criterium: de opleidingsinstellingen, de beroepsvereniging en hun koepelorganisaties conformeren zich aan de doelstellingen en bepalingen van het vastgestelde gemeenschappelijke CAM-accreditatiebeleid zoals verwoord in de onderhavige versie van het rapport en in het bijzonder zoals dit nader is gespecificeerd binnen hun Kamer.

Vijfde criterium: beroepsverenigingen en daarvoor in aanmerking komende opleidingsinstellingen plegen op geformaliseerde wijze regelmatig overleg inzake de afstemming van praktijk-eisen/ervaringen en opleidingsdoelstellingen c.q. aard, omvang en zwaarte van het (betreffende) opleidingsprogramma.

Zesde criterium: alle betrokken partijen en personen werken constructief mee aan de correcte uitvoering van het accreditatiesysteem en dragen bij aan de continue evaluatie, verbetering en maatschappelijke acceptatie daarvan.

Zevende criterium: alle betrokkenen zijn onderworpen aan een deugdelijk klacht- en tuchtrecht en dienen in het bezit te zijn van een beroepsaansprakelijkheids-verzekering.

Achtste criterium: altijd moet de patiënt en het publiek in het algemeen helder worden voorgelicht over voorgaande kwaliteitscriteria en de manier waarop opleidingsinstellingen en beroepsbeoefenaren daaraan (trachten te) voldoen.

Enkele *kanttekeningen* hierbij zijn de volgende:

* De NVAO noemt verschillende mogelijkheden voor de verwerving van een adequaat niveau qua medische en/of psychosociale basiskennis. Een daarvan is de “Elders (of Extra?) Verworven Competentie” (EVC)

zolang het “eindproduct” zich maar op hbo-niveau bevindt.

* hoewel de VGZ-normen een duidelijke richting aangeven, kunnen de eisen van verzekeraars ten aanzien van CAM nogal uiteen lopen. Het kan dus zijn dat in de toekomst lichtere of zwaardere eisen worden gesteld dan die van VGZ..

* over het voeren van bepaalde beroepstitels zal nog nader overleg dienen te worden gevoerd: wanneer mag men zich een Naturopaat of Acupuncturist noemen? Hoeveel titels mag men voeren? Kan een titel ook weer worden afgenomen?

* VGZ hanteert een overgangsperiode van omstreeks 6 jaren vanaf 2011 voor degenen die op dit moment nog niet aan haar eisen voldoen. Dan moet echter wel duidelijk zijn, zo stelt zij, dat de betreffende beroepsgroep serieus bezig is om binnen die periode aan de gestelde eisen te gaan voldoen. Iets in deze geest laat zich wellicht ook regelen voor het CAM-accreditatieproces. Het moet echter ten alle tijde mogelijk zijn dat nieuwe opleidingsinstellingen of beroepsverenigingen alsnog in het systeem worden opgenomen, zij het op de dan geldende voorwaarden.

* een CAM-beroepsbeoefenaar moet niet alleen vakinhoudelijk goed zijn opgeleid, maar hij/zij moet ook zijn/haar verantwoordelijkheden kunnen nemen als werker binnen de context van de algehele gezondheidszorg, zowel in de directe omgeving als landelijk gezien.

* De HBO-opgeleide CAM-therapeut zal vaak niet geschoold zijn in het verrichten van onderzoek; hij/zij moet echter wel in staat zijn om vanuit de wetenschap aangereikte principes toe te passen, wetenschappelijk onderzoek te interpreteren, werk procedures te evalueren en deze bij te stellen, en om binnen zijn of haar beroepsgroep te werken aan professionalisering en innovatie. Het gaat hier om een denk- en werkniveau waarbij de mate van deskundigheid bij het analyseren en oplossen van problemen normaliter tot een professioneel en duurzame resultaten leidt. (FONG- document inzake hbo niveau).

* de HBO-norm betekent eenzelfde niveau als dat van de verpleegkundige, fysiotherapeut en diëtist.

In principe staan daarvoor 240 ECTS, zijnde European Credit Transfer System-punten, neerkomend op 6720 Studie Belasting Uren (SBU) voor de student. Het programma daartoe spreidt zich meestal uit over vier jaren. Bij deeltijd-opleidingen kan een verhouding worden aangehouden van 1 Docent Contact Uur (DCU) tegenover maximaal 4 Zelfstudie-Uren (ZSU).

* een manier om de kwaliteit van een bepaalde opleiding of vorm van beroepsuitoefening te beoordelen, is die van het “benchmarken”. Daardoor kan inzicht ontstaan in de relatieve positie van de betreffende opleiding/beroepsvereniging ten opzicht van vergelijkbare opleidingen/verenigingen in binnen- en buitenland.

* voor de individuele CAM-beroepsbeoefenaar is het van essentieel belang hij/zij de competentie bezit om de gezondheid van een patiënt voor zo gering mogelijke offers (lijden, tijd, geld etc) duurzaam te herstellen, voortbouwend op de in de patiënt (nog) aanwezige en mobiliseerbare zelf-herstellende en zelf-regulerende vermogens.

* *eind-kwalificaties* beschrijven datgene dat de kandidaat na het voltooien van de opleiding tenminste dient te kennen en kunnen (competenties). Het gaat om een geheel van kennis, inzicht, attitude en vaardigheden. Deze moeten aan het eind van de opleiding toetsbaar zijn. De eind-kwalificaties vormen de grondwet van de opleiding, zij dienen sturend te zijn voor het curriculum.

5.4 Enkele mogelijke implicaties

Uit het gestelde in de voorafgaande paragrafen vloeien reeds enkele (voorlopige) implicaties voort:

- * De belangrijkste daarvan is wel dat er een *CAM Accreditatie Protocol* dient te komen¹¹. Daarin worden alle bepalingen, afspraken, relevante definities, meetinstrumenten etc nauwgezet beschreven. Dit CAM Accreditatie Protocol zal -per Kamer- de basis vormen voor de afspraken tussen de deelnemende onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen inzake de wijze waarop zij in gezamenlijkheid de CAM-accreditatie verder willen uitwerken en doen uitvoeren. Dit protocol zal duidelijk een groei-document moeten zijn dat bijvoorbeeld jaarlijks wordt bijgesteld.
- * Een tweede implicatie is dat de *onafhankelijkheid* van het Accreditatie-orgaan (Onafhankelijk Bureau voor Accreditatie van CAM-organisaties, OBAC) moet zijn geborgd, maar dat tezelfdertijd de relatie moet worden geregeld tussen CAM-veld (waar de meer *inhoudelijke* deskundigheid berust) en dit OBAC. Daartoe dient een *Raad van Advies en Begeleiding* te worden ingesteld zoals reeds eerder besproken. Deze RAB telt 14 leden plus een onafhankelijk voorzitter; de veertien leden worden afgevaardigd vanuit de Kamers (per Kamer twee afgevaardigden). Deze Raad komt zo vaak bijeen als zij wenst. *Onafhankelijk* wil in dit verband zeggen dat het toetsings- en accreditatieproces inzake HBO-waardigheid op basis van objectieve criteria verloopt en los van ieder belang van beoordeelde organisaties en personen.
- * Voor het onderdeel Medische en Psychosociale Basiskennis wordt eventueel een aparte Commissie aangewezen; deze stelt de lesstof vast van een daartoe strekkend onderwijsprogramma, uitgaande van een gemeenschappelijke basis van zowel medische als-psycho-sociale vakken, met daar bovenop differentiaties per hoofdstroom van CAM. Voorts doet zij voorstellen aan het OBAC over de wijze van examineren daarvan (met de mogelijkheid van een landelijke toets).
- * Verder zal een algemeen en voor het publiek toegankelijk CAM-Register moeten worden ingesteld waarin alle geaccrediteerde opleidingsinstellingen, opleidingen, beroepsverenigingen koepelorganisaties en beroepsbeoefenaars worden vermeld. Met aparte secties per Kamer, eventueel onderverdeeld naar artsen en therapeuten. Mutaties in het ledenbestand moeten zo spoedig mogelijk doorgegeven worden aan het OBAC; het OBAC draagt ervoor zorg dat de Verzekeraars steeds over actuele lijsten beschikken van geaccrediteerde CAM-beroepsbeoefenaren.
- * alle acties in het kader van de accreditatie worden digitaal en met standaard formularia afgewikkeld, tenzij een andere werkwijze is voorgeschreven.
- * voor her-accreditatie houdt de NVAO een termijn aan van 6 jaren. Dit lijkt voor de periode na de beginfase eveneens een acceptabele termijn voor het CAMveld. In de beginfase zal de OBAC in bepaalde gevallen waarschijnlijk intensiever begeleiding moeten bieden (toetsing per 2 of 4

¹¹ De samenvatting in hoofdstuk 10 van dit advies-rapport kan daartoe reeds als een eerste aanzet worden gezien.

jaren?).

* zowel met de NVAO als met de verzekeraars en eventuele andere partijen, moeten zo mogelijk duidelijke afspraken worden gemaakt, bij voorkeur in de vorm van lang lopende overeenkomsten.

5.5 Een mogelijk tijdpad

Het tijdpad voor de realisatie van het voorgestelde accreditatieplan was/is als volgt

15 september 2013	versturen van eindtekst van het rapport
januari 2014	werkconferentie
1 maart 2014	Vorbereidingscommissie geformeerd, en aan het werk
1 juli 2014	start werkzaamheden Stichting OBAC en Raad van Advies en bijstand
1 januari 2014	OBAC-structuur operationeel
voorjaar 2016	grote evaluatie-bijeenkomst van het CAM-veld

De te ontwikkelen plannen dienen te voorzien in een overgangsfase, waarbij rekening wordt gehouden met de positie van oudere en ervaren beoefenaren, en waarbij opleidingen, beroepsorganisaties en beoefenaren de gelegenheid krijgen om zich te richten naar de nieuwe maatstaven voor kwaliteit en transparantie. Een en ander moet aan een duidelijke termijn worden gebonden, bijvoorbeeld vijf jaar na instelling van het OBAC.

De deadline van VGZ kan in dit verband haalbaar worden geacht (1 januari 2017).

5.6 Het deel-project Medische en PSychoSociale basiskennis

Dit deelproject heeft als doel een operationeel systeem aan te reiken voor het onderricht in en de toetsing van medische en psychosociale basiskennis op HBO-bachelor niveau. De beroepsopleidingen voor fysiotherapeut, verpleegkundige en diëtist zijn hierbij maatgevend. Enkele beroepsopleidingen (bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur) en enkele opleidingsinstellingen (bijvoorbeeld Saxion Next) hebben reeds programma's als genoemd ontwikkeld en ingevoerd. Het streven is erop gericht een *gemeenschappelijke* basis te omschrijven voor alle hbo CAM-beroepen met een combinatie van medische en psychosociale basiskennis, en om daar bovenop een differentiatie mogelijk te maken, bijvoorbeeld naar analogie van de eerder (par. 2.2) onderscheiden zeven hoofdstromen van CAM. Een punt van aandacht is hier het op evenwichtige wijze samenbrengen van medische c.q. psychosociale deskundigheid met de praktijk van de complementaire/alternatieve geneeswijzen. Vermeden moet daarbij worden om met dit onderwijs tevens (impliciet) het gefragmenteerde mensbeeld over te dragen dat daaraan vaak ten grondslag ligt. Tevens moet worden vermeden in dit verband reeds doelen te stellen die in feite thuis horen in de specifieke vakopleidingen, dus later in de studie aan bod moeten komen. In deze zin gaat het hier om een deelproject van het in dit rapport uitgewerkte advies voor een algemeen accreditatiesysteem voor de gehele CAM-sector.

Recentelijk zijn binnen het CAM-veld diverse initiatieven ontwikkeld om vorm te geven aan

bedoeld basisonderwijs (onder andere het zogenoemde Plato-advies). Daarbij spelen uiteenlopende visies een rol over de wijze waarop dit onderwijs nader gestalte zou moeten krijgen, uitmondend in sterk wisselende aantallen ECTS¹² die hiervoor noodzakelijk worden geacht. Deze variëren van 15 à 20 tot 80, met alle varianten daartussen. Om te voorkomen dat deze uiteenlopende opvattingen tot een afwijzend standpunt bij met name de verzekeraar zullen leiden, is door de huidige auteur een deelnota uitgebracht onder de titel “Algemeen kader voor het M/PS-BK onderwijs CAM” (Bedoeld is: Medische/Psychosociale BasisKennis). Daarin wordt de stelling verdedigd dat voor de bedoelde gemeenschappelijke basis voor alle CAM-beroepsopleidingen een minimum van 40 ECTS als norm zou moeten worden gesteld. Per specialisatie kan worden bekeken of aanvullend nog specifieke medische en/of psychosociale kennis nodig zal zijn. De eerste reacties vanuit het CAM opleidingsveld daarop wijzen in de richting van een groeiende consensus hieromtrent.

In het opgestelde kader worden de inhoudelijke vereisten voor de medische en psychosociale basiskennis (in een onderlinge verhouding van 70/30%) als volgt omschreven:

- * kunnen communiceren in het belang van de patiënt met reguliere collega's
- * beschikbaar komende regulier medische informatie kunnen betrekken in het eigen therapie plan
- * kunnen uitleggen aan de patiënt wat hem mankeert en welke mechanismen of gedragingen daarvoor verantwoordelijk kunnen zijn
- * eventuele risico's goed kunnen inschatten van de eigen behandeling voor de gezondheidstoestand van de patiënt

NB Het kunnen verlenen van EHBO aan de patiënt valt buiten de formele opleiding en zal via eigen kanalen van de student dienen te worden gerealiseerd.

Verder werd gesuggereerd aan de betrokken opleidingen om zich bij de verdere operationalisering van *de harde kern* van dit basisonderwijs te concentreren op de volgende aandachtspunten:

- * Atlas van het menselijk lichaam
- * het functioneren van de mens als totaliteit
- * ontwikkelings- en levensfasen van de mens
- * de fysiologie van de belangrijkste functie-systemen
- * de meest voorkomende ziekten en aandoeningen
- * basisbegrip van de farmacie

Het woord is verder echter aan de betrokken opleidingen. De neiging lijkt daarbij te bestaan om

¹²ECTS staat voor European Credit Point System; hierin worden op Europees niveau de studiezwaarden uitgedrukt van bijvoorbeeld HBO-opleidingen. 1 ECTS wordt gelijk gesteld aan 28 studie belasting uren voor de student. Een HBO-opleiding telt in totaal 240 ECTS.

enigszins vooruit te gaan lopen op het gereed komen van het onderhavige advies voor de totaal - structuur van de CAM-accreditatie, gezien de ervaren tijdsdruk.

In paragraaf 8.3 wordt op deze problematiek nog nader terug gekomen.

HOOFDSTUK 6 - VERKENNING INZAKE KWALITEIT

6.1 Poging tot nadere omschrijving

In het algemeen geldt dat kwaliteit moeilijk direct te meten is, immers kwaliteit is geen kwantiteit. Het gaat bij het vaststellen van 'kwaliteit' dan ook steeds om een benadering, waarbij de keuze van de juiste indicatoren - en de correcte operationalisering en meting daarvan - essentieel is.

De in hoofdstuk 8 nog nader te bespreken "Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek" schrijft in art. 1.18 over kwaliteitszorg: het instellingsbestuur ... draagt er zorg voor dat, zoveel mogelijk in samenwerking met andere instellingen, wordt voorzien in een regelmatige beoordeling, mede door onafhankelijke deskundigen, van de kwaliteit van de werkzaamheden van de instelling. De beoordeling bij instellingen voor hoger onderwijs geschiedt mede aan de hand van het oordeel van studenten over de kwaliteit van het onderwijs van de instelling. Voor zover die beoordeling geschiedt door onafhankelijke deskundigen, zijn de uitkomsten daarvan openbaar.

Tot zover onze verwijzing naar de wet. Hieruit zijn in elk geval een aantal voorwaarden voor de kwaliteitsmeting af te leiden; deze kunnen worden aangevuld vanuit andere bronnen, hetgeen leidt tot het volgende overzicht:

a. Voorwaarden aangaande het te beoordelen systeem:

- * duidelijke en toetsbare doelstelling
- * duidelijke gerichtheid op het "eindproduct"
- * een goed functionerend eigen kwaliteitssysteem
- * hoge kwaliteit van de "productie" middelen (en processen)
- * het beschikken over leer- c.q. ontwikkelingsvermogen

b. Voorwaarden aangaande het beoordelingsproces:

- * individualisering (het gaat om deze ene "producent", op dit specifieke moment)
- * gerichtheid op het gerealiseerde "eindproduct"
- * regelmaat van beoordeling
- * onafhankelijke beoordeling door deskundigen¹³

¹³ Een deskundig is iemand die zowel bekend is met de aard van de opleiding en/of beroepsuitoefening, als aantoonbaar over audit-deskundigheid beschikt opgedaan op het gebied van de gezondheidszorg en/of

--

* openbaarheid van bevindingen

* het erbij betrekken van de perceptie van de "klant"

Ten behoeve van de gerichtheid op het "eindproduct" worden de volgende vier benaderingen onderscheiden.

1. *De "benchmark-methode.* Hierbij wordt de prestatie van het ene systeem vergeleken met die van een aantal andere en wanneer het eerste systeem relatief hoog in de prestatie-rangorde staat, dan neemt men aan dat het betreffende systeem wel van een goede kwaliteit zal zijn. Een zwak punt van deze methode is dat de score niet aangeeft of deze systemen in hun totaliteit wel voldoen aan de te stellen kwaliteitseisen. Ook is hier sprake van een scorings- en vergelijkbaarheids-probleem.

2. *De conditie-methode:* De (veronderstelde) belangrijkste condities voor het leveren van een kwalitatief goede prestatie worden geconcretiseerd. Wat een onderwijssysteem betreft, kan bijvoorbeeld geëist worden dat de instelling scherpe instroomvoorwaarden stelt aan de kandidaat-studenten, dat de docenten van hoog niveau zijn, dat het studieprogramma -wat men noemt- leerbaar is etc. Is dat allemaal het geval, dan zou automatisch het resultaat in kwalitatieve zin voldoende zijn. De door de NVAO gehanteerde methodiek kan in deze categorie worden ondergebracht. Een zwak punt is hier dat niet een direct inzicht bestaat in de kwaliteit van de geleverde prestatie, maar dat men aanneemt dat deze wel voldoende zal zijn als aan alle (?) voorwaarden is voldaan. Ook de wijze waarop afzonderlijke condities met elkaar samenhangen en hoe zij gezamenlijk de kwaliteit bepalen, blijft hier doorgaans onduidelijk. Het kost bovendien veel inspanning van een systeem om aan te tonen dat zij op alle aangegeven condities voldoende scoort.

3. *De output-methode:* bij deze methode tracht de beoordelaar aan de hand van enkele kenmerkende aspecten van de geleverde prestatie (de output) in meer directe zin de kwaliteit ervan te benaderen. De kernvragen kunnen hierbij de volgende zijn (het voorbeeld betreft het beoordelen van de kwaliteit van een arts/therapeut inzake de behandeling van zijn patiënten):

- a. Is de gezondheidstoestand van de patiënt gedurende de behandelperiode in significante mate verbeterd?
- b. Kan deze verbetering in min of meer causale zin worden gerelateerd aan de geboden behandeling? (Dus zonder deze behandeling geen of aanzienlijk geringer resultaat?)
- c. Is deze verbetering opgetreden binnen een redelijk te achten termijn?
- d. Kan het effect geacht worden duurzaam te zijn?
- e. Is het resultaat bereikt met een minimum een "offers" van de zijde van de patiënt zoals geld, ongemak, lijden?
- f. Is het resultaat bereikt zonder "collateral damage"?

g. Is het resultaat op een voor beide partijen acceptabele wijze tot stand gebracht?

De aldus beoordeelde kwaliteit kan meer relief krijgen indien men zou weten dat bijvoorbeeld de patiënt al langere tijd lijdende was aan zijn kwaal en dat eerdere behandelingen niet of slechts tijdelijk hebben geholpen, dat zich in de leefsituatie van patiënt ingrijpende veranderingen hebben voorgedaan (plotseling ontslag, huwelijksconflict, overlijden vriend), dat de therapietrouw van patiënt niet optimaal was, of bijvoorbeeld dat het gangbare consult-schema niet kon worden aangehouden.

4. *De satisfactie methode.* Deze methode gaat uit van de satisfactie van de gebruiker of collega-aanbieder. Dit type beoordelingen kan echter sterk onder invloed staan van andere, minder relevante zaken.

Wellicht zijn er andere ons niet bekende methoden voor kwaliteitsmeting die (beter) geschikt zouden zijn dan de vier hier genoemde. In dit rapport wordt echter nu reeds een duidelijke voorkeur uitgesproken voor de “output-methode”. Dit vereist wel dat nadere criteria worden vastgesteld voor wat precies de (kwaliteit van de) “output” van een opleidingsinstelling of beroepsbeoefenaar zal (dienen te) zijn.

Aansluitend kunnen nog de volgende opmerkingen gemaakt worden.

* Het leveren van kwaliteit moet in principe de *verantwoordelijkheid* worden geacht van de persoon of organisatie die “het product” voortbrengt. In ons geval is het de onderwijsinstelling die het product “gekwaliceerde therapeut”(of arts) voortbrengt, of de beroepsvereniging die een “duurzaam goede beroepsbeoefenaar” voortbrengt, althans “bewaakt”. Hieruit volgt dat opleidingsinstellingen, beroepsvereniging en beroepsbeoefenaren dienen te beschikken over een goed functionerend kwaliteitssysteem (zie volgende paragraaf). Sterker nog: hun organisatie moet in alle opzichten doortrokken zijn van de ambitie om een kwalitatief hoogwaardig “product” voort te brengen. Excellentie is daarbij wat het CAM-veld betreft (nog) niet aan de orde; het gaat om een minimaal aanvaardbaar niveau van (alle) afgestudeerden voorzover het de opleidingen betreft. Een en ander moet altijd onderworpen zijn aan een onafhankelijke externe toets (accrediterende instantie, feedback van de patiënt, gebruikers-panel etc). Deze externe beoordeling moet in principe leiden tot (aanbevolen) verbetertrajecten.

* Essentieel is voorts wat de opleidingsinstelling of beroepsvereniging c.q. beroepsbeoefenaar zich ten doel stelt. *Doel* van bijvoorbeeld de *patiëntenzorg* moet, volgens de gangbare opvattingen in de CAM-sector, altijd gericht zijn op het duurzame herstel van de gezondheid van de patiënt met behulp van niet schadelijke middelen, en niet slechts op het wegnemen van de symptomen of (andere) uiterlijke ziekteverschijnselen. De benadering is hierbij individualiserend, ook het welbevinden van de patiënt wordt belangrijk geacht. Het is in het licht van deze doelstelling dat de kwaliteit van de beoefenaar moet worden beoordeeld. Aansluitend kan als belangrijkste doel van de *beroepsvereniging* worden omschreven: het faciliteren van een dergelijke vorm en kwaliteit van beroepsuitoefening.

Als *doel* van een *opleidingsinstelling* kan worden omschreven dat de abiturient niet alleen over een (breed of smal gedefinieerde) vakinhoudelijke bekwaamheid beschikt, maar tevens over interactieve vaardigheid als onderdeel van een brede therapeutische vorming. De aanstaande therapeut moet in staat zijn tot het aangaan van een hulpverleningsrelatie met de patiënt die zich kenmerkt door wederzijds vertrouwen. Dit impliceert de vaardigheid om de betrokkenheid van de patiënt te activeren, en zijn of haar “commitment” te verwerven. Een duidelijk inzicht in de processen van hulpverlening alsook de vaardigheid om deze processen te beheersen, zijn noodzakelijk. Het gaat in feite om het activeren van het zelfbewustzijn van de patiënt, het willen ingaan van

een leerproces, om de patiënt ook zelf actief te doen worden.

In dit kader moeten zowel de opleidingsinstelling als de beroepsvereniging invulling geven aan het principe van “levenslang leren”.

* Een therapeut hoeft niet in alle gevallen *zelf de volledige behandeling* uit te voeren, hij dient dan wel te beschikken over de deskundigheid om op het juiste moment op de juiste indicatie andere hulpverleners in te schakelen, of om daarna te verwijzen. De samenhang van de gehele behandeling moet daarbij wel behouden blijven.

* Er is sprake van een probleem van *breed versus smal opgeleide therapeuten*. Sommige opleidingen bieden een breed programma aan, al dan niet met differentiaties, terwijl sommige andere opleidingen uitsluitend gericht zijn op de opleiding tot een specifiek beroep. Hier wordt echter de voorkeur uitgesproken dat alle opleidingen een algemene basisvorming (propedeuse) kennen met daarbovenop het onderricht in specifieke therapeutische richtingen, de vakopleidingen. Hierbij kan worden uitgegaan van de eerder genoemde hoofdstromen binnen CAM: antroposofische geneeskunde, energetische geneeskunde, homeopathie, manuele geneeskunde, oosterse geneeswijzen (acupunctuur/TCM, Ayurveda etc), naturopathie en psychosociale behandelwijzen (elders als “complementaire psychotherapie” aangeduid). Sommige van deze hoofdstromen bestaan op zich weer uit herkenbare deelstromen of deelrichtingen.

6.2 Aan een kwaliteitssysteem te stellen eisen

Een kwaliteitssysteem van een organisatie (bijvoorbeeld onderwijsinstelling, beroepsvereniging of individuele praktijk) betreft het geheel van afspraken, procedures en structuren binnen een bepaalde organisatie die met het oogmerk zijn ontstaan/ingesteld om een goede kwaliteit van de output te kunnen realiseren en bewaken. Het gaat hier altijd om twee processen: het productieproces als zodanig, en het daarop geënte controle-proces. In dit verband produceert een dergelijke organisatie regelmatig (bij voorkeur jaarlijks) een (openbaar) Zelf Evaluatie Rapport.

NB Een vaak vergeten aspect is hierbij de *continuïteit*. Bijvoorbeeld: een student die zich bij een bepaalde instelling voor een bepaalde opleiding inschrijft, mag in principe verwachten dat de opleidingsinstelling de student garandeert dat hij/zij de opleiding ook kan voltooien, (uiteraard voorzover voldaan wordt aan de opleidingseisen). Niet dus dat de instelling halverwege failliet gaat of met de opleiding stopt en de student met lege handen staat.... (eenzelfde soort eis kan men stellen ten aanzien van de hulpverlener of de hulpverlenende instantie)

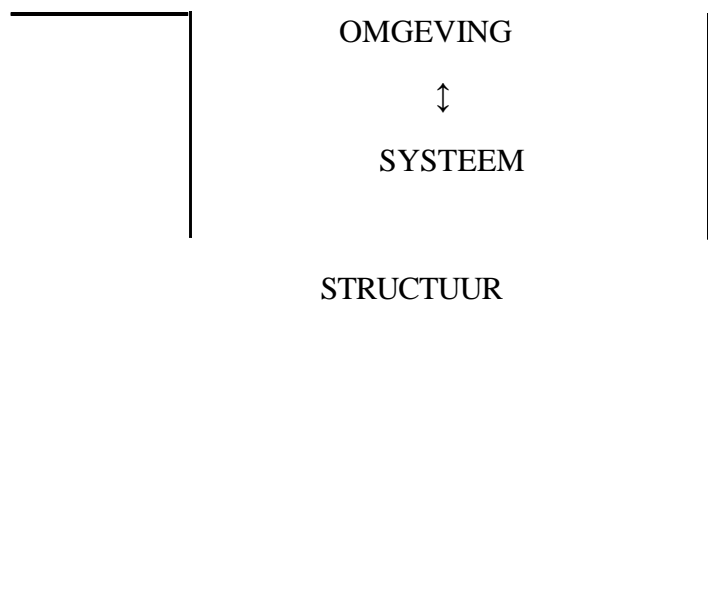
Het bewaken en bevorderen van kwaliteit is een dynamisch proces waarin het betreffende systeem -in beginsel- gaandeweg beter geëquipeerd raakt voor de realisatie van het (zelf) gekozen doel. In veel

gevallen ontbreekt het aan een wetenschappelijke basis om dit proces goed te kunnen evalueren. Het ISPOF-model kan echter in deze leemte voorzien. Dit is indertijd ontwikkeld door de Commissie Toetsing van het Nederlands Huisarts Genootschap voor het beoordelen (en gaandeweg verbeteren)

--

van de kwaliteit van het handelen van de huisarts (NHG 1979). Daarin wordt de kwaliteit van het handelen van de huisarts (diens Output O) benaderd als zijnde de resultante van de gezamenlijk werking van Input I, Structuur S, Proces P, en Feedback F. Of in meer wiskundige vorm:

$O = f(I, S, P, F)$. In minimalistische vorm kan deze opzet worden herkend in de beoordelingsopzet van de NVAO, maar daaraan zouden nog enkele verbeteringen mogelijk zijn. In schema ziet het ISPOF evaluatiemodel er als volgt uit:

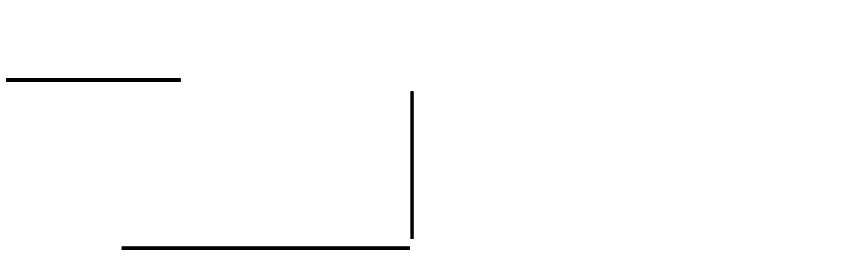


INPUT→



→ OUTPUT

FEEDBACK



--

--

In woorden en met als voorbeeld een opleidingsinstelling:

Een opleidingsinstelling (het Systeem in het schema) fungeert (uiteraard) in continue wisselwerking met zijn omgeving en heeft een duidelijke doelstelling (te leveren Output). Uit de omgeving ontvangt de opleidingsinstelling continu Input (leergierige jonge mensen, instructies, geld etc) en staat het anderzijds periodiek Output af (kant en klare deskundigen in een voldoende aantal). Dankzij de Input en de aanwezigheid van een Structuur (docenten, een gebouw, leermiddelen etc) ontstaan allerlei interne processen (leerproces, communicatie, beoordelingen etc) die - in de loop van de tijd - een deel van de Input transformeren tot Output. Het Feedback-mechanisme draagt ertoe bij (zowel intern als extern) dat de input, structuur en processen etc continu kunnen worden bijgesteld opdat de doelbereiking (output) zo effectief en efficiënt mogelijk wordt gerealiseerd (in een continu veranderende omgeving, lees: maatschappij c.q. beroepsveld). In feite wordt hier gesteld: Input, Structuur, Proces en Feedback bepalen tezamen (en in onderling interactie) de Output. Is de (kwaliteit van de) Output niet goed, dan moet de oorzaak bij een of meer van de andere componenten worden gezocht.

Ieder toetsingsproces in het kader van de accreditatie moet ons inziens volgens dit ISPOF-model worden uitgevoerd, zijnde in beginsel de noodzakelijke wetenschappelijke onderbouwing van iedere claim op kwaliteit. Als zodanig betreft het hier een geschakelde reeks van cycli, of wat men noemt: een spiraliserend proces, want een instelling of beroepsbeoefenaar groeit -op basis van een regelmatige feedback vanuit de praktijk- geleidelijk toe naar een optimale kwaliteit (idealiter).

Dit *optimaliseringsaspect* is essentieel.

Werkt de accrediterende instantie vanuit dit ISPOF-model, dan zijn de logische vragen of stappen achtereenvolgens:

1. Is de geleverde prestatie minimaal gelijk aan de daaraan te stellen eisen (Output)?

Zo ja: Accreditatie!

Zo nee:

2. Heeft er misschien onvoldoende feedback inzake het resultaat plaatsgevonden of is niet adequaat gereageerd op deze feedback?

Zo nee:

3. Kwamen wellicht bepaalde processen niet op gang of verliepen deze niet goed?

Zo nee:

4. Zijn misschien bepaalde structurele voorwaarden niet vervuld?

Zo nee:

5. Was misschien de Input niet adequaat?

Zo nee:

6. Is er misschien iets veranderd in de omgeving of zijn bepaalde omgevingszaken niet juist ingeschat (bijvoorbeeld doorwerking van “de crisis”?; eigenlijk is dit ook een Input-factor)

Als al deze vragen met nee worden beantwoord, hetgeen uiterst onwaarschijnlijk moet worden geacht, dan deugt er fundamenteel iets niet aan dit systeem en dient het afgevoerd te worden van de lijst van op dat moment serieus voor accreditatie in aanmerking te nemen organisaties. Want haar falen ligt dus nergens aan....

Het toetsingsproces kan stoppen als de betreffende organisatie er overtuigend in is geslaagd te laten zien dat zij een goed eindproduct levert (en zal kunnen blijven leveren?).

Voor de beantwoording van ieder van deze vragen kunnen checklists worden toegepast, bijvoorbeeld zoals reeds in gebruik bij de NVAO (met wellicht bepaalde aanpassingen).

In geval een of meer van de vragen 2 tot en met 6 bevestigend worden beantwoord, dient de accrediterende instantie in overleg met de betreffende instelling of beroepsvereniging de precieze aard van het tekort vast te stellen (indien mogelijk) en een verbeter-traject af te spreken.

Echter: indien de te accrediteren onderwijsinstelling of beroepsvereniging kan voorzien -op grond van een goed functionerend intern kwaliteitssysteem- dat zij een van de vragen 2 tot en met 6 bevestigend zou moeten beantwoorden, dan dient zij geen accreditatie aan te vragen, maar dient zij eerst zelf naar verbeteringen te zoeken. Tenzij het zou gaan om een proef-beoordeling in het kader van het eigen kwaliteitssysteem; de toetsing heeft dan geen officieel karakter maar vormt onderdeel van het leerproces van de betreffende organisatie (aan zo'n proefbeoordeling kunnen uiteraard geen accreditatie-rechten worden ontleend). Voor laatst bedoelde doel zou men zich tot een Toetsende Instantie kunnen wenden die werkt volgens OBAC-voorwaarden.

6.3 Zes kernvragen met betrekking tot kwaliteitstoetsing

In het nu volgende gedeelte van dit hoofdstuk staan 6 vragen centraal:

1. Aan welke eisen moet een organisatie in algemene zin voldoen om een eigen kwaliteitssysteem te kunnen inrichten en uitvoeren ?
2. Hoe moet zo'n kwaliteitssysteem er ongeveer uitzien?
3. Hoe kan de gewenste output worden gedefinieerd en geoperationaliseerd?
4. Aan welke eisen moet het “productiesysteem” voldoen (Leerplan, Therapie etc)?
5. Met welke beïnvloedende factoren moet rekening worden gehouden?
6. Hoe controle en toetsbaarheid te organiseren?

Op deze 6 basale vragen ten aanzien van een kwaliteitssysteem en het toetsingsproces wordt hieronder nader ingegaan

Vraag 1. Aan welke eisen moet een organisatie in algemene zin voldoen om een eigen kwaliteitssysteem te kunnen inrichten en uitvoeren ?

De belangrijkste eis is in dit verband dat de organisatie (opleidingsinstelling of beroepsvereniging) in staat is op professionele wijze een duidelijk beleid te voeren en dat zij over een echte kwaliteitscultuur beschikt of deze weet te verwerven, inclusief een duidelijke visie op kwaliteit. In feite gaat het om een lerende organisatie die zijn zaakjes goed op orde heeft.

Een dergelijke organisatie beschikt over duidelijke doelen, liefst operationeel omschreven. Deze

doelen moeten, wat men noemt SMART geformuleerd zijn, dat wil zeggen: het doel is specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. De kwaliteitscultuur houdt in dat men zich bekommert om het bereiken van deze doelen, dat de medewerkers erachter staan en dat regelmatig wordt nagegaan of de doelen wel worden bereikt, liefst voor zo laag mogelijke offers. De organisatie moet met name daarop sturen, zorgen dat de vereiste actie wordt ondernomen en dat het niveau van de prestatie wordt bewaakt. Een klimaat van wederkerig vertrouwen en waardering is hierbij gewenst, zo niet noodzakelijk. In dit proces vervult “informatie” een belangrijke rol als smeermiddel: relevante informatie dient regelmatig te worden geproduceerd en dient op de juiste plaatsen terecht te komen. Uiteraard interacteert zo’n bedrijf actief met zijn omgeving en wisselt het daarmee regelmatig hulpbronnen uit c.q. maakt het duidelijke afspraken met zijn toeleveranciers en afnemers.

Vraag 2. Hoe moet een kwaliteitssysteem er ongeveer uitzien?

Het is een absolute voorwaarde dat een organisatie (onderwijsinstelling of beroepsvereniging etc) beschikt over een eigen kwaliteitssysteem. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt immers primair bij de organisatie zelf. Dit eigen kwaliteitssysteem kan bestaan uit één persoon, een commissie of een aparte afdeling. Steeds zal daarbij sprake moeten zijn van een organisatie-breed gedragen *kwaliteitsdocument* waarin visie, taken, bevoegdheden, procedures expliciet etc staan beschreven. Er moet daarnaast steeds een duidelijke koppeling bestaan naar een vorm van externe controle en/of begeleiding (voor dit laatste: zie vraag 3 hieronder).

Douma (2009?) geeft de volgende definitie: een kwaliteitssysteem betreft de wijze waarop en de middelen waarmee een instelling via een systematische structurele aanpak, vorm geeft aan het beheersen, sturen, borgen en verbeteren van de verschillende kwaliteitsdimensies (van het onderwijs in zijn geval). Als regel, zo stelt hij, hanteert men daarbij een ontwikkelingsperspectief, want een kwaliteitssysteem zal doorgaans eerst moeten groeien, het komt vaak slechts geleidelijk tot stand. Douma noemt hier het onderwijs maar we zouden beter kunnen spreken van het primaire productieproces c.q. de primaire doelstelling van de betreffende organisatie. De kern is daarbij steeds dat op een systematische wijze wordt gewerkt aan het handhaven en borgen van de kwaliteit van (de output van) de betreffende organisatie. Wat deze Output betreft en het tot stand komen daarvan, kan worden verwezen naar de bespreking van het ISPOF-model in de voorgaande paragraaf.

Verder is van groot belang vast te stellen welke het essentiële productiemiddel c.q. productiesysteem is. Deze is in principe nauw gekoppeld aan de doelstelling. Is de doelstelling het afleveren van bewaakte therapeuten, dan is het opleidingsprogramma het essentiële productiemiddel. Het middel dus waarmee de doelstelling bereikbaar wordt geacht. Is het doel het leveren van een goede zorg aan de patiënt, dan is de behandeling het productiemiddel; door middel van de behandeling “produceert” de hulpverlener het herstel van gezondheid in de klant. Het zal misschien niet altijd mogelijk zijn het essentiële productiesysteem duidelijk te identificeren, maar de organisatie zal in elk geval een poging moeten doen tot een duidelijke vaststelling daarvan. Want daarvan is immers het bereiken van de doelstelling afhankelijk. Een gedegen opzet van het programma of van de behandeling (de organisatie) vormen aldus de essentiële verbinding tussen doelstelling en praktijk. Het is via deze organisatie dat een systeem haar doelen bereikbaar maakt, althans tracht te maken. Aansluitende vragen zijn: deugt het productiemiddel als zodanig, dus: is het onderwijsprogramma zoals dat is opgesteld geschikt om de gewenste gekwalificeerde therapeut op te leveren c.q. leidt de voorgeschreven/toegepaste behandeling inderdaad tot (duurzaam) gezondheidsherstel bij de individuele patiënt? En de andere aansluitende vraag: werkt dit geheel (onderwijs-programma c.q. behandeling) op optimale wijze, of anders gezegd: wordt het onderwijsprogramma of de behandeling op goede wijze uitgevoerd en gefaciliteerd; is het opgestelde programma dus niet alleen effectief maar ook efficiënt? Het gaat hier dan om drie dingen:

1) welke is het essentiële “productie”middel van de organisatie

2) is dit op zich toereikend wat betreft het kunnen realiseren van het gewenste “product” en

3) wordt dit productiemiddel optimaal toegepast/uitgevoerd.

Hieromheen spelen zich allerlei processen af: de inzet van docenten, het beschikbaar zijn van voortgangsgegevens, de tevredenheid van de “klant” (student of patiënt), het beschikbaar stellen van de juiste hulpmiddelen op de juiste plaats en tijd etc.

Het is nuttig, zoals eerder reeds betoogd, de kwaliteitsbevordering en -borging op te vatten als een cyclisch proces (zie ISPOF-model). Kwaliteitsbewaking kent in principe geen einde. Steeds opnieuw zal men zich in een organisatie moeten afvragen of de doelen nog wel worden bereikt voor in beginsel zo gering mogelijke offers (geld, inzet van personeel, verlies van klanten, verbruik van hulpmiddelen etc). Het is een cyclisch proces van doen en controleren.

In dit verband is het proces van doelrealisatie op te delen in fasen, bijvoorbeeld (met betrekking tot een opleiding) de propedeuse-fase, de full-speed onderwijsfase, en de afstudeer-examenfase, resp. 1^e, 2^e, 3^e en 4^e jaar.. Door middel van terugkoppeling kan worden beoordeeld of een individuele student de stap kan maken naar de volgende fase. Voor iedere generatie van studenten start een dergelijke voortgangscontrole opnieuw. Het doel van dit type cyclische processen is dat een organisatie uiteindelijk een soort optimum bereikt wat betreft de omvang en kwaliteit van haar eindproduct in relatie tot de geïnvesteerde “offers”. Het is een manier, anders gezegd, om de opgedane ervaringen, zowel successen als missers, in te bouwen in de organisatiecultuur en het feitelijke functioneren van het systeem. Het opstellen van tussentijdse evaluatierapporten en de verspreiding daarvan en met name de discussie daarover, kan hierbij zeker behulpzaam zijn. Het hier besprokene betreft de essentie van de zelf-lerende c.q. zelf-sturende organisatie.

Enkele belangrijke voorwaarden waaraan een kwaliteitssysteem moet voldoen, zijn afrondend (zie ook Douma 2009):

1. Iets of iemand moet binnen de organisatie expliciet met de verantwoordelijkheid worden belast voor het goede functioneren van het kwaliteitssysteem, en moet daarop aanspreekbaar zijn.
2. De organisatie moet “in controle” zijn inzake het gehele kwaliteitsproces, inclusief zijn eindproducten. Alle kwaliteitsaspecten zijn daarbij betrokken en in balans. Dit houdt in principe een garantie in wat betreft de kwaliteit van het eindproduct. Douma pleit in dit verband voor het bestuderen en controleren van PDCA-cycli (Plan, Do, Check en Act).
3. De benodigde hulpmiddelen dienen optimaal ter beschikking te staan. Te denken valt aan het beschikbaar zijn van de juiste informatie op het juiste moment en aan het kunnen beschikken over voldoende menskracht.
4. De eisen en uitvoering daarvan in het kader van een kwaliteitssysteem mogen niet, althans niet in significante mate, interfereren met het primaire proces. Bijvoorbeeld: in een onderwijsinstelling moet tijdens de specifieke toetsing op kwaliteit het onderwijsproces als zodanig normaal doorgang kunnen vinden. Ditzelfde geldt ten aanzien van de behandeling van een patiënt.
5. Het systeem dient voldoende flexibel qua cultuur en organisatie te zijn om te kunnen reageren op veranderende omstandigheden.

Vraag 3. Hoe kan de gewenste output worden gedefinieerd en geoperationaliseerd?

Dit is vooral een kwestie van inhoud en hoeveelheid.

Wat de inhoud betreft is een vooraf bepaald bekwaamheidsniveau noodzakelijk. Aangezien zo'n bekwaamheidsniveau doorgaans uit meerdere dimensies bestaat, zal de opleidingsinstelling (om ons daarop even te concentreren) op al deze dimensies de vereiste competenties c.q. eindtermen in operationele zin dienen te hebben omschreven. Dit opleidingsprofiel moet uiteraard corresponderen met het beroepsprofiel zoals de betreffende beroepsvereniging dit heeft geformuleerd. Er moet vervolgens getoetst worden, aan het einde van de formele opleiding, of de kandidaat dit niveau daadwerkelijk

heeft bereikt. Enerzijds kan dit plaats vinden aan de hand van geleverde prestaties wat betreft werkstukken, afstudeerscriptie, stage(beoordeling), examenresultaten etc (inclusief de inbreng van ge-committeerden). Anderzijds is in feite de beste toets erin gelegen of de kandidaat in staat is de problemen waarvoor hij competenties heeft verworven daadwerkelijk kan (helpen) oplossen. Bijvoorbeeld door de kandidaat een papieren patiënt voor te leggen, hem/haar een gesimuleerd patiëntprobleem via de computer aan te bieden of in de vorm van een rollenspel, of een fysiek aanwezige patiënt daadwerkelijk te behandelen. Een en ander uiteraard onder toezicht van deskundigen in het betreffende beroepsveld, en garanties voor de veiligheid en gezondheid van de betreffende patiënt. Opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen zullen zich moeten inspannen om de wenselijk geachte vakinhoudelijke competenties operationeel en toetsbaar te definiëren.

Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat de accentuering van het *eind*product inhoudt dat men minder streng let op de weg waarlangs dit eindproduct werd bereikt. De NVAO denkt hier duidelijk aan (vierjarige) dagopleidingen voor jong-studerenden, maar in de hedendaagse visie is ook ruimte voor samengestelde pakketten (met bijvoorbeeld buitenlandse input), afstand leren, erkenning elders verworven competenties (EVC) etcetera. Deze visie op (hoger beroeps)onderwijs is met name relevant voor het volwassenen onderwijs zoals dat doorgaans vorm krijgt binnen de CAM-sector.

Er is echter ook nog een extern aspect aan het hier bedoelde kwaliteitsniveau. Dit betreft het niveau van de *feitelijke* beroepsuitoefening door afgestudeerden. Bijvoorbeeld werpt Douma (2009) de vraag op hoeveel afgestudeerden daadwerkelijk (binnen een bepaalde termijn) werkzaam blijken te zijn in het betrokken zorgveld c.q. hoeveel afgestudeerden worden toegelaten tot erkende beroepsverenigingen. Aanvullend zou de eis kunnen worden gesteld dat bijvoorbeeld twee-jaarlijks bij een steekproef, zowel bij de beoefenaar als bij een (representatief) deel van hun patiënten, navraag wordt gedaan inzake de tevredenheid over het functioneren en over de bereikte resultaten van de betreffende abiturienten.. Uiteraard moeten deze resultaten worden teruggekoppeld naar de opleidingsinstelling(en). Wat de omvangsproblematiek betreft, moet sprake zijn van een voldoende aantal opgeleide therapeuten om te kunnen voorzien in de vervangingsbehoefte van het betreffend beroepsveld. Anderzijds zal doorgaans een minimum aantal cursisten (en hun afstudeer-rendement) nodig zijn om continuïteit van de instelling en het opleidingsproces te kunnen garanderen of om te kunnen spreken van een voldoende efficiënte organisatie etc. Bij het omvangaspect moet ook de vraag worden betrokken naar het percentage van de in een bepaald studiejaar ingeschreven studenten, dat aan het einde van de opleidingsduur (inclusief een of twee herkansingen) uiteindelijk het diploma heeft ontvangen. Tot zover onze opmerkingen over de output-meting. Hierbij is de bespreking van de output van de beroepsvereniging bewust (nog) niet aan de orde gesteld. In beginsel betreft het hier het in het eigen register (ledenbestand) van de beroepsvereniging (en/of koepel) opnemen en behouden (dus bewakings- en bevorderingstaak) van adequaat functionerende hulpverleners op het vakgebied zoals omschreven in het eigen beroepsprofiel.

Vraag 4. Aan welke eisen moet het “essentiële productiemiddel” voldoen?

Wat betreft de beroepsuitoefening, met name het behandelen van patiënten, moet het uiteraard vooral gaan om het realiseren van (zelf)herstel in de patiënt; dit vraagt een bepaalde kundigheid van de behandelaar; deze gaat met de patiënt een (interactief) behandelproces aan waaruit genezing zou moeten resulteren. In principe produceert de uitvoering van het behandelplan (essentieel productiemiddel) deze genezing. Op een andere plaats wordt dit nader uitgewerkt.

Concentreren we ons vervolgens op het opleidingsprogramma (essentieel productiemiddel van een opleiding) van een bepaalde onderwijsinstelling, dan zijn daaraan de volgende eisen te stellen¹⁴.

¹⁴1) Het opleidingsprogramma staat centraal bij de kwaliteit-zelfregulatie, er worden door Douma (2009) enkele schema's aangereikt, pagina 162 en volgende van zijn boek

1. Duidelijke formulering van eindtermen of eind-competenties (inclusief die inzake medische en psychosociale basiskennis)
 2. Een naar vakken, uren, lesstof etc uitgeschreven onderwijsprogramma
 3. Een helder examenreglement
 4. Voldoende en bekwame docenten
 5. Aanwezigheid van een student volgsysteem
 6. Goed bereikbare lokatie, met adequate voorzieningen
 7. Een helder beleidsplan
 8. Een medezeggenschapsreglement.
 9. Een geïnstitutionaliseerde vorm van externe controle
 10. Het verkrijgbaar zijn van een (actuele) studiegids
- Duidelijk moet ook worden uitgewerkt of en hoe wordt voorzien in een adequaat niveau van medische en/of psychosociale basiskennis.

Vraag 5. Met welke beïnvloedende factoren moet rekening worden gehouden?

Hier kan met name worden terug gegrepen op het in de voorgaande paragraaf gepresenteerde ISPOF-schema, waarin de Output O wordt bepaald geacht door de gezamenlijke werking van de Inputfactoren I, de Structuurvoorwaarden S, de processen P en de feedback F. Afgaande op de mededelingen van Douma (2009) maakt de NVAO niet een dergelijk duidelijk onderscheid, met name missen wij daarin het onderscheid tussen Input en Structuurfactoren. Input is echter datgene dat door het systeem stroomt en getransformeerd wordt, Structuur duidt meer op de aanwezigheid in het systeem van bepaalde standaard-voorwaarden. Een en ander wordt hieronder in het kort besproken. De NVAO zou als kwaliteitsdimensies onderscheiden: de kwaliteit van de opleidingseisen (O), de kwaliteit van de interne organisatie (S), de kwaliteit van het onderwijs proces (P), en de relationele kwaliteit (S).

Als Structuur-aspecten worden door Douma genoemd (Input-factoren worden door hem niet als zodanig vermeld) : alle middelen die door een instelling worden ingezet om de student op het vereiste niveau te laten afstuderen, zoals (de kwaliteit van) het personeel, het materiaal, het onderwijsconcept en onderwijsprogramma, en de resultaten (dit laatste is echter een output-gegeven). Voorts noemt deze auteur hier de studielast, maar dit is meer een proces-factor, geproduceerd door de verhouding tussen onderwijsprogramma en de draagkracht van de student(en). Andere omschrijvingen van structuur-factoren zijn hier: goede docenten (vakinhoudelijke kennis, didactische vaardigheden, voorbeeldfunctie, gedrevenheid), de rol van de stakeholders (belanghebbenden)

Als procesfactoren worden genoemd: het rondsturen van informatie bijvoorbeeld inzake roostering, teruggekoppelde ervaringen etc, alsook om administratieve processen (inschrijvingen in register etc), klacht afhandeling en ondersteuning. Het gaat, kortom, om het beschikbaar stellen van alle informatie die het management nodig heeft om de organisatie, de processen en activiteiten goed in beeld te brengen. Ook kunnen worden genoemd processen van inspireren, mobiliseren, waarden en reflecteren etc.

Tot slot worden nog feedback-factoren genoemd: wensen en belangen van patiënten (zie hiertoe de zogenoemde LOPAG- criteria!)¹⁵, evaluaties van beroepsbeoefenaren etc.

Vraag 6: Hoe controle en toetsbaarheid te organiseren?

¹⁵ Op te vragen bij de Stichting Gezond Leven (gezondleven@planet.nl); tevens bijlage 5.8 bij het rapport “Experimenten inzake toetsing kwaliteit alternatieve zorgverlening”, Stichting Delphi Groningen, november 1992.

De volgende drie elementen zijn essentieel voor een kwaliteitssysteem c.q. het toekennen van accreditatie: het daadwerkelijk realiseren van het vereiste niveau, volledige transparantie over de gerealiseerde output, en externe controle op het gehele proces. De claim op een hoogwaardige prestatie heeft alleen zin als deze door externe onafhankelijke en deskundige beoordelaars wordt erkend. Is eenmaal vastgesteld dat de betreffende organisatie serieus werkt aan de realisatie van een optimaal resultaat, en dat zij in dit verband volledig “in controle is” over het gehele proces en de gerealiseerde output, dan kan de externe controle “low profile” plaatsvinden (met een periodieke lichte toets).

In alle overige gevallen zal de organisatie alle fase van het toetsingsproces moeten doorlopen, te beginnen met

- 1: de opbouw c.q. het doen functioneren van een zelf-regulerend intern kwaliteitssysteem,
- 2: de (operationele) definiëring van de te realiseren output
- 3: de regelmatige vaststelling van eventuele discrepanties tussen gewenste en gerealiseerde output, inclusief een analyse van de daarvoor verantwoordelijk te achten factoren
- 4: het eventueel inzetten van een intern verbetertraject, gevolgd door
- 5: een externe beoordeling van de gerealiseerde prestatie in het licht van de zelf gedefinieerde output, en een eventueel daaruit voortvloeiend extern geïnduceerd verbetertraject plus de evaluatie daarvan binnen een bepaalde termijn.

De punten 1 t/m 4 dienen in het Zelf Evaluatie Rapport te worden gerapporteerd.

Zolang deze cyclus niet naar bevrediging is voltooid, zal er geen accreditatie kunnen worden afgegeven door het daarmee belaste orgaan.

6.4 De “Stakeholders”

Deze kunnen zijn beroepsverenigingen, de eigenaren van een instelling, de docenten, de studenten, de verzekeraars, de patiënten et cetera, dus alle groepringen met een direct belang bij de opleidingsprestatie c.q. behandelresultaat. Stakeholders vertegenwoordigen doorgaans uiteenlopende belangen. De kwaliteit van onderwijs op de lange termijn verhoudt zich niet altijd tot de wens op korte termijn van de stakeholder (en omgekeerd). Een organisatie moet in het kader van haar kwaliteitsbeleid duidelijk definiëren wie zij beschouwt als haar stakeholders en hoe zij deze wenst te betrekken bij het eigen systeem. In principe bepalen de stakeholders in gezamenlijkheid het gewenste eindproduct van de opleiding.

HOOFDSTUK 7 - KWALITEITSBEOORDELING, TOELATING EN CONTROLE

7.1 Het beoordelen van kwaliteit

In deze paragraaf worden achtereenvolgens besproken: de algemene opzet van een kwaliteitssysteem, de voorwaarden die doorgaans aan kwalificatie zijn te verbinden, de te beoordelen organisaties, het definitie-niveau, de beoordelende instanties, het beoordelingsproces als zodanig en bijzondere situaties. Een belangrijk uitgangspunt is daarbij dat het CAM-veld het helemaal zelf zal moeten doen, zij het dat zij daarbij nauwgezet zal moeten letten op de criteria van de NVAO en van de Verzekeraars.

A - ALGEMENE OPZET VAN EEN KWALITEITSSYSTEEM

In de beleidsnota "keur aan kwaliteit" (Ministerie van Onderwijs 2000 o.c. in Douma 2009) worden de doelstellingen van accreditatie (van hogere beroepsopleidingen) als volgt geformuleerd.:

- * een eenduidige accreditatie beslissing met bestuurlijke consequenties
- * transparantie van de kwaliteit van het onderwijs
- * pluriformiteit van beoordelingsorganisaties
- * onafhankelijke positionering van de kwaliteitszorg hoger onderwijs
- * onafhankelijk vaststellen van kwaliteitscriteria
- * versterking internationale "benchmark" in de kwaliteitszorg
- * een duidelijke rol van de inspectie bij het toezicht op de kwaliteit van het hoger onderwijs

Deze doelstellingen leiden als vanzelf naar criteria als transparantie, onafhankelijkheid en controle/toezicht. Een en ander dient consequenties te hebben in de bestuurlijke sfeer, dat wil zeggen dat de accreditatie kan worden ontnomen c.q. opgeschort indien bepaalde opleidingsinstellingen (bij herhaling) niet blijken te voldoen aan de eisen.

Een daarop aansluitende eis is dat opleidingsinstellingen (en beroepsopleidingen) primair zelf de verantwoordelijkheid dragen voor een goede kwaliteit van opleiding of beroepsuitoefening. Anders gezegd: deze organisaties moeten beschikken over een eigen kwaliteitssysteem, met heldere criteria en zelfsturing. Daarboven in de accreditatie-piramide zijn organen/instanties nodig die toezicht uitoefenen op de betreffende instellingen en hun feitelijke prestaties. Een en ander dient een platte structuur op te leveren met een maximum aan effectiviteit bij een minimum aan bureaucratische procedures.

Een systeem van periodieke audits c.q. visitaties lijkt hierbij voor de hand te liggen, met het accent op advies en bijsturing. De gestrengheid van het toezicht kan geringer zijn naar de mate waarin de onderwijsinstelling c.q. de beroepsvereniging heeft laten zien dat zij zelf de overeengekomen kwaliteit goed bewaakt. Een nauwe afstemming tussen beroepsvereniging en onderwijsinstelling(en) lijkt daarbij een eerste vereiste.

In beginsel zal het hierbij zo moeten zijn dat opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen (of hun koepels) extern worden getoetst (OBAC criteria) en dat deze organisaties vervolgens zichzelf toetsen op individueel niveau.

Dus:

- * de opleidingsinstelling toetst of iedere afgestudeerde voldoet aan de algemene criteria voor een vakbekwame beroepsuitoefening
- * de beroepsvereniging toets of ieder individueel of toe te laten praktiserend lid voldoet aan de eisen die daaraan vanuit het algemene kwaliteitssysteem worden gesteld
- * de externe toetsings- of accreditatie-instantie toetst vervolgens of de opleidingsinstelling of de beroepsvereniging deze taak op een goede wijze uitvoert. Met als kernvraag: kan deze organisatie de

garantie afgeven voor een (minimale) kwaliteit van haar afgestudeerden c.q. praktiserende leden?

* de Toetsende Instanties worden op hun beurt getoetst (gecontroleerd) door het OBAC.

B - DE WIJZE VAN BEOORDELEN

In deze paragraaf worden de belangrijkste voorwaarden besproken die in het algemeen in acht dienen te worden genomen ten aanzien van een correcte en zinvolle levering en beoordeling van kwaliteit; de betreffende voorwaarden zijn verzameld uit uiteenlopende publicaties en raadplegingen in het veld (zie Bijlage Geraadpleegde Bronnen).

1. Eigen kwaliteitssysteem: de te beoordelen organisatie beschikt over een eigen kwaliteitssysteem, heeft een duidelijke eigen visie op kwaliteit, en produceert regelmatig “zelfevaluatie-rapporten” en de in dat kader noodzakelijk te achten informatiestromen.
2. Controleerbaarheid: de kwaliteitsprestaties van deze organisaties: zij laten zich periodiek beoordelen aan de hand van overeengekomen expliciete criteria.
3. Expliciete criteria: de beoordeling wordt gebaseerd op algemene criteria voor de betreffende categorie van onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen (OBAC-criteria); daaraan kunnen deze organisaties eigen specifieke criteria toevoegen; ook daarop worden zij dan afgerekend.
4. Differentiatie: de beoordeling houdt rekening met specifieke omstandigheden van de betrokken onderwijsinstelling/opleiding of beroepsvereniging zoals: grootte en complexiteit van de organisatie, begrotingsmiddelen, regionale accenten, afstandsonderwijs etc.
5. Accent op “product”: bij de beoordeling ligt het accent op het geleverde “product” (de Output van het ISPOF-schema, zie par. 6.2). Het gaat hierbij om de aannemelijk te maken algemene bekwaamheid van de abiturient tot het uitoefenen van een specifiek (CAM-)beroep, dan wel de aangetoonde kwaliteit van een beroepsbeoefenaar zoals met name tot uitdrukking komend in de “tevredenheid” van zijn/haar patiënten qua gezondheidsherstel en bejegening. De aanwezigheid c.q. werking van bepaalde Input-, Structuur-, Proces- dan wel Feedbackvoorwaarden kan hierbij noodzakelijk worden gevonden.
6. Efficiëntie en effectiviteit: de wijze van beoordeling dient effectief en efficiënt te zijn, dus in de praktijk haalbaar met een minimum aan belasting van de te beoordelen persoon of organisatie (geen verstoring van primaire processen), maar anderzijds met een maximum aan helderheid inzake feitelijk geleverde kwaliteit en mogelijke oorzaken van kwalitatieve tekorten.
7. Extra-institutionele verworvenheden: voor het beoordelen van de kwaliteit van het “product” dienen in beginsel naast de formele opleidingskant en/of nascholingsdeelname tevens Verworven Competenties (EVC’s) in aanmerking te worden genomen, voorzover sprake is van een (in potentie) kwalitatief verantwoorde beroepspraktijk. Dit zal zeker gelden voor oudere praktiserende leden van een accrediterbare beroepsvereniging. Er dienen dan wel nadere voorwaarden te worden geformuleerd wat betreft de “erkenning” van specifieke EVC’s.
8. Begeleiding ipv toezicht: in het algemeen zal een externe beoordeling minder een bestraffend karakter moeten hebben voor wat als slecht of onvoldoende wordt beoordeeld, maar duidelijke stimulansen dienen te bevatten voor (verdere) verbetering. Iedere externe beoordeling zal dan ook -in eerste aanleg- moeten uitmonden in aanbevelingen voor een eventueel verbetertraject.
9. Explicitering: de beoordeling dient expliciet plaats te vinden, dus met een duidelijke omschrijving van aspecten waarop gelet zal gaan worden, van de wijze waarop deze aspecten zullen worden gescoord., alsmede van de wijze waarop laatst bedoelde deel-scores zullen worden verwerkt tot een eind-oordeel in termen van onvoldoende, verbeterbaar of goed. Een en ander op basis van de (toegespitste) OBAC-criteria.
10. Deskundigheid: de beoordelende instantie c.q. beoordelingscommissie dient als geheel te beschikken over zowel inhoudelijke deskundigheid wat betreft het vakgebied van de beoordeelde organisatie c.q. beoefenaar(en), als over specifieke audit-deskundigheid. Eventuele (dis)kwalificaties worden expliciet bekend gemaakt.

11. Openheid en rechtvaardigheid: altijd zal de beoordeelde instantie of persoon recht hebben op inzage in het beoordelingsrapport en het leveren van commentaar daarop. De beoordeling geschiedt niet volgens impliciete beleidsmatige of ideologische gezichtspunten. Een beroepsmogelijkheid moet altijd open staan.

12. Niet slechts papier: de beoordeling zal dienen plaats te vinden van de feitelijke praktijk en niet van een papieren representatie daarvan. Kortom: het gaat om de aantoonbare kwaliteit van de afgestudeerde (toekomstige) beoefenaren c.q. de aangetoonde kwaliteit van de beroepsbeoefenaar.

Samenvattend: een beoordelingssysteem moet voldoen aan de volgende voorwaarden: iedere te beoordelen organisatie (opleidingsinstelling of beroepsvereniging) beschikt over een eigen kwaliteitssysteem (evaluatie-cyclus), het stelsel is extern controleerbaar, er wordt gebruik gemaakt van algemeen aanvaarde (OBAC)criteria, de beoordeling differentieert naar uiteenlopende omstandigheden van de te beoordelen organisatie, er wordt meer gelet op “product” dan op structuur/proces, de beoordelingsprocedure is effectief en efficiënt, elders verworven competenties - worden in aanmerking genomen, het gaat meer om begeleiden dan om (streng) toezicht, de te volgen procedures en toe te passen criteria zijn expliciet, de beoordelaars zijn deskundig, het gehele beoordelingsproces is open en rechtvaardig, en het gaat om een beoordeling van de actuele praktijk en niet van de papieren praktijk.

C - DE TE BEOORDELEN ORGANISATIES

De te beoordelen organisaties in het kader van een algemene CAM-accreditatie kunnen zijn:

* Onderwijsinstellingen met een of meer opleidingen op HBO-niveau voor beoefenaren van een CAM-beroep c.q. daaraan verwante beroepen. Ten behoeve van de toetsing van de aanvullende opleidingen van artsen op dit terrein, zal nog een aparte route dienen te worden uitgeschreven.

* Beroepsverenigingen van beoefenaren van een CAM-beroep die merendeels op een HBO-niveau (willen gaan) functioneren

* koepelorganisaties op een van de bovengenoemde terreinen

* reeds bestaande beoordelende of “accrediterende” organen met een doelstelling ten aanzien van het CAM-veld

D - UITEENLOPENDE TOETSINGSNIVEAUS

In paragraaf 3.6 werd reeds beschreven dat de NVAO (wat de opleidingen betreft) een vijftal routes onderscheidt die kunnen leiden tot accreditatie. Aangezien op dit moment nog geen CAM-opleidingsinstellingen werden geaccrediteerd, zou alleen route 5 van toepassing zijn, de Uitgebreide Toets Nieuwe Opleidingen (TNO)..

De belangrijkste vragen van de NVAO zijn in dit verband:

1. Wordt het opleidingsdoel adequaat geformuleerd en (aantoonbaar!) geborgd?

2. Is de instelling (aantoonbaar) “in controle” van het gehele proces? Dat wil zeggen: evalueert of corrigeert de instelling regelmatig dit resultaat, en bestaat een garantie op continuïteit?

Uitgangspunt is dat de formele opleiding een *basisniveau* realiseert voor het zelfstandig functioneren van de toekomstige CAM-therapeut. Het principe van levenslang leren houdt in dat de afgestudeerde beroepsbeoefenaar zijn/haar competenties continu op peil houdt en aanvult. Tijdens de opleiding zal daarom aan het praktische gedeelte ruime aandacht dienen te worden geschonken, bijvoorbeeld in de vorm van snuffelstages in de aanvang en een oefenstages tegen het einde van de opleiding, waarbij de eindfase impliceert dat de student met begeleiding op afstand reeds zelfstandig leert behandelen. Ook impliceert een en ander dat bij de eindbeoordeling externe deskundigen (gecommitteerden) worden ingeschakeld, dat met port-folio's wordt gewerkt, dat de examenopgaven voldoende representatief zijn voor de in Nederland (of internationaal?) op dit gebied geldende maatstaven, en voorts dat een en ander een objectieve beoordeling mogelijk maakt. Deze voorwaarden kunnen worden aangevuld met

enquêtes onder abiturienten in de praktijk, c.q. hun evaluatie van die prille praktijkervaringen. Uiteraard dient hieraan een goed onderwijsprogramma ten grondslag te liggen. Al deze suggesties zijn erop gericht inzicht te kunnen verwerven in het feitelijke niveau van de (aanstaande) CAM-beoefenaar.

In het algemeen is de opleiding slechts één van vormende elementen in het ontstaan van een vakbekwame beoefenaar. Andere elementen kunnen zijn, zeker indien sprake is van volwassenenonderwijs: elders verworven competenties (EVC's) c.q. diploma's en certificaten, aantal jaren praktijkvoering (met voldoende openstelling), objectief (bijvoorbeeld door onderzoek) aangetoonde veiligheid en effectiviteit van de eigen werkwijze, en in bepaalde gevallen extra honoreerbare activiteiten als bestuurlijke, journalistieke of wetenschappelijke op of rond het betreffende terrein. Het voorgaande laat onverlet de eis dat tegenover derden (patiënten, collega's, verzekeraars, inspecties etc) moet kunnen worden gegarandeerd dat de individuele's CAM therapeut daadwerkelijk op het vereiste niveau functioneert, en dat deze onderworpen is aan een systeem van interne en externe controle.

In dit kader is het noodzakelijk dat de beroepsvereniging regelmatig overlegt met in aanmerking komende opleidingen voor de onderlinge uitwisseling van ervaringen en wensen, c.q. het doorvertalen van beroepsprofiel naar opleidingsprofiel en omgekeerd.

In het algemeen lijkt het kwaliteitsniveau van de CAM-beoefenaar min of meer dwingend te worden bepaald (naast de eigen attitude) door:

- 1) de genoten opleiding(en)
- 2) het beroepsprofiel van zijn/haar beroepsvereniging
- 3) de toelatingscriteria en -procedures
- 4) nascholingsverplichtingen
- 5) periodieke visitaties
- 6) deelname aan intervisie-groepen
- 7) periodieke patiënt-enquêtes of -panels
- 8) een goed functionerend klacht- en tuchtrecht
- 9) een beroepsaansprakelijkheidsverzekering

De arts/therapeut moet worden geacht ook zelf bij te dragen aan zijn/haar blijvende beroepsmatige kwaliteit door het bestuderen van de vakliteratuur, het bezoeken van congressen, self-auditing systemen op zijn/haar computer etc.

In dit verband kan worden verwezen naar een tweetal rapporten van de huidige auteur,¹⁶ waarin een advies werd uitgebracht inzake de beste methoden voor het toetsen van de kwaliteit van beroepsuitoefening op het gebied van de complementaire en alternatieve geneeswijzen. Als ijkpunt golden de indertijd door het LOPAG¹⁷ geformuleerde "Criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg". De experimenten vonden plaats bij 6 geneeswijzen, 7 beroepsorganisaties, 5 toetsingsvormen, 29 therapeuten, 3 artsen en 72 patiënten. Er was niet een van de vijf onderzochte toetsingsvormen die alle 20 kwaliteitscriteria gelijktijdig kon meten,

¹⁶ "Kwaliteitsborging in de (alternatieve) gezondheidszorg" en "Experimenten inzake toetsing kwaliteit alternatieve zorgverlening" van oktober respectievelijk november 1992 gesubsidieerd door het ministerie van WVC (nu VWS). Uitgegeven door de Stichting Delphi te Groningen.

¹⁷ LOPAG staat voor Landelijk Overleg Patiëntenorganisaties Alternatieve Geneeswijzen, een koepelorganisatie van patiënten die in de jaren 1980/90 bestond en nu onder de naam Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg wordt voortgezet.

maar met een combinatie van visitatie en patiënt-enquête was in dit verband een optimale toetsituatie te bereiken. Deze uitkomst vormt voor het huidige rapport een belangrijke inspiratiebron.

E - DE BEOORDELENDE INSTANTIES

Er dient een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen Accrediterende instanties en Toetsende Instanties. Een Accrediterende instantie is een instantie die uiteindelijk een accreditatie verleent of afgeeft, zijnde een ‘bewijs van goedkeuring en bekwaamheid’. Daaraan moet uiteraard een beoordelings- of toetsingsproces vooraf gaan. De accrediterende instantie heeft dit toetsen niet (altijd) zelf uit te voeren, maar kan daarbij gebruik maken van een toetsing of beoordeling door derden, een zogenoemde Toetsende Instantie. Hierbij is sprake van een pluriformiteit van beoordelingsorganisaties (zie par. 7.1) Uiteraard moeten deze “Toetsende Instanties” wel te werk gaan volgens de richtlijnen van de (hoogste) accrediterende instantie. Beide soorten instanties worden hieronder kort besproken.

De accrediterende instantie: aanbevolen wordt dat er voor het CAM-gebied slechts één accrediterende instantie zal zijn (het eerder besproken OBAC) en dat men in alle overige gevallen van toetsende instantie zal spreken. Hiervoor zijn een aantal argumenten aan te voeren. Bijvoorbeeld dat de term “accreditatie” gereserveerd moet blijven voor de hoogste vorm van beoordeling en de afgifte van een officiële accreditatie-verklaring c.q. het bijhouden van een centraal register van geaccrediteerde organisaties en/of beoefenaren. Alleen zo kan naar het publiek en naar officiële instanties toe, een duidelijke garantie van kwaliteit worden geboden voor een geheel toepassingsgebied. Het zou in dit verband verwarrend werken als er meerdere accrediterende instanties zouden zijn op het gebied van de complementaire en alternatieve geneeswijzen. De verwarring zou met name de onduidelijkheid betreffen over wie nu wat beoordeelt, wat is de ene kwalificatie waard ten opzichte van de andere, en aldus zou men zich in de eigen voet schieten. Wil het CAM-veld daadwerkelijk tot volwassenheid komen, dan zal zij een centraal accrediterende instantie moeten instellen of erkennen. Deze kan -indien gewenst- haar werkzaamheden uitvoeren of doen superviseren via (zoals eerder reeds geopperd) zeven Kamers parallel aan de onderscheiden hoofdgebieden van CAM-zorg: antroposofische geneeskunde, energetische geneeskunde, homeopathie, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde, oosterse geneeswijzen en complementaire psychotherapie. Per hoofdgebied kan een nadere specificatie plaatsvinden van de algemene kwaliteitscriteria en -procedures. De eis van één centraal accreditatieorgaan vereist anderzijds dat het voorgestelde model de instemming geniet van zoveel mogelijk betrokkenen in het CAM-veld..

In dit rapport wordt gepleit (paragraaf 5.2) voor een centrale accreditatie-instantie voor het CAM-veld onder de naam Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM (OBAC). Dit bureau geeft zowel accreditaties af voor onderwijsinstellingen als voor beroepsverenigingen (en dus indirect voor de bij hen aangesloten individuele beroepsbeoefenaren). Met dien verstande dat in dit verband nog nadere afspraken zouden dienen te worden gemaakt met de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO). Deze organisatie is bij de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) aangewezen als enige accreditatieorganisatie voor het hogere beroepsonderwijs in Nederland. In deze zin moeten de door het OBAC afgegeven accreditaties voorlopig worden gezien als “*accreditatie-adviezen*” ervan uitgaande dat deze op een later moment door de NVAO zullen kunnen worden overgenomen.

De *Toetsende Instantie* is een instantie, organisatie, stichting of bureau dat binnen het kader van de overkoepelende accreditatie van het OBAC toetsingen uitvoert inzake de kwaliteit van onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen en (eventueel) praktiserende leden van beroeps-

verenigingen. Uitgaande van de huidige situatie op het gebied van CAM kunnen dit zijn: koepelorganisaties of specifieke bureaus die zich nu reeds met (een vorm van) “accreditatie” bezighouden. In principe kunnen hier ook reguliere of buitenlandse toetsende instanties worden ingezet. Affiniteit met het CAM-veld -en uiteraard audit-deskundigheid- zullen hier belangrijke selectie-eisen moeten zijn. Deze toetsende instanties kunnen dus niet zelf accrediteren, maar brengen een advies tot (non)accreditatie uit aan de centrale accreditatie instantie (OBAC). Als zodanig staan zij onder controle van die centrale accreditatie-organisatie en werken zij volgens haar centrale richtlijnen/criteria. Het door de toetsende instantie uit te brengen advies zal aan de centrale accreditatie instantie (OBAC) overtuigend duidelijk moeten maken dat de getoetste organisatie voldoet aan de accreditatie eisen, opdat de centrale instantie min of meer automatisch tot accreditatie kan overgaan. Dit laat onverlet het recht van het OBAC om zelf (nog) controle-toetsingen uit te voeren. Het voorgaande houdt in dat reeds bestaande toetsende of “accrediterende” instanties in het CAM-veld in de toekomst alleen als zodanig kunnen worden erkend als zij bereid zijn zich in te passen binnen de nieuwe totaalstructuur.

Als in aanmerking komende toetsende instanties werden reeds gesuggereerd: het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN), de Stichting Harmonisatie Kwaliteit Zorg (SHKZ) die beide ISO-normen hanteren. Voorts werden in een eerste schrijven door UVIT/VGZ genoemd: FONG, CPION, SNRO, NVAZ, terwijl elders nog werden genoemd SNO, SKB, NFG, SKRO, SRBAG, RBNG, KTNO, NAP, (BATC), KAB en AVAR.

F - HET BEOORDELINGSPROCES ALS ZODANIG

Het beoordelingsproces is een *proces*! Dus een fasegewijs verloop van opvattingen, activiteiten en organisatievormen die in beginsel gericht zijn op het toegroeien naar een wenselijk geachte eindsituatie. In feit is hier sprake van een cyclisch gebeuren, niet van een eenmalige alles bepalende daad of proef. In dit cyclische proces groeit de betrokken organisatie, op basis van eigen reflectie en re-organisatie alsook op basis van regelmatige feedback over het eigen functioneren en de behaalde resultaten, toe naar het gewenste of vereiste niveau van kwaliteit van haar “eindproduct” (vakbekwame beroepsbeoefenaar, c.q. effectieve hulp aan de patiënt). Dit veronderstelt de “begeleiding” door gemotiveerde, deskundige en onafhankelijke¹⁸ derden. Hieronder worden de belangrijkste fasen besproken van dit cyclische proces.

Stap 1 - de voorbereiding

Deze voorbereidingen vinden plaats binnen de te toetsen organisatie. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen grote en complexe organisaties enerzijds en kleinere, meer informele organisaties anderzijds. De grotere organisaties kunnen het zich doorgaans veroorloven er aparte kwaliteitsfunctionarissen op na te houden en het gehele beoordelingsproces vergaand te structureren. Kleinere organisaties missen vaak specifieke toetsingsdeskundigheid inzake kwaliteit en geformaliseerde toetsingsprocessen; externe toetsing vergt dan vaak het nodige improvisatie-talent van de betrokken organisatie. Gezien de huidige praktijk van het CAM-veld wordt er hier vanuit gegaan dat als regel sprake zal zijn van kleinere organisaties. Hier is betrokkenheid van de diverse partijen of stakeholders (staf, directie, studenten, patiënten) van groot belang. De vereiste inspanningen om kwaliteit aan te (doen) tonen, moeten in verhouding staan tot de mogelijkheden van de organisatie. Zeker mogen de toetsingsactiviteiten niet (ernstig) interfereren met de normale voortgang van het primaire proces (het geven

¹⁸ Onafhankelijkheid en deskundigheid impliceren dat de beoordelaars inhoudelijke kennis bezitten van het betreffende toepassingsgebied, beschikken over voldoende audit-ervaring, alsook dat zij niet betrokken zijn bij enigerlei stroming met voor-ingenomen standpunten.

van onderwijs c.q. het behandelen van patiënten). Het gaat om kwaliteitsprocessen die de betrokkenen motiveren tot een optimale inzet, dus om een kaderstellend beleid en “bottom-up”processen. Het gaat om een dynamisch systeem van kwaliteitszorg dat anticipeert op veranderende omstandigheden. Het is daarbij essentieel dat de te beoordelen organisatie een traditie heeft in het organiseren van belangrijke en wederkerige informatiestromen, bijvoorbeeld -waar het onderwijsinstellingen betreft- over de voortgang van het leerproces bij studenten, de afstudeerresultaten, de nieuwe instroom, financiële middelen etc. Dit betreft niet alleen informatie waarover betrokken partijen ten behoeve van hun eigen functioneren zouden dienen of wensen te beschikken, maar ook informatie die relevant is voor de externe toetsing.

Stap 2 - het Zelf Evaluatie Rapport

Het Zelf Evaluatie Rapport (ZER) vormt de basis voor het kwaliteitsbeleid en de toetsing daarvan; hier komt de verantwoordelijkheid van de organisatie voor de kwaliteit van het eigen handelen het meest duidelijk tot uitdrukking. Het OBAC zal daartoe, in samenspraak met een of mer van de Kamers, een gebruiksklaar format kunnen aanleveren, waarin kan worden aangesloten op het door de NVAO ontwikkelde formularium voorzover de toetsing betrekking heeft op een onderwijsinstelling-of specifieke opleiding. De organisatie betreft zoveel mogelijk van haar geledingen bij het produceren van dit Zelf Evaluatie Rapport.. Betrokkenen dienen hun antwoorden en meningen in volstrekte openheid en veiligheid te kunnen geven. Zij moeten er vanuit kunnen gaan dat hun bijdragen adequaat worden verwerkt in het ZER. Voordat het ZER definitief wordt vastgesteld dient deze intern te zijn besproken. Het doel van het ZER is in eerste aanleg een *interne*: de eigen organisatie een systematisch overzicht te verschaffen van de wijze waarop zij haar kwaliteit van functioneren en eindproduct tracht te bereiken, welke controles zij dienaangaande heeft ingebouwd en welke verbeteringsmaatregelen zij eventueel heeft genomen of zal gaan nemen. Het ZER heeft daarnaast een *externe* functie in die zin dat de beschikbare ZER's dienen te worden meegenomen bij de tweejaarlijkse Visitatie, opdat de Visitatiecommissie in staat wordt gesteld zich reeds een voorlopig oordeel te vormen over het interne kwaliteitsbeleid van de organisatie en de behaalde resultaten.

In het ZER moet een duidelijk onderscheid mogelijk zijn tussen beschrijven en beoordelen. Het beschrijvende aspect betreft een feitelijke weergave van de stand van zaken. Het beoordelende aspect betreft de vraag hoe de feitelijke situatie zich verhoudt tot de norm of doelstelling, en welke omstandigheden verantwoordelijk worden geacht voor een eventuele discrepantie daartussen. Uiteindelijk gaat het erom dat de input-, structuur-, proces- en feedback-aspecten duidelijk binnen het kwaliteitssysteem (doelen en context) van de instelling worden geplaatst, en dat daardoor de organisatie “steeds beter” wordt.

Stap 3 - de Visitatie

In navolging van de NVAO kunnen hier twee stappen worden onderscheiden: de checklist en een visitatie of audit.

Voor de *Checklist* reikt de OBAC een format aan. Voorgesteld wordt alle onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen eens in de twee jaren een dergelijke Checklist te sturen met het verzoek deze binnen een bepaalde termijn ingevuld te retourneren aan de Visitatiecommissie. Deze checklist wordt tezamen met het Zelfevaluatie rapport gecontroleerd op volledigheid en duidelijkheid. Eventueel wordt de te toetsen organisatie in de gelegenheid gesteld, eveneens binnen een bepaalde termijn, aanvullende informatie te verstrekken-

De Visitatie: wanneer de Checklist en het Zelf Evaluatie Rapport qua aangeleverde informatie zijn akkoord bevonden, stelt de Visitatiecommissie in overleg met de organisatie een tijdstip vast voor een visitatie aan de betreffende organisatie. Deze visitatie is deels bedoeld ter (steekproefsgewijze) verificatie van de Checklist, deels voor het verwerven van informatie die

alleen door observatie kan worden verkregen.

--

Beoordeling: na voltooiing van de visitatie maakt de Visitatiecommissie een concept Visitatierapport op van haar bevindingen (ZER, checklist en visitatie tezamen) en stuurt dit conceptrapport, eventueel voorzien van adviezen voor een verbetertraject, ter goedkeuring aan de beoordeelde organisatie. Deze stuurt binnen een bepaalde termijn haar akkoordverklaring of eventuele aanvullende gegevens/opmerkingen aan de Visitatiecommissie, die dit vervolgens, voorzien van haar (non)accreditatie-advies doorstuurt naar de Toetsende Instantie, dus haar opdrachtgever. Indien de toetsende instantie akkoord is met het uitgebrachte advies, stuurt zij het rapport door naar het OBAC. Het OBAC stuurt vervolgens binnen 1 maand de geadviseerde verklaring van (non)accreditatie plus de daaraan verbonden voorwaarden toe aan de getoetste organisatie (met afschrift aan de Toetsende Instantie). De Toetsende Instantie kan op expliciet te maken gronden besluiten tot een tussentijdse evaluatie (dus 1 jaar na de voorafgaande visitatie) of kan eenmalig afzien van een visitatie (zodat zij hier feitelijk eens in de vier jaar visiteert).

In het voorgaande worden dus twee trajecten onderscheiden, die van het tot stand komen van het Visitatierapport welke zich afspeelt tussen de getoetste organisatie en haar Visitatiecommissie, en het traject van de beoordeling/goedkeuring welke zich voltrekt in het traject van Toetsende Instantie tot OBAC.

Qua *samenstelling* zal in een visitatie-commissie de volgende deskundigheid aanwezig moeten zijn: inhoudelijke deskundigheid ten aanzien van het te toetsen gebied, audit-deskundigheid in algemene zin, en directe bekendheid met het OBAC en haar criteria en procedures.

In het algemeen zal de beoordeling in een sfeer van vertrouwen plaatsvinden met als gezamenlijke doelstelling de geleverde prestatie waar noodzakelijk te verbeteren.

Stap 4 - de implementatie:

Indien het Visitatierapport adviezen bevat aan de beoordeelde organisatie ten aanzien van wenselijk geachte veranderingen in output-, input-, structuur-, proces- of feedback-factoren, dan bericht deze organisatie aan de Toetsingscommissie binnen 6 maanden over de aard van de maatregelen die zij heeft getroffen ter uitvoering van bedoelde adviezen, alsmede van de verbeteringen die zij daarvan verwacht dan wel reeds heeft waargenomen.

G - ENKELE BIJZONDERE SITUATIES

Steeds bestaat de mogelijkheid dat zich ten aanzien van het beoordelingsproces bijzonder situaties voordoen, hetzij structureel vanwege de bijzondere aard van een bepaalde onderwijs- of therapievorm, hetzij door tijdelijke en/of onvoorziene omstandigheden die het evaluatieproces als zodanig beïnvloeden. In het algemeen, en bij gebleken redelijkheid, zal de toetsende instantie aanpassingen kunnen treffen in de toetsingsprocedure.

Een bijzondere situatie kan zich eveneens voordoen indien de te toetsen organisatie aantoonbaar onjuiste informatie verschaft aan de toetsende instantie, waardoor bij de laatste een te rooskleurig beeld is ontstaan aangaande de accreditatiebaarheid van de betreffende organisatie.

In deze gevallen kan het OBAC besluiten de betreffende organisatie gedurende een termijn van (bijvoorbeeld) 5 jaren uit te sluiten van het doen van een nieuw accreditatieverzoek.

Er zal verder nog moeten worden nagedacht over de mogelijkheden voor een beoordeelde organisatie of persoon c.q. groep van personen, om tegen een (non)accreditatiebesluit in beroep te gaan.

Enkele *slotopmerkingen* zijn hier nog de volgende:

* het gaat er in het voorgaande dus steeds om dat het accent van de kwaliteitsbeoordeling ligt op die van het eindproduct; van daaruit kan worden terug geredeneerd naar (inadequate) input-, structuur-proces-, of feedback-factoren.

* over het algemeen zal ook de vraag aan de orden moeten zijn of het bereikte resultaat met de geringste “offers” gepaard is gegaan, een kwestie van efficiency dus. Deze “offers” kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld de menskracht die werd ingezet, de hoeveelheid tijd die een en ander vergde, de extra kosten die werden gemaakt, eventuele onrust in het systeem etc. Hier is duidelijk een kosten-baat verhouding aan de orde.

* duurzaamheid is steeds een bindende voorwaard; tijdelijke resultaten tellen niet mee, tenzij deze het uit de weg ruimen van een concreet obstakel betreffen.

* als op een bepaald terrein therapeuten werkzaam zijn met meerdere specialisaties, kunnen zij zelf aangeven bij welke Toetsende Instantie zij zich willen laten beoordelen.

* over het algemeen gaat het er bij de beoordeling niet om of de toegepaste behandeling daadwerkelijk effectief is. Dit is de vraag naar een empirische onderbouwing van complementair geneeskundige behandelingen. Uiteraard moet deze onderbouwing op enige plaats of tijdstip wel zijn te geven, maar in het proces van kwaliteitstoetsing is primair de vraag aan de orde of de betreffende beroepsopleiding of individuele therapeut naar beste weten gebruik maakt van de op dat moment beschikbare informatie en trainingsmogelijkheden op het eigen vakgebied.

7.2 Evaluatie van huidige accreditaties en toelatingsprocedures

In de huidige paragraaf worden achtereenvolgens besproken: de momentane positie van het CAM-veld, eisen inzake de beroepsvorming op HBO-niveau, ervaringen met de NVAO, ervaringen met accreditatie in het CAM-veld, het toelatingsbeleid van beroepsverenigingen, de voorwaarden voor een goede accreditatie en enkele overige relevante aspecten.

A - KENMERKEN VAN HET CAM-VELD

Eerder (hoofdstuk 2) werden al de belangrijkste kenmerken van de complementaire/alternatieve geneeswijzen besproken. Gewezen werd op het paradigmatische verschil tussen de regulier geneeskundige en de complementair geneeskundige benadering van ziekte en behandelen. In het laatste geval gaat het om de gehele mens die bij ziekte betrokken is, niet om de ziekte als zodanig. Ook gaat het om de versterking van zelf-helende en -regulerende tendenties in de zieke in plaats van externe (vooral technologische) interventies.

Aan de ene kant moet dit onderscheid ten grondslag liggen aan iedere vorm van accreditatie,

anderzijds mag deze erkenning niet verhinderen dat ook in het CAM-veld eisen worden gesteld aan de veiligheid, werkzaamheid en kwaliteit van het medisch/therapeutisch handelen. De veiligheid en werkzaamheid van de hierbij ingezette *hulpmiddelen* (diagnostische apparatuur, preparaten etc) valt buiten het huidige accreditatiekader, maar ook hier moeten zeker strenge kwaliteitseisen worden gesteld (en gecontroleerd!) In dit kader zijn maximale transparantie en vormen van (extern) toezicht noodzakelijk. Het CAM-veld zal zich voor dit doel professioneler moeten opstellen, en zelf zorg dragen voor een algemeen aanvaard systeem van kwaliteitsbewaking. Doet het veld dit niet, dan zullen anderen dit voor haar doen (overheid, verzekeraars etc), en dat zal niet zonder meer in het voordeel zijn van het CAM-veld.

B - DE HBO-EISEN

In het algemeen wordt een geïntegreerd pakket van deel-competenties noodzakelijk geacht wat betreft het functioneren als zelfstandig beroepsbeoefenaar op een HBO-niveau. Deze deel-competenties zijn met name (FONG-website)

- * een brede professionalisering,
- * multidisciplinaire integratie
- * toepassing van wetenschappelijke inzichten
- * transfer en brede inzetbaarheid
- * creativiteit en complexiteit in handelen
- * probleemgericht werken
- * methodisch en reflectief denken en handelen
- * sociaal communicatieve bekwaamheid en
- * basis kwalificatie voor managementfuncties

Deze deel-competenties (die geïntegreerd in het handelen van de beroepsbeoefenaar tot expressie dienen te komen) gelden voor iedere afgestudeerde en beroepsbeoefenaar en zullen de basis moeten vormen van iedere kwaliteitstoets.

C - DE NVAO ACCREDITATIE

Wat betreft de accreditatie van opleidingen en opleidingsinstellingen heeft de wet (Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, WHW) de NVAO (Nederlands Vlaams Accreditatie Organisatie) aangewezen als enig bevoegd orgaan tot het accrediteren van hogere beroepsopleidingen in Nederland en Vlaanderen. Het is daarom zaak de werkwijze van de NVAO nader te beschouwen en te leren van de daarmee opgedane ervaringen. Wij baseren ons in eerste aanleg op het boek “Accreditatie, oud en nieuw” van de hand van T. Douma (2009). Dit boek beschrijft de oude situatie en de verwachte nieuwe situatie na een tussentijdse evaluatie in omstreeks 2010. De huidige situatie blijkt met name uit de publicaties op de website van de NVAO. Wat het oude stelsel betreft werden door Douma de volgende bezwaren aan- ge-

voerd: 1) sterke formalisering en institutionalisering, 2) twijfels bij de onafhankelijkheid van de beoordeling, 3) duidelijke belasting en kosten voor de instelling, 4) weinig tastbaar nut voor de opleiding. Het is echter de vraag of deze bezwaren voldoende zijn weggenomen in het nieuwe stelsel. We wenden ons daartoe tot paragraaf 6 “Uitgebreide Toets Nieuwe Opleiding (TNO)” van het document “Beoordelingskaders accreditatiestelsel hoger onderwijs” van 22 november 2011, welke het meest toepasbaar is te achten voor de eventuele toetsing van CAM-organisaties.

Gesteld wordt dat de NVAO-beoordeling tot stand komt “op basis van een discussie met “peers” over de inhoud en kwaliteit van de opleiding”. Daarbij komen zeven vragen aan de orde: 1) wat beoogt de opleiding, 2) met welk programma, 3) met welk personeel, 4) met welke voorzieningen, 5) hoe wordt de kwaliteit geborgd, 6) hoe wil de opleiding dit toetsen, en 7) zijn er voldoende financiële middelen.

De beoordeling vindt vervolgens plaats aan de hand van 15 standaarden. Deze volgen hieronder:

Beoogde eind kwalificaties

Standaard 1: de beoogde eind kwalificaties van de opleiding zijn wat betreft inhoud, niveau en oriëntatie geconcretiseerd en voldoen aan internationale eisen.

Het programma

Standaard 2: de oriëntatie van het programma waarborgt de ontwikkeling van vaardigheden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en/of de beroepspraktijk.

Standaard 3: de inhoud van het programma biedt studenten de mogelijkheid om de beoogde eind kwalificaties te bereiken.

Standaard 4: de vormgeving van het programma zet aan tot studeren en biedt studenten de mogelijkheid om de beoogde eind kwalificaties te bereiken.

Standaard 5: het programma sluit aan bij de kwalificaties van de instromende studenten.

Standaard 6: het programma is studeerbaar.

Standaard 7: de opleiding voldoet aan de wettelijke eisen met betrekking tot de omvang en de duur van het programma.

Personeel

Standaard 8: de opleiding beschikt over een doeltreffend personeelsbeleid.

Standaard 9: het personeel is gekwalificeerd voor de inhoudelijke, onderwijskundige en organisatorische realisatie van het programma.

Standaard 10: de omvang van het personeel is toereikend voor de realisatie van het programma.

Voorzieningen

Standaard 11: de huisvesting en de materiële voorzieningen zijn toereikend voor de realisatie

van het programma.

Standaard 12: de studiebegeleiding en de informatievoorziening aan studenten bevorderen de studie voortgang en sluiten aan bij de behoeften van studenten.

Kwaliteitszorg

Standaard 13: de opleiding wordt periodiek geëvalueerd, mede aan de hand van toetsbare streefdoelen.

Standaard 14: bij de interne kwaliteitszorg zijn de opleidings- en examencommissies, medewerkers, studenten, alumni en het afnemend beroepenveld van de opleiding actief betrokken.

Toetsing

Standaard 15: de opleiding beschikt over een adequaat systeem van toetsing.

Het visitatiepanel beoordeelt deze standaarden in termen van voldoende en onvoldoende. Vervolgens vat zij alle 15 deel-aspecten in een eindoordeel eveneens in termen van voldoende en onvoldoende.

Een en ander geeft aanleiding tot de volgende *kritische kanttekeningen*:

1. Wanneer wordt uitgegaan van de eis van een goede kwaliteit van zorg aan de patiënt (en dat is in dit rapport het geval) dan volgt daaruit dat de opleiding gericht moet zijn op het afleveren van -in beginsel- daartoe bekwame beroepsbeoefenaren (het zogenoemde “eindproduct” van de opleiding). In feite verwijzen alleen de NVAO- standaarden 1 (*beoogd* resultaat), 7 (wettelijk vereiste omvang en duur) en 15 (adequaat systeem van toetsing) naar dit “eindproduct”; de mate waarin dit eindproduct daadwerkelijk wordt gerealiseerd, wordt als zodanig echter niet getoetst. De overige standaarden verwijzen naar de voorwaarden die vervuld zouden moeten zijn om tot het gewenste “eindproduct” te geraken, te weten: een adequaat onderwijsprogramma (standaarden 2 t/m 7) adequate personeelsvoorziening (standaarden 8 t/m 10), adequate voorzieningen (standaarden 11 en 12), een adequate kwaliteitszorg (standaarden 13 en 14) en een adequaat toetsingssysteem in de zin van examinering etc, standaard 15).

Het valt te betreuren dat hier niet een duidelijker onderscheid is doorgevoerd tussen de beoordeling van het “eindproduct” en de beoordeling van de in dat kader noodzakelijk geachte *voorwaarden*. In feite zou het zo moeten zijn dat eerst wordt beoordeeld of het *eindproduct* voldoet aan de betreffende vereisten, en vervolgens aan welke niet vervulde voorwaarden dit eventueel moet worden toegeschreven.

Wat hier node gemist wordt, is een wetenschappelijk analysemodel zoals bijvoorbeeld het in paragraaf 6.2 beschreven ISPOF-model. Daaruit zou duidelijk kunnen worden afgeleid welke de invloed is van Input-, Structuur-, Proces- en Feedbackfactoren (ieder apart en alle tezamen) op de kwaliteit van het eindproduct (dus dat van de afstuderende toekomstige beroepsbeoefenaar). Uiteraard op voorwaarde dat hier de “Output” in operationele zin wordt gedefinieerd en gemeten. In de systematiek van de NVAO worden echter de output en de daartoe bepalende condities op één hoop gegooid met als resultaat een gemiddeld beoordelingscijfer. Aldus zou het kunnen voorkomen dat een opleidingsinstelling wordt afgewezen op bijvoorbeeld een inadequate personeelsvoorziening terwijl ze wel vakbekwame afgestudeerden aflevert. Anders

gezegd: de NVAO toetst eerder op de kwaliteit van instituten dan op die van de afgestudeerden c.q. toekomstige beroepsbeoefenaren. Hierbij kan worden opgemerkt dat de wetgever stelt (art. 5a.8 van de WHW) dat bij een aanvraag om accreditatie tevens het *gerealiseerde* eindniveau moet worden beoordeeld. Nieuwe opleidingen, zeker op “alternatief” gebied” lijken van een en ander het slachtoffer te zullen zijn.

2. Hierop sluit ons tweede kritiekpunt aan (kwam in feite al hierboven aan de orde): in de beoordelingsprocedure van de NVAO worden alle 15 standaarden in beginsel even zwaar gewogen: zij resulteren ieder apart en gezamenlijk in een dichotomie: voldoende of onvoldoende. Het moge echter duidelijk zijn dat een onderdeel als “studieprogramma” een grotere invloed heeft op het te behalen eindresultaat, dan de aanwezigheid van een doeltreffend personeelsbeleid, hoe nuttig op zich ook.

3. Anderzijds laat het systeem van discussie en beoordeling door het visitatiepanel ruimte voor subjectieve oordelen.

4. Wat ontbreekt is een mogelijkheid om een leer-mogelijkheid aan te geven, bijvoorbeeld door tussen de oordelen voldoende en onvoldoende ruimte te laten voor het oordeel “nog niet voldoende”. Het visitatiepanel zou daaraan dan adviezen kunnen verbinden om naar een volwaardige situatie toe te werken. Tot die tijd is de beoordeelde instelling uiteraard niet of slechts voorwaardelijk accreditabel.

NB In dit verband wordt opgemerkt dat de recentelijk afgewezen accreditatie-aanvraag van Saxion Next geen aanleiding vormt de boven vermelde kritische opstelling jegens de NVAO te herzien.

Al met al moet worden geconcludeerd -met alle respect- dat in deze vorm de NVAO-accreditatie niet leidt tot een adequate beoordeling van het *eindproduct* van opleidingssystemen; als zodanig kan deze methodiek daarom niet zonder meer worden aanbevolen aan het veld van de complementaire en alternatieve geneeswijzen. De behoefte in dit veld aan accreditatie komt immers voornamelijk voort uit de wens/eis (bijvoorbeeld van de zijde van de patiënt en van verzekeraars) om een duidelijk kwaliteitsniveau van *beroepsuitoefening* te kunnen garanderen en om in dat verband maximaal transparant en controleerbaar te zijn. Is het opleidings”product” c.q. de tot de beroepsuitoefening toe te laten kandidaat van een adequaat niveau, dan is het in beginsel nauwelijks relevant via welke route de kandidaat daartoe gekomen is. Alleen ingeval de vereiste kwaliteit aantoonbaar *niet* aanwezig is bij de kandidaat-afgestudeerde en/of het kandidaat-lid, is een nadere oordeelsvorming noodzakelijk aangaande de organisatorische voorwaarden zoals de NVAO deze specificeert. Zij het gestuurd door een wetenschappelijk verantwoord analysemodel.

D - CAM-ERVARINGEN MET ACCREDITATIE

Uit het voorgaande kan men niet afleiden dat in het CAM-veld geen enkele ervaring zou bestaan met “accreditatie”. Zo zou men de procedures met betrekking tot de toelating en continuatie van het lidmaatschap die door beroepsverenigingen worden toegepast, kunnen zien als een vorm van accreditatie. Dit aspect wordt nader besproken onder punt E. Ook zijn er enkele instanties op het CAM-gebied die zich momenteel reeds presenteren als “accrediterend

orgaan”. Door dhr V.Meyran is recentelijk hiernaar een klein evaluerend onderzoek uitgevoerd. De resultaten daarvan worden besproken onder punt F.

Een aantal overige ervaringen of indrukken worden aan de orde gesteld, zonder de pretentie daarmee volledig te zijn..

* Het NAP (een koepel van psychotherapeuten) zou werken met een Europese certificatie, waarbij ISO-normen worden toegepast.

* Als externe toetsende instanties werden soms het NEN, het CPION en de SKHZ ingeschakeld.

* sommige beroepsopleidingen zouden erin geslaagd zijn rechtsreeks erkenning als HBO-opleiding te verkrijgen bij bepaalde ministeries (met voorbijgaan aan de NVAO?) Het is hierbij de vraag of deze bypass ook de drie rechten oplevert die accreditatie door de NVAO lijkt te garanderen (rijksfinanciering, titel van bachelor en toegang tot studietoelage-stelsel).

* Saxion Next. Deze onderwierp zich recentelijk aan de toelatingsprocedure van de NVAO. Hoewel de toetsende instantie een positief, zelfs lovend, advies uitbracht, besliste de NVAO in tweede instantie afwijzend. Vermoed wordt dat policy-overwegingen hierin een doorslaggevende rol hebben gespeeld.

* in een studie van dhr V. Meyran, onder punt F nader te bespreken, onderscheidde hij de volgende CAM-accreditatie-organen: FONG - Federatie van Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen; SKB - Stichting Keurmerk Beroepsscholingen, SNRO (Stichting Nederlands Register voor Opleidingen in de Complementaire Gezondheidszorg), en KTNO (Stichting Kwaliteit en Toetsing Natuurgerichte Opleidingen).

E - HET TOELATINGSBELEID VAN BEROEPSVERENIGINGEN

In feite is de toelatingsprocedure van een (koepel van) beroepsvereniging(en) een vorm van accreditatie. Een probleem vormt hierbij dat de toegelaten leden van een bepaalde beroepsvereniging sterk kunnen verschillen naar hun opleidingsniveau. In dit rapport wordt uitgegaan van de eis dat -in principe- als leden van beroepsverenigingen alleen in aanmerking komen voor accreditatie, zij die opgeleid zijn in het betreffende vakgebied op minimaal HBO-niveau.

Sommigen hebben in deze een onderscheid willen aanbrengen tussen HBO- gekwalificeerde en MBO-gekwalficeerde praktiserende leden. Alleen de HBO-leden zouden daarbij voldoen aan de hoogste kwalificaties en dus in aanmerking komen voor accreditatie en registratie. Deze oplossing geeft niet in alle gevallen de gewenste duidelijkheid.. Geëist zou in elk geval moeten worden dat de betreffende beroepsvereniging een aparte toelatings- en registratieprocedure hanteert voor HBO- versus overige praktiserende leden.

In het interne toelatingsbeleid van een geaccrediteerde beroepsvereniging dient een en ander te worden uitgevoerd op basis van duidelijke (OBAC)normen, met een volledige openheid over deze normen en procedures, en externe controleerbaarheid. Voor koepelorganisaties zal van een getrapte procedure sprake kunnen zijn: eerst worden de lid-organisaties geaccrediteerd (bevoegdheid tot het doen accrediteren van “HBO-leden”), vervolgens accrediteren deze lidverenigingen zelf hun in aanmerking komende HBO-leden. Met dien verstande dat alle “accreditatie”-besluiten van deze organen niet anders zijn dan adviezen aan het OBAC om tot accre-

ditatie over te gaan. Uiteraard moeten de OBAC-criteria en procedures voor dit doel worden door-vertaald naar de laagste niveaus van organisatie. De betrokken organen kunnen hierbij (geaccrediteerde) toetsende instanties inschakelen.

Het *onderste* niveau accreditatie ligt dus in de in dit rapport voorgestelde opzet bij (het toelatingsbeleid van) de afzonderlijke beroepsvereniging. Deze moet in de eerste plaats rechtspersoonlijkheid bezitten, en een aparte Toelatingscommissie aanwijzen. Deze screent de zittende en zich nieuw meldende leden (op hun verzoek) op hun accreditbaarheid. Daarbij is een eerste eis dat de betrokken beoefenaar aantoonbaar is opgeleid op een HBO-niveau in een beroep dat door de betreffende verenging als zodanig wordt erkend blijkens het beroepsprofiel. Nader te bepalen “Erkenning van Verworven Competenties” (EVC’s) kunnen daarbij in aanmerking worden genomen. Het betrokken lid verklaart zich bereid loyaal deel te nemen aan het vigerende kwaliteitssysteem, hetwelk ten minst omvat: nascholing, periodieke visitatie, patiënt-enquêtes, intervisie en een klacht-tuchtsysteem. De vereniging stemt het eigen beroepsprofiel regelmatig af met de relevante opleidingsinstellingen (vertaling naar opleidingsprofielen). Het Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM, OBAC (hoogste niveau van accreditatie) toetst op haar beurt of de uitvoerende organen hun werk op de voorgeschreven wijze uitvoeren.

F - VOORWAARDEN VOOR ACCREDITATIE

Door dhr V. Meyran (VM) is recentelijk, zoals reeds vermeld, een kort onderzoek uitgevoerd bij een viertal organisaties die zich toeleggen op vormen van “accreditatie” in het CAM-veld (FONG, SKB, SNRO, KTNO). In het algemeen voldoen deze organisaties, volgens VM, niet aan de normen voor een professioneel toetsings- c.q. accreditatie-orgaan. De een overigens beter dan de ander. Hieronder volgt een poging de kritische bevindingen van VM om te zetten in positieve aanbevelingen voor een toetsende- c.q. accrediterende instantie.

A - De aanwezigheid van een toetsings- c.q. accreditatie protocol met de volgende kenmerken:

1. een duidelijke beschrijving van de toetsings/accreditatie-procedure (transparantie)
2. expliciete vermelding van de beoordelingscriteria
3. duidelijke fasering en tijdslijmieten van het toetsings/accreditatieproces
4. een duidelijke samenhang tussen de elementen van de toetsing/accreditatie (eigen kwaliteitssysteem van de instelling, visitatie, rol NVAO etc)
5. omschrijving van (mogelijke) consequenties van goed- of afkeuring
6. duidelijke informatie over de aard en hoogte van de kosten
7. duidelijke beschrijving van een eventuele beroepsprocedure

B - Ten aanzien van de uitvoering

1. partijen zijn bekend met het toetsings/accreditatie protocol

2. de beoordelaars (minimaal 3) zijn onafhankelijk, deskundig (zowel inhoudelijk als wat betreft audit-ervaring) en empathisch
3. er is sprake van een goede communicatie en vertrouwen tussen partijen
- 4 de accreditatie wordt systematisch en conform de richtlijnen uitgevoerd
- 5 de beoordelingscriteria worden correct toegepast
- 6 het accent ligt meer op inhoud dan op vorm
- 7 ook “zachte” gegevens worden in aanmerking genomen
- 8 de besluitvorming vindt expliciet en beargumenteerd plaats
- 9 de beoordeelde persoon/instantie wordt in de gelegenheid gesteld kennis te nemen van het concept Visitatie-rapport en om dit desgewenst te voorzien van een kort commentaar
- 10 in voorkomende gevallen wordt een passend verbeter-traject aangegeven

Indien deskundigen worden uitgenodigd om mee te werken aan de toetsing/accreditatie moeten zij over de juiste antecedenten beschikken en affiniteit hebben met het CAM-gebied. Gewaakt moet worden tegen deskundigheid-met-blinde-vlekken of voor-ingenomenheid ten aanzien van CAM. Ook mogen de beoordelaars niet door familiebanden of anderszins persoonlijk aan elkaar gebonden zijn.

--

Tot slot kan nog worden beklemtoond dat steeds sprake moet zijn van een voor betrokkenen acceptabele kosten-opbrengst verhouding van de accreditatie. Ook moet steeds het ultieme criterium in het oog worden gehouden: een goede kwaliteit van zorg aan de patiënt.

G - ENKELE OVERIGE ASPECTEN

In het voorgaande kwam onder andere ter sprake dat beroepsverenigingen en onderwijsinstellingen regelmatig afstemmend overleg met elkaar dienen te hebben, ten behoeve van - uiteindelijk - een betere kwaliteitsbewaking van de CAM-zorg. Een belangrijke rol komt hierbij toe aan het beroepsprofiel van de eersten en het opleidingsprofiel van de laatsten. Het ligt voor de hand dat opleidingsinstellingen ernaar zullen streven het beroepsprofiel van in aanmerking komende beroepsverenigingen te vertalen naar hun eigen opleidingsprofiel(en). Omgekeerd zullen opleidingsprofielen hun inzichten in onderwijskundige processen en in het realiseren van onderwijsprogramma's dienen te communiceren naar de respectievelijke beroepsverenigingen.

Een ander aspect van de kwaliteitsbewaking op therapeut-niveau betreft de noodzaak van een goede registratie van patiënt-gegevens en van het verloop van het behandel- c.q. herstelproces. Voor dit doel werden inmiddels computerprogramma's ontwikkeld¹⁹, welke het mogelijk

¹⁹ Bijvoorbeeld het zogenoemde HIPP-02 programma van het softwarebureau Shige te

maken om een procesmatige evaluatie te plegen van individuele behandelprocessen (ook denkbaar als vorm van “self-auditing”). Het beschikbaar (doen) stellen van dit type computerprogramma’s aan de praktiserende leden van de beroepsvereniging zou duidelijk kunnen bijdragen aan een goede kwaliteitsbewaking op het niveau van de individuele therapeut.

Tot slot: voor de definitieve planvorming inzake een landelijke CAM-accreditatie en de in dat kader te stellen eisen en toe te passen procedures of meetinstrumenten, zou een nadere verkenning gewenst kunnen zijn inzake de wijze waarop accreditatie in bijvoorbeeld de fysiotherapie, verpleegkunde of diëtetiek tot stand komt, maar dit valt buiten het kader van de huidige rapportage.

7.3 Toezicht en controle

Accreditatie is, in de visie van de Onderwijsinspectie, een publieke uitspraak dat sprake is van een bepaalde bodem kwaliteit; deze uitspraak is in principe gebaseerd op transparante, geaccepteerde en vooraf bepaalde standaarden of criteria. De NVAO verwijst hier naar bepaalde maatstaven waaraan is voldaan (Douma 2009). Kwaliteitsborging en toezicht/controlen zijn op een fundamentele manier aan elkaar verbonden. Weliswaar moet kwaliteit in beginsel gebaseerd zijn op een intrinsieke motivatie van de betrokken persoon of instelling, maar daaraan moet steeds een externe controle zijn verbonden die regelmatige impulsen laat uitgaan tot (verdere) verbetering. In feite is daarbij sprake van een cyclisch (ontwikkelings)proces: de huidige situatie is het uitgangspunt voor het bereiken van een volgend kwaliteitsniveau.

De primaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt desondanks bij de betrokken instellingen of personen. Daarbij moet sprake zijn van vooraf bepaalde objectieve maatstaven waaraan “het product” moet voldoen. Deze maatstaven slaan niet alleen op de aard van het “product” maar verwijzen doorgaans tevens naar kwantitatieve aspecten. Bijvoorbeeld: het aantal toe te laten studenten tot een bepaalde opleiding dient niet de capaciteit van het systeem te overtreffen, of: de duur van de studie dient duidelijk te worden begrensd qua redelijk te achten leertijd. Ander voorbeeld: een beoefenaar die op zich een goede kwaliteit van individuele patiëntenzorg levert, kan desondanks als minder goed worden aangemerkt indien hij/zij per patiënt onevenredig veel tijd nodig heeft.

Een ander punt is het toezicht. Toezicht is altijd hiërarchisch van opzet. We onderscheiden hier tussen intern en extern toezicht.

* Op het laagste organisatieniveau, dat van de individuele student, docent of patiënt ligt uiteraard een eerste verantwoordelijkheid. In het algemeen dient de student gemotiveerd te zijn tot een eigen maximale inspanning om de opleiding met goed gevolg te doorlopen. Een docent dient optimaal gemotiveerd te zijn om de student daarbij te helpen. En een patiënt dient optimaal gemotiveerd te zijn om het eigen (duurzame) herstel te (doen) realiseren. Dit individuele (klant)niveau valt doorgaans buiten het kwaliteit-bewakende systeem. Echter: soms slaagt een organisatie er niet in om de gestelde kwaliteitsdoelen te bereiken juist omdat “de klant” zelf te weinig inzet toont (en ook niet te motiveren was). Er kunnen ook andere (externe) omstandigheden zijn waardoor een organisatie haar gestelde doelen niet (of in niet in voldoende mate) realiseert. Het toezicht-systeem dient deze eventuele externe belemmerende omstandigheden in

beginsel in aanmerking te nemen.

Het onder staande beperkt zich verder tot de dienstverlenende organisatie of functionaris.

* een tweede “aggregatieniveau” is dat van de onderwijsinstelling of beroepsvereniging. Eerder in dit rapport werd betoogd dat de individuele beroepsvereniging of onderwijsinstelling over een eigen intern kwaliteitssysteem dient te beschikken dat intern bewaakt of de gestelde doelen (in voldoende mate) worden bereikt. Dit vereist dat men expliciete doelen of eindtermen heeft gedefinieerd voor de eigen organisatie (identiek aan of afgeleid van de OBAC-criteria) en dat men zelf regelmatig toetst of deze doelen werden gerealiseerd, en zo niet: waarom niet. En voorts dat deze organisatie in het laatste geval maatregelen treft om de gestelde doelen alsnog bereikbaar te maken (en dat men evalueert of dit laatste inderdaad het geval is etc).

Voor beroepsverenigingen ligt hier een extra taak omdat zij haar praktiserende leden regelmatig dient aan te spreken op hun gerealiseerde kwaliteit. Dit betreft een vorm van ingebouwde interne controle: het moet logisch zijn dat een organisatie de diensten die zij of haar leden verleent c.q. verlenen, continu bewaakt en bevordert. Bestuur en controle dienen hierbij in verschillende handen te zijn. Dus een toelatingscommissie voor nieuwe leden dient controleerbaar te zijn door bijvoorbeeld de Algemene Leden Vergadering, op basis van een periodieke verslaglegging, transparantie en steekproefsgewijze controle door of vanuit deze ALV.

* Zowel de individuele opleidingsinstelling als de individuele beroepsvereniging, dient daarnaast extern “controleerbaar” te zijn. Deze controle dient in beginsel vanuit het naastliggende hogere echelon (aggregatieniveau) plaats te vinden, bijvoorbeeld dat van de eventuele koepelorganisatie(s) die in deze dan fungeren als Toetsende Instantie. Deze controleert de correcte uitvoering van het kwaliteitssysteem door de individuele opleidingsinstelling of beroepsvereniging. Eveneens op basis van verslaglegging, transparantie en periodieke (steekproefsgewijze) visitaties.

* Indien een individuele beroepsvereniging of opleidingsinstelling niet is aangesloten bij een koepelorganisatie op het eigen terrein, dient de controle in directe zin plaats te vinden vanuit het niveau van de Kamers van het OBAC c.q. door het OBAC zelf (bij bepaalde twijfels inzake de feitelijke kwaliteit c.q. de correcte uitvoering van de toetsing/accreditatie). Ook de koepelorganisaties worden vanuit dit echelon gecontroleerd. Als regel moet hier gelden dat een beroepsvereniging of opleidingsinstelling vrij is in haar keuze van Toetsende Instantie.

* op het hoogste beoordelings/accreditatieniveau bevinden zich het OBAC en de RAB met haar zeven Kamers. Op dit niveau worden de algemene kwaliteitsnormen gedefinieerd, eventueel gedifferentieerd per Kamer c.q. hoofdgebied, worden algemene procedures vastgesteld voor toetsing en accreditatie, wordt het interne controle-systeem gedefinieerd en bewaakt, worden formats aangeboden, en worden accreditaties verstrekt. De geaccrediteerde instellingen en personen worden opgenomen in een publiekelijk toegankelijk *register*. Het OBAC voert tevens steekproefsgewijs toetsingen uit in het veld ten behoeve van een juist inzicht in het feitelijke verloop van het toetsingsproces op alle onderscheiden niveaus.

NB Zoals reeds eerder aangegeven, dragen de door het OBAC afgegeven accreditaties (voorlopig) en formeel het karakter van een advies. Een advies aan officiële organen, zoals de NVAO, om tot accreditatie over te gaan. Zolang van een bereidheid daartoe bij officiële organen geen sprake is, heeft een door het OBAC verstrekt accreditatie-advies een zelfstandige

status.

* op een overkoepelend maatschappelijk controle-niveau vinden we dan nog de Inspecties voor Gezondheidszorg en voor (hoger beroeps) Onderwijs. Met deze instanties wordt (door het OBAC) zo mogelijk regelmatig overleg gepleegd over de algemene criteria en haar afleidingen, alsook over de interne procedures voor kwaliteitsbewaking en de resultaten daarvan. In beginsel komt beide Inspecties een inspectie-recht toe tot op het laagste aggregatieniveau zoals hierboven onderscheiden. Zolang aan deze inspecties niet is verbonden dat de geaccrediteerde organisaties/personen worden beloond met voor de reguliere sector gangbare vormen van erkenning en ondersteuning, hebben de eventuele inspectierapporten de status van een advies aan het OBAC, tenzij wettelijk anders is bepaald.

Tot slot van dit korte overzicht volgen nog de belangrijkste criteria voor inspectie/toezicht als zodanig.

1. De toetsing/controle vindt plaats met in aanmerking nemen van de vooraf bepaalde OBAC-criteria.
2. Controle en toezicht hebben in principe een stimulerende en begeleidende functie, met ruime aandacht voor verbetering.
3. De bij de controle/toezicht betrokken personen zijn deskundig en onafhankelijk.
4. Controle/toezicht zal direct, intensief, frequent en veelomvattend zijn in relatie tot de geconstateerde of vermoede problematiek.
5. Controle en toezicht hebben een dynamisch karakter, er wordt rekening gehouden met normale “productie”-processen en specifieke omstandigheden van de beoordeelde organisatie(s) of functionarissen.
6. De administratieve, organisatorische en financiële lasten van controle/toezicht staan in redelijke verhouding tot de draagkracht en het ongestoorde verloop van het primaire proces van een organisatie of functionaris/beoefenaar.
7. Controle/toezicht van het functioneren van een bepaalde organisatie heeft oprechte aandacht voor flexibilisering, levenslang leren, internationalisering en “distant learning”.
8. Control/toezicht trekt zich meer terug naarmate het “verdiende vertrouwen” groeit.

HOOFDSTUK 8 - TE ONDERSCHIEDEN OPLEIDINGSNIVEAUS

In het voorgaand kwamen enkele begrippen aan de orde, waarvoor nog een beetje preciezer moet worden aangegeven wat daaronder wordt, of dient te worden, verstaan en hoe deze begrippen praktisch toepasbaar zijn. In het nu volgende hoofdstuk worden vijf onderwijsniveaus onderscheiden²⁰: Wetenschappelijk onderwijs (WO - master degree), Hoger Beroeps Onderwijs, HBO (bachelor degree), Middelbaar Beroepsonderwijs, MBO) en het niveau van het *basisonderwijs* in de medische en psychosociale vakgebieden.

8.1 De wet op het hoger onderwijs etc (WHW)

Deze wet is in 1992 ingesteld en heet officieel “Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek”. De inhoud van deze wet nauw is afgestemd op de Europese regelgeving en afspraken met betrekking het universitair en hoger beroepsonderwijs. Opgemerkt moet worden dat deze wet gedetailleerd ingaat op dit onderwijs en daardoor soms te sturend en bureaucratisch overkomt. Dit neemt niet weg dat een wet een wet is en dat daarmee in de praktijk dus rekening moet worden gehouden. In deze wet worden omschrijvingen gegeven van de begrippen “wetenschappelijk onderwijs” en “hoger beroepsonderwijs” (zie paragrafen 8.2 en 8.3).

Aan het met goed gevolg afgelegde (eind)examen van een geaccrediteerde instelling wordt de graad van master of bachelor verbondenden (art. 1.9, art. 7.3a en 7.10a); de master-opleidingen zijn zogenoemd “post-initieel”.

Van belang is verder het begrip “opleiding”; het onderwijs wordt door instellingen aangeboden in de vorm van opleidingen, zo schrijft de wetgever (art. 7.3). Vervolgens definieert zij een opleiding als: een samenhangend geheel van onderwijseenheden, gericht op de verwezenlijking van welomschreven doelstellingen op het gebied van kennis, inzicht en vaardigheden waarover degene die de opleiding voltooit, dient te beschikken. *De Wet schrijft dus niet een bepaalde structuur voor, maar legt het accent op verworven kennis en vaardigheden.* Een onderwijseenheid kan betrekking hebben op de praktische voorbereiding op de beroepsuitoefening en op de beroepsuitoefening in verband met het onderwijs in een duale opleiding. Een opleiding wordt afgerond met een examen en de uitreiking van een diploma (lid 3).

NB Hier en in volgende hoofdstukken wordt onder andere verwezen naar bepalingen in deze WHW Voor de exacte omschrijvingen en volledige bepalingen moet uiteraard deze wet als zodanig worden geraadpleegd.

8.2 Het Masterniveau

Onder wetenschappelijk onderwijs (WO) verstaat de wet (art. 1.1) onderwijs dat is gericht op de voorbereiding tot de zelfstandige beoefening van de wetenschap of de beroepsmatige toepassing van wetenschappelijke kennis en dat het inzicht in de samenhang van de wetenschap-

²⁰ Op aangeven van mr E. Banki

pen bevordert.

Dit is het niveau van ofwel een universitair opgeleide arts met applicatie op het gebied van CAM, ofwel van een voortgezette studie op basis van het Bachelor-diploma in een specifieke CAM-toepassing. In principe bevindt een arts zich op het masterniveau wat betreft de regulier medische opleiding. Wil hij/zij een voldoende en praktisch toepassingsniveau bereiken op een of meer van de CAM-gebieden, dan zal daarvoor een post-universitaire opleiding dienen te worden gevolgd met een diploma dat tenminste gelijkwaardig is aan dat van een (geaccrediteerde) HBO-bachelor in een vergelijkbare complementaire geneeswijze. Dit geldt ook voor overige universitair gevormden, bijvoorbeeld een bioloog, psycholoog of tandarts. Uiteraard zullen in bepaalde gevallen vrijstellingen kunnen worden verleend in de sfeer van de medische en psychosociale basiskennis, de ondersteunende vakken en/of de praktische training in een therapeutische relatie. De huidige verenigingen van CAM-artsen voorzien (deels) reeds in de hier bedoelde post-universitaire opleidingen, maar .t.z.t zullen ook deze applicaties door een onafhankelijke externe instantie (OBAC) dienen te worden getoetst en geaccrediteerd. In principe moet daarbij gelden dat artsen (met applicatie) en therapeuten (met HBO-opleiding) ter zake van CAM op een gelijkwaardig niveau kunnen functioneren, de eersten met een meer wetenschappelijke insteek, de laatsten met een meer praktische insteek. Een voorbeeld is hier de applicatie voor artsen inzake de acupunctuur. De beroepsvereniging NAAV schetst in haar brochure een opleidingsduur van twee jaren, elk jaar bestaande uit 8 cursus-weekenden van ieder 6 lesuren. Het aantal Docent Contact Uren bedraagt aldus $2 \cdot 8 \cdot 6 = 96$ DCU. Wanneer we een verhouding van 1:5 aanhouden wat betreft DCU versus SBU (Studie Belasting Uren), dan bedraagt de studiebelasting van deze cursus 480 SBU. Zelfs als rekening wordt gehouden met vrijstellingen voor MBK, stage en ondersteunenden de vakken (omstreeks 30% van de totale HBO-norm) zou de norm ongeveer bij 4704 vereiste Studie Belasting Uren liggen. Hier lijkt voorsnog een te grote discrepantie te bestaan, zij het dat diverse andere overwegingen een rol kunnen spelen bij het vergelijken van studiezwaartes.

In het algemeen zal moeten gelden dat “bachelors” die een masterniveau willen nastreven, daarbij vooral zullen moeten denken in termen van een (aanvullende) wetenschappelijke scholing ten behoeve van het zelfstandig kunnen uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek c.q. het bijdragen aan de verdere onderbouwing en ontwikkeling van het vakgebied. De WHW noemt hier een aanvullende studielast van 60 ECTS, maar aangezien zij voor de masteropleiding tot “advanced nursing practionor” 120 ECTS noemt en voor die van “physician assistant” 150 ECTS, zou voor een opleiding tot “master of CAM-sciences” toch eerder 120 ECTS moeten worden aangehouden (inclusief een praktisch jaar).

8.3 Het Bachelor niveau

In deze paragraaf komt aan de orde hoe op Europees niveau de kwaliteit van het hoger onderwijs is geregeld, welke concrete normen in dit verband worden gesteld, welke de eindtermen (moeten) zijn van de opleidingen, en hoe in dit verband de “bewaking” is geregeld. Deze zijn nadere uitwerkingen van het in de voorafgaande paragraaf gestelde ten aanzien van de WHW.

Voorop moet worden gesteld dat de nationale en Europese regelgeving in het algemeen uitgaat van dagopleidingen, maar dat in de CAM-sector opleidingen vooral worden gegeven als volwassenen-onderwijs. In dit kader moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt naar de volgende vier componenten van dit onderwijs”

- * de vakopleiding als zodanig (filosofie, theorie, ziekteopvatting, diagnostiek en behandelmethoden)
- * de praktijkstage
- * medische en psychosociale basiskennis
- * ondersteunenden vakken (communicatie, sociale kaart, gezondheidsrecht, methodologie etc)

A - het Europese niveau

Het fundament voor de huidige vereisten inzake het HBO-niveau is gelegd in de zogenoemde Bologna-verklaring van 1999, waarin 29 Europese landen afspraken om hun onderwijsstelsels en opleidingstitels beter op elkaar af te stemmen. De belangrijkste elementen hiervan zijn de volgende (zie ook Douma 2009).

- * de BaMa-structuur, oftewel een systeem waarbinnen onderscheid bestaat tussen het Bachelorniveau (globaal het niveau van een hogere beroepsopleiding c.q. het oude “kandidaat”niveau) en het MAster niveau (globaal gelijk te stellen aan het oude universitaire doctoraal niveau).
- * Inter-Europees zouden voor deze twee niveaus een uiteenlopende studiezwaarte gaan gelden, uitgedrukt in zogenoemde ECTS oftewel het European Credit Transfer System. Een en ander ten behoeve van de bevordering van vergelijkbaarheid en mobiliteit voor studenten, docenten, onderzoekers en administratief personeel.
- * afspraken inzake een streng toelatings- en kwaliteitsbeleid (in Nederland uitgevoerd door de NVAO, de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie).
- * de invoering van een algemeen propedeuse jaar
- * de verplichting voor de student om naast een major ook een minor (vakkenpakket) te kiezen; deze hoeft niet perse aan dezelfde onderwijsinstelling te worden gevolgd.

Een en ander is (vervolgens) vastgelegd in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW). De wet bepaalt aanvullend (art. 1.3): hogescholen zijn gericht op het verzorgen van hoger beroepsonderwijs. Zij verrichten ontwerp- en ontwikkelings-activiteiten of onderzoek gericht op de beroepspraktijk. Zij verzorgen in elk geval bachelor opleidingen in het hoger beroepsonderwijs, zij verzorgen in voorkomende gevallen master opleidingen in het hoger beroepsonderwijs en zij dragen in elk geval kennis over ten behoeve van de maatschappij. Zij dragen bij aan de ontwikkeling van beroepen waarop het onderwijs is gericht.

Het voorgaande maakt duidelijk dat de eindtermen van een hbo opleiding ruimer dienen te worden geformuleerd dan louter afleidbaar zou zijn uit de beroepsprofielen van de beroepsvereniging

In de hieronder volgende tekst wordt overigens nog geen aandacht besteed aan het major-minor onderscheid noch aan de instelling van een propedeusejaar. In het algemeen kan dit de verantwoordelijkheid worden geacht van de opleidingsinstelling.

B - de kwantitatieve kant

Voor het behalen van de graad van Bachelor is een studie-zwaarte vereist van minimaal 240 ECTS. Aangezien 1 ECTS 28 studiepunten representeert, kan dit worden gelijk gesteld aan de aloude (Nederlandse) HBO-eis van 6720 Studie Belasting Uren (SBU) bij een gemiddelde (voltijd) studieduur van omstreeks 4 jaren²¹. Is een opleiding van deze omvang geaccrediteerd door de NVAO dan voert dit in principe tot de titel van Bachelor voor de student. Een andere route naar de Bachelor-titel is de universitaire, deze vergt over het algemeen 3 voltijdsstudiejaren.

Binnen de genoemde 240 ECTS c.q. 6720 SBU's bestaat een bepaalde verhouding tussen Docent Contact Uren (DCU) en Zelf Studie Uren voor de student. Doorgaans gaat men ervan uit dat in het voltijds onderwijs tegenover ieder DCU tenminste 2 zelf-studie uren staan. Uiteindelijk houdt dit in dat een opleidingsinstelling tenminste $(6720/12=)$ 560 lessen per collegejaar zou moeten aanbieden. Bij deeltijds-opleidingen voor volwassenen wordt met een ruimere verhouding gewerkt tussen Docent Contact Uren en Zelf Studie Uren; de marges zijn hier in het CAM-veld niet steeds helder gedefinieerd.. Vaak wordt vergeten dat bij een groter aantal Zelf Studie Uren op de docenten de verplichting rust om hun studenten duidelijke studie-opdrachten te verstrekken en het resultaat daarvan te evalueren en in het portfolio te doen opnemen. Een verhouding van 1 Docent Contact Uur op 5 Studie belasting Uren lijkt hier wel ongeveer de bovengrens aan te geven van het mogelijke. Eenzelfde eis tot operationalisering betreft het begrip "Docent Contact Uur"; welke contacten tellen in dit verband mee?

Wil een opleiding accreditbaar zijn in het licht van de in dit rapport voorgestelde normen en structuren, dan moet worden uitgegaan van 240 ECTS oftewel 6720 Studie Belasting Uren voor de student/cursist. In beginsel bereikt de student daarmee een bachelor niveau, mits aan een aantal aanvullende kwaliteitseisen is voldaan (bijvoorbeeld vakbekwame docenten), maar deze titel kan alleen worden toegekend als een opleiding daadwerkelijk NVAO-geaccrediteerd is. Een waarschuwing in dit verband van de overheid luidt nog dat een opleiding zodanig moet worden ingericht dat een student in redelijkheid instaat wordt gesteld om te voldoen aan de norm voor de studievoortgang.

C - Eindtermen en studieprogramma

Uitgangspunt van de Europese regelgeving is dat de te accrediteren beroepsbeoefenaren binnen Europa in kwalitatieve zin vergelijkbaar zullen zijn. Willen opleidingen voor CAM-beroepen voor bedoelde accreditatie in aanmerking komen, dan zullen zij dus moeten voldoen aan de Europese maatstaven zoals hierboven verwoord. Uiteraard moeten de eindtermen tevens in inhoudelijke zin worden geoperationaliseerd, afhankelijk van de beroepen waarvoor een opleidingsinstelling wenst op te leiden. Hierover zal de opleidingsinstelling nauw contact moeten onderhouden met de betreffende beroepsverenigingen. De opgestelde eindtermen zullen moeten worden vertaald in een "studeerbaar" studieprogramma, dat dus de student de mogelijkheid biedt zich binnen een bepaalde termijn te ontwikkelen tot een in potentie vakbekwaam

²¹ Het aantal van 6720 studiebelastinguren voor de opleiding als geheel stemt overeen met het in par. 8.1 genoemde aantal van $(6720/4=)$ 1680 uren voor een jaargang.

arts/therapeut. Op dit laatste zal de externe toets zich moeten concentreren.

Binnen zo'n studieprogramma kunnen, zoals eerder gemeld, de volgende componenten worden onderscheiden.

A - de beroepsmatige vorming tot therapeut als zodanig

B - de training in praktische vaardigheden

C - een (eventuele bij)scholing inzake medische en/of psychosociale basiskennis

D - onderwijs in ondersteunende vakken als epidemiologie/statistiek, sociale vaardigheden etc.;

Hieraan zou in feite nog moeten worden toegevoegd:

E - een supervisie-jaar na voltooiing van het onderwijs in de componenten A, B, C, en D. Dit wordt hieronder nader toegelicht, zie schema. Sommigen zouden in dit verband ook een afstudeerproject als verplichting willen opnemen; dit is echter ter beoordeling van de opleidingsinstelling.

Het bovenvermelde is een theoretisch onderscheid. In de praktijk kunnen deze componenten dooreen lopen. Hieronder (par. 8.5) zal worden verdedigd dat het onderwijs in de medische en psychosociale basiskennis tenminste 40 ECTS zal dienen te omvatten. Voor de praktijktraining lijkt een aantal van omstreeks 24 ECTS toereikend; eenzelfde aantal zou men aan de Ondersteunende vakken kunnen toerekenen. Een deel van de genoemde opleidingsonderdelen kan in een propedeusejaar worden ondergebracht.

In het algemeen zal de CAM-therapeut opgeleid worden tot een zelfstandige beroepsbeoefenaar, hetgeen natuurlijk niet wegneemt dat hij/zij ook in dienstverband werkzaam zal kunnen zijn. Ook zal hij/zij onderdelen van de behandeling (onder nader te bepalen voorwaarden) kunnen uitbesteden aan andere beroepsbeoefenaren.

Dat de toekomstige CAM-beroepsbeoefenaar door docenten op universitair niveau moet zijn opgeleid lijkt niet alleen onhaalbaar (kosten aspect) maar niet altijd gewenst omdat voor het praktische onderricht (ook) docenten nodig zijn die zelf ervaren zijn in de praktijk van de betreffende geneeswijze.

Tot slot wordt hier een *organisatieprobleem* gesignaleerd bij het realiseren van deeltijd-onderwijs met als einddoel HBO-kwalificatie (dus 240 ECTS of 6720 Studie Belasting Uren). Dit wordt met het onderstaande schema geïllustreerd.

1. Stel de cursusduur bedraagt 4 jaren
2. Stel dat per jaar 20 cursus-weekenden worden aangeboden van ieder 12 Docent Contact Uren (DCU).
3. Ergo: het aantal DCU bedraagt $4 \times 20 \times 12 = 960$ DCU voor de totale cursus
4. Stel dat het aantal DCU zich ten opzichte van het aantal zelfstudie-uren voor de student verhoudt als 1 : 5, dan bedraagt de totale studiebelasting $5 \times 960 = 4800$ SBU.
5. Bij een norm van 6720 SBU komt een opleiding als boven bedoeld dus $6720 - 4800 = 1920$

SBU te kort.

6. Enkele opleidingsinstellingen hebben -mede om deze reden- overwogen een zogenoemd "Supervisiejaar" in te stellen na afloop van de formele opleiding. Dit houdt in dat de abiturient onder verantwoordelijkheid van de opleidingsinstelling (met 3 of 4 terugkom-dagen) en onder directe supervisie van een ervaren vakgenoot (met minimaal 5 jaren praktijk?) leert om het beroep zelfstandig en op een kwalitatief hoog niveau uit te oefenen. (De aard en omvang van de supervisie moet uiteraard nog nader worden uitgewerkt). Een dergelijk Supervisiejaar kan worden gelijk gesteld aan omstreeks 2000 SBU, waardoor het gesignaleerde tekort wordt gecompenseerd.

7. Een consequentie in dit verband zou zijn dat de cursist tussen de cursus-weekenden 48 Zelf Studie Uren heeft, hetgeen neerkomt op gemiddeld ongeveer 2.5 studie-uren per dag.

Dit maakt dit type opleiding al met al tot een vrij zware opgave, zeker indien de student daarnaast reeds een baan en/of gezin zou hebben. Reden te meer om van de opleidingsinstelling een goede begeleidingsfunctie te verwachten op basis van een *leerbaar* programma.

D - De bewaking van het geheel

Het is essentieel dat de bedoelingen van de BaMa-structuur worden bewaakt; internationaal zijn daartoe afspraken gemaakt. In Nederland is de uitvoering van deze bewaking toegewezen aan de NVAO (Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie). Dit houdt in -zoals reeds gemeld in paragraaf 7.2- dat geen enkele CAM-opleiding een officiële accreditatie zou kunnen verwerven zonder medewerking van en toetsing door de NVAO.

Hierin schuilen echter enkele problemen:

- 1) de NVAO lijkt op grond van policy-overwegingen vooralsnog weinig genegen om bestaande en op zich goed functionerende CAM-opleidingen te accrediteren
- 2) het systeem dat de NVAO hanteert voor accreditatie roept in methodische zin de nodige vragen en twijfels op (zie hoofdstuk 7).
- 3) aangezien veel opleidingsinstellingen op het gebied van CAM beperkt van omvang zijn en aangezien de tarieven van de NVAO op een vrij hoog niveau liggen (tot € 15.000 per beoordeling anno 2012) lijkt het niet erg waarschijnlijk dat veel CAM-opleidingen zich daadwerkelijk voor de NVAO-accreditatie zullen melden. Niet goed geld terug-regelingen lijken hier niet te gelden.

In dit rapport is om deze redenen voor een andere opzet gekozen. In bedoelde andere opzet wordt de accreditatie voor CAM-opleidingen en beroepen ondergebracht bij een eigen instantie, het voorlopig zo genoemde OBAC (Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM.) Het OBAC zal echter, zo is het voornemen, in nauwe samenspraak met de NVAO, alsook met verzekeraars en patiëntenverenigingen, opereren. In die zin dat de toe te passen niveau-eisen en procedures tenminste van hetzelfde niveau zullen zijn als die van de NVAO en verzekeraars/patiënten. In de praktijk zal dit een vergelijkbaar niveau betekenen van de CAM-therapeut ten opzichte van (reguliere) verpleegkundige, fysiotherapeut of diëtist. Wel lijkt,

zeker in de beginfase, van een grotere frequentie van beoordelingen sprake te moeten zijn, dan binnen de NVAO gebruikelijk is (eens per twee à vier in plaats van eens per zes jaar). Van belang lijkt hier dat het criterium voor de internationale vergelijkbaarheid van opleidingen het behaalde eindresultaat is, niet te duur van de opleiding of dergelijke (Douma 2009).

Aanvullend kan worden opgemerkt dat een niet te verwaarlozen deel van de huidige CAM-therapeuten en -studenten beschikt over een vooropleiding in bijvoorbeeld de fysiotherapie, verpleegkunde of psychologie. Deze beoefenaren beschikken (deels) dus al over de noodzakelijke medische en/of psychosociale basiskennis, zijn getraind in een hulpverlenend beroep en ontvingen doorgaans reeds onderwijs in ondersteunende vakken.

Anderzijds moet worden opgemerkt dat het EVC-aspect (Elders Verworven Competenties) een opwaardering zal dienen te ondergaan. Bijvoorbeeld door de volgende uitgangspunten aan te houden:

1. Het moet worden geaccepteerd, in het licht van de accentuering van het “eindproduct” (van een opleiding of patiënt-behandeling), dat *variërende routes* worden aangeboden om dit “eindproduct” te realiseren.
2. Per CAM-hoofdstroom (taak Kamers?) wordt een EVC-commissie ingesteld die oordeelt over de toelaatbaarheid en studiepunt-waardering van EVC's in het kader van de door de aanvrager beoogde eindkwalificatie.
3. Aanvragen worden alleen in overweging genomen als daarbij een totaal studieplan is bijgevoegd dat gelijkwaardig is te achten aan 240 ECTS.
4. Een EVC wordt alleen als zodanig in aanmerking genomen als deze door de kandidaat met goed gevolg is afgerond en als schriftelijke bewijsstukken dienaangaande kunnen worden overlegd.
5. Een goed te keuren onderdeel van een EVC-traject dient ten minste de omvang te hebben van 1 ECTS.
6. Een uitspraak van de EVC-commissie verliest haar geldigheid 5 jaren na afgifte.

In het algemeen worden de vooropleidingen HAVO en MBO-4 minimaal noodzakelijk geacht voor de toelating tot een diplomering als CAM-therapeut.

8.4 Het MBO-niveau

De overheid erkent vier opleidingsniveaus binnen de het mbo. Alleen het vierde niveau lijkt relevant voor het complementaire veld: dit wordt een midden kader opleiding genoemd. Studenten die kiezen voor een midden kader opleiding, komen terecht in beroepen als filiaal beheerder of activiteitenbegeleider. Ook kunnen deze studenten verder studeren op het hbo-niveau. MBO-4 studenten worden in het algemeen voldoende opgeleid geacht om een HBO-opleiding te kunnen volgen. Voor deze op een lager dan HBO-niveau gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de zorg betreft, lijkt het zinvol een MBO-niveau van beroepsuitoefening te onderscheiden. Voor hen zou te zijner tijd een aparte accreditatie-route en registratie moe-

ten worden ingericht; deze moet een eventuele verwarring met de HBO-geaccrediteerde therapeut uitsluiten.. De betreffende beroepsbeoefenaren zouden in een soort verlengde arm-constructie kunnen worden gekoppeld aan een beoefenaar op universitair of HBO-niveau. Deze mogelijkheid wordt in dit rapport niet nader uitgewerkt omdat het accent hier ligt bij de *zelfstandige* beroepspraktijk op het gebied van de gezondheidszorg. Voor de goede orde volgt hieronder echter nog wel enige informatie over het MBO-niveau²².

Het MBO kent vier opleidingsniveaus. Het niveau waarop de studenten kunnen instromen, is afhankelijk van de vooropleiding. Op de betreffende site van de overheid wordt voor het MBO-4 niveau gesproken van een “middenkader opleiding”. Dit suggereert dat er altijd sprake is van een daarboven gesteld gezag, en dus niet van een zelfstandige beroepsuitoefening. Dit laat onverlet de waardevolle bijdrage die werkers op dit niveau kunnen geven aan de zorg voor de patiënt, maar dan wel onder leiding of verantwoordelijkheid van een hoger geschoolde functionaris. Vandaar, hierboven, de aanduiding “verlengde arm”-constructie. CAM-beroepen die hiervoor misschien in aanmerking komen, zijn die van paranormaal genezer, iriscope, voetzoolmassage-therapeut, Sjamanist, dat wil in principe dus zeggen: alle therapeuten die niet (reeds) aantoonbaar op tenminste het HBO-niveau functioneren. Het spreekt hierbij vanzelf dat MBO-therapeuten die zich nader hebben geschoold, alsnog de kans moeten krijgen aan te tonen dat zij (controleerbaar) op een HBO-niveau functioneren. En ook spreekt het vanzelf dat deze regels relaxed worden toegepast op de oudere therapeut.

Organisatorisch zou hier kunnen worden gedacht aan een vorm van geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen een zelfstandig werkende CAM-arts of -therapeut met een of meerdere MBO-assistenten.

8.5 Het Basisniveau westerse kennis (MBK/SWBK)

Steeds duidelijker wordt de eis verwoord, zowel binnen het CAM-zorgveld als daarbuiten, dat de HBO-therapeut dient te beschikken over een voldoende kennis van regulier medische (MBK) en psycho-sociale (PsBK) basiskennis. Daarvoor aangevoerde argumenten zijn met name:

- 1) de therapeut zal moeten kunnen herkennen wanneer sprake is van ernstige medische of psychische problematiek, waar het belang van de patiënt een verwijzing naar de reguliere zorg of hoger gespecialiseerde hulpverlener gewenst of noodzakelijk zou maken.
- 2) bij de toenemende erkenning in de praktijk van de complementair werkende arts/therapeut, neemt ook het belang toe van het beschikken over het inzicht en de taal bij (met name) de CAM-therapeuten, die wenselijk zijn voor een goede communicatie met reguliere collegae.
- 3) het is anderzijds niet de bedoeling dat de noodzakelijke westers-medische en -psychosociale basiskennis de integrale diagnostiek en behandeling door de complementair geneeskundige gaat vervangen of verdringen. Het is van cruciaal belang dat deze geneeskundigen optimaal geschoold zijn in een integrale duiding en aanpak van het probleem van de patiënt, met gebruikmaking van natuurlijke, minst schadelijke methoden/technieken. Centraal blijft hierin

²² Uitvoeriger informatie is te vinden op de website van de landelijke overheid: beroepsonderwijs/mbo/opleidingsniveaus

staan: het stimuleren van het zelf-genezende vermogen van de patiënt. Het inbouwen van een stuk medische en psychosociale kennis is dan ook vooral een veiligheidsklep ter voorkoming van (regulier) medisch laakbaar handelen.

4) door sommige critici van de complementaire geneeswijzen wordt de suggestie gewekt als zou het hierbij gaan om een vorm van *pseudo-reguliere geneeskunde*. Terecht ligt daarbij een relatie naar de “kwakzalverij” voor de hand. Echter, de suggestie is als zodanig onjuist. ***Het gaat hier om (varianten van) een zelfstandige geneeskunde die naast de bestaande reguliere geneeskunde, het volle recht van bestaan heeft en die dus (!) op haar eigen merites moet worden beoordeeld.***

Het voorgaande betreft zowel medisch-somatische zaken als psycho-sociale basiskennis en vaardigheden; bij voorkeur worden deze (deels) geïntegreerd aangeboden. Hierbij is een algemeen pakket aan de orde dat onderdeel zou moeten uitmaken van alle CAM-beroepsopleidingen (hoger en universitair). Beroepsvelden die in bepaalde opzichten een uitgebreidere westerse kennis/vaardigheid vereisen (acupunctuur, manuele geneeskunde etc) dienen dit in hun specifieke beroepsopleiding in te bouwen.

Uiteraard moet nader worden bepaald welke reguliere kennis/vaardigheid precies noodzakelijk is om de boven genoemde doeleinden te kunnen bereiken. Hiertoe kunnen de volgende eisen worden geformuleerd:

1. De betreffende kennis/vaardigheid is reeds voorafgaand aan de eigenlijke beroepsopleiding verworven of zal, in andere gevallen, integraal deel uitmaken van de specifieke beroepsopleidingseisen.
2. De betreffende kennis/vaardigheid is apart toetsbaar volgens landelijke normen
3. Het betreffende onderwijs wordt verzorgd door artsen of andere universitair geschoolden aan de hand van lesmateriaal dat in het reguliere onderwijs (voor therapeuten of artsen) gebruikelijk is, dan wel daarmee vergelijkbaar.
4. Abituriënten of reeds praktiserende therapeuten die (nog) niet aan de eisen op dit gebied voldoen, zijn niet toelaatbaar tot de accreditatie op HBO-niveau zoals in dit rapport beschreven.
5. Om de gedachten te bepalen: ***dit basis-onderwijs omvat minimaal 40ECTS***’.

Reeds vele jaren beschikt de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA) over een uitgeschreven pakket aan eisen inzake de westers medische basiskennis waaraan haar leden dienen te voldoen. Meer recentelijk produceerde een tijdelijk samenwerkingsverband onder de naam GAO (Gezamenlijk Accreditatie Overleg) terzake een conceptvoorstel.²³ Daarin wordt de vereiste medische en psychosociale basiskennis nader en als *c o n c e p t* geoperationaliseerd in de vorm van onderwijsdoelstellingen, met hun inhoudelijke differentiaties. De volgende aandachtsgebieden worden genoemd: organisatie van de zorg, anatomie, fysiologie, pathologie, farmacologie, psychologie, ontwikkelingspsychologie, psychopathologie en psychodiagnostiek (DSM IV), wet en gezondheidsethiek, en grondhouding van de therapeut. Deze

²³ Concept voorstel opleidingsrichtlijn medische en psychosociale basiskennis voor de complementaire gezondheidszorg. GAO, voorjaar 2012.

aandachtsgebieden worden nader uitgewerkt, bijvoorbeeld voor de pathologie: kennis en inzicht in het verloop, de behandeling en de duur van somatische en psychische aandoeningen, stoornissen en ziektebeelden bij mensen in verschillende levensfasen. Andere voorstellen werden ontwikkeld door bijvoorbeeld het instituut E.E.N., Saxion Next, en de FONG. Het resultaat is echter *wanorde* (15, 20, 24, 27, 40, 60 of 80 ECTS) waar orde juist een eerste vereiste zou zijn. Vandaar het voorstel hierboven om de minimum omvang van het Medische en Psychosociale *basispakket* op 40 ECTS te stellen. Dit zou dan een *gemeenschappelijke* basis inhouden voor alle HBO-opleidingen op het gebied van CAM.

In dit kader moet ook aandacht zijn voor de eis die van sommige kanten wordt gesteld dat dit basispakket NVAO-geaccrediteerd zal dienen te zijn. Gezien onze eerder opmerkingen in deze (par. 8.1D) is het niet voor de hand liggend voor het CAM-veld om zich hier op voorhand afhankelijk te maken van een NVAO-toets, omdat de kans groot is dat de NVAO daaraan niet zal kunnen of willen meewerken.

--

HOOFDSTUK 9 - SPECIFIEKE PROBLEMEN EN IMPLEMENTATIE

9.1 Het CAM-veld anno 2012

Het CAM<-veld is divers van samenstelling. Er zijn in de eerste plaats de zeven hoofdstromen te onderscheiden-min of meer naar analogie van het Rapport Muntendam van 1981. Binnen iedere hoofdstroom zijn verdere differentiaties aan te brengen (hoofdgroepen en subgroepen of varianten) en daaronder hangen dan weer zeer specifieke, soms bijna persoonlijke systemen. De “oplossing” die hiervoor in dit rapport is gekozen, is een pragmatische; het probleem wordt in feite gedelegeerd naar de (voorgestelde) Kamers binnen het OBAC. In principe bepalen de Kamers welke differentiaties zij binnen hun hoofdrichting willen onderscheiden, en dus welke opleidingen en beroepsorganisaties zij kunnen toelaten binnen hun toetsingsbereik. Een en ander uiteraard in nauwe samenspraak met het OBAC en met toepassing van redelijk te achten criteria. Naast dit onderscheid qua aard, bestaan ook verschillen qua taakstelling (beroepsuitoefening, opleiding, voorlichting, onderzoek etc) en qua niveau (universitair, HBO, MBO en overige).

Een probleem dat hier dwars doorheen loopt is het zogenoemde *eclecticisme*, inhoudende dat bijvoorbeeld beoefenaren diagnostische en/of therapeutische methoden/technieken (M&T) lenen uit een ander bereik dan waarin zij primair zijn opgeleid. Enerzijds is dat te verdedigen, immers kan het in het belang van de patiënt zijn dat de arts of therapeut alles uit de kast haalt wat hem kan helpen. Anderzijds zou hier moeten worden geeist dat een arts/therapeut alleen methoden/technieken toepast waarin hij/zij een adequate scholing heeft ontvangen en dat deze M&T een zekere mate van (in elk geval empirische) geldigheid bezitten. In de tweede plaats moet in dit verband geeist worden dat de toetsende instantie erop toeziet dat de resultaten van een dergelijke “eclecticist” acceptabel zijn. En in de derde plaats zou moeten worden geeist dat de betrokken arts/therapeut slechts via één organisatie geaccrediteerd kan worden/zijn. Dus wordt ook hier gepleit voor een pragmatische oplossing.

Het is in zekere zin normaal te achten dat binnen het CAM-veld uiteenlopende opvattingen bestaan over accreditatie en de wijze waarop dit georganiseerd zou moeten worden. Echter, een (klein?) deel van de “weerstand” is te herleiden tot gevoelens van superioriteit wat betreft de eigen standaarden en wijze van handhaving. Men wil zich daardoor niet verbinden met organisaties die hun zaakjes minder goed op orde zouden hebben. Veel lijkt hier samen te hangen met een te geringe bekendheid, over en weer, wat betreft elkaars inzet en praktische werkwijzen. Wij achten dit soort superioriteitsgevoelens fnuikend -immers zelf-misleidend- voor het tot standkomen van samenwerking binnen een overkoepelend accreditatie-kader. Men zou op zijn minst bereid moeten zijn het eigen superioriteitsgevoel ietwat te relativiseren in het licht van de installatie van een gezamenlijk gedragen accreditatie, die ook buiten het CAM-veld gezag afdwingt, zeker als deze zich baseert op de norm van minimaal HBO. Hetgeen niet wegneemt dat er beroepen en opleidingen bestaan die waarschijnlijk niet zullen voldoen aan minimale criteria voor kwaliteit en transparantie. ***Vandaar de benadering in dit rapport: begin met de goeden en goedwillenden, stel duidelijke eisen wat betreft niveau, transparantie en controlebaarheid, en laat de mogelijkheid open voor anderen die nog niet zo ver zijn, zich op een later moment onder de overkoepelende kwaliteit-paraplu te scharen.***

Tot slot van deze korte paragraaf kan worden opgemerkt dat ook in het CAM-veld allerlei ontwikkelingen plaatsvinden op ICT-gebied. Het is in dit licht niet meer zo dat men loodzware organisaties en bureaucratische structuren moet oprichten om de kwaliteitsdoelstellingen te halen en te garanderen. Denkbaar is dat, indien aan de basis (studievorderingen, hulpverleningsproces) de primaire processen qua aard en voortgang goed en digitaal worden vastgelegd, een belangrijk deel van de wenselijk geachte kwaliteitscontrole langs virtuele weg kan plaatsvinden, bijvoorbeeld door waarschuwingssignalen in te bouwen (als “targets” niet gehaald

worden) in deze vormen van registratie en toezicht.

9.2 Overgangsregelingen

Iedere nieuwe regeling die wordt ingevoerd, confronteert zich uiteraard met de bestaande praktijk. Wordt daarmee onvoldoende rekening gehouden, dan is de nieuwe regeling tot mislukking gedoemd. Dit vraagt om een duidelijke overgangstermijn. Hieronder worden enkele problemen besproken die in dit kader in elk geval moeten worden geregeld.

Huidige opleidingen, beroepsverenigingen en individuele beroepsbeoefenaren

Er dient hier in de eerste plaats onderscheid te worden gemaakt tussen opleidingen, beroepsverenigingen en beroepsbeoefenaren die nu reeds aantoonbaar op het HBO-niveau functioneren, en zij die dat (nog) niet doen. Het kan noodzakelijk zijn sommige van de eerstbedoelde opleidingen, verenigingen of beoefenaren opnieuw (globaal?) te doen toetsen, ten einde *volledige* zekerheid te verkrijgen inzake hun accreditatie-status, maar hier ligt in principe niet het probleem.

Opleidingen, opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen die nog niet voldoen aan de HBO-voorwaarde

Deze opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen zullen, voorzover zij de HBO-status ambiëren, zelf een up-grade programma in werking moeten stellen en zich vervolgens tot een Toetsende Instantie moeten wenden voor het aanvragen van een accreditatie. Het OBAC zal met prioriteit Toetsende Instanties moeten accrediteren voor dit doel. Voorstelbaar is dat hier met een vorm van voorlopig accreditatie wordt gewerkt ten einde tegemoet te komen aan de zakelijke belangen van de opleidingsinstellingen en hun studenten. Deze voorlopige accreditaties vervallen dan 1 jaar na afgifte, maar kunnen voor die tijd volgens de gangbare procedures worden omgezet in een definitieve accreditatie.

Therapeuten die (nog) niet in aanmerking komen voor de HBO-status

Hier staan de volgende twee wegen open, ervan uitgaande dat de betreffende beroepsbeoefenaar is aangesloten bij een beroepsvereniging die (inmiddels) zelf geaccrediteerd is wat betreft haar HBO-leden. Redelijkheid en geleidelijkheid moeten hier de leidende principes zijn.

Eerste mogelijkheid: de therapeut volgt alsnog een opleiding die hem of haar op het vereiste HBO-niveau brengt. Het wordt aanbevolen dat opleidingsinstellingen applicatie-cursussen met dit oogmerk gaan aanbieden.

Een *tweede* mogelijkheid is het volgen van een EVC-traject (Elders Verworven competenties). Dit traject wordt hier iets uitvoeriger besproken. Uitgangspunt is dat de kandidaat geacht moet worden daadwerkelijk te willen gaan functioneren op een HBO-niveau. De kandidaat zal hier zelf met geldige bewijsstukken moeten kunnen aantonen over de noodzakelijke kennis/vaardigheid te beschikken. De goedkeuring van een EVC-programma berust bij de EVC-

commissie van de betreffende Kamer (zie paragraaf 10.3) en voorziet erin dat de kandidaat alsnog een totaal van 240 ECTS oftewel 6720 studiepunten realiseert. In dit verband moeten de volgende vragen worden beantwoord:

1^e vraag: welke opleiding (anders dan HBO voor een hulpverlenend beroep in de gezondheidszorg) heeft de kandidaat genoten voor het betreffende beroep (hiermee zijn bijvoorbeeld maximaal 4000 punten te verwerven)

2^e vraag: Welke bij- en nascholing, cursussen etc heeft hij/zij in de afgelopen 5 jaren gevolgd? (Hiermee zijn bijvoorbeeld maximaal 500 punten te verwerven)

3^e vraag: hoeveel jaren (probleemloze²⁴) praktijkervaring heeft de kandidaat in het betreffende beroep (bij tenminste 10 patiënt-contacten per week)? Hiermee zijn bijvoorbeeld maximaal 2000 punten te verwerven.

4^e vraag: welke overige honoreerbare activiteiten heeft de kandidaat nog ontwikkeld? Gedacht kan worden aan zaken als: docentschap, publicaties op het vakgebied, redactionele activiteit in vaktijdschrift, deelname aan onderzoek, lidmaatschap bestuur etc. Het maximale aantal punten dat hiermee bijvoorbeeld kan worden verworven bedraagt 500.

De EVC-commissie stelt vervolgens het totale aantal punten vast dat de kandidaat nog moet verwerven (Het verschil tussen het totaal van de hierboven vermelde punten en de norm van 6720 SBU's) De betreffende beroepsvereniging stelt aansluitend samen met de kandidaat een programma op dat erop gericht is de door de EVC-commissie geconstateerde lacune op te vullen. Bij voltooiing van dit aanvullende programma ontstaat in principe het recht op de HBO-status. Hierbij zou nog kunnen worden bepaald dat de beroepsvereniging alleen voorziet in een aanvullend programma als de EVC-commissie heeft vastgesteld dat de kandidaat reeds over tenminste 4500 EVC-punten beschikt (op basis van de boven genoemde vier vragen).

Positie van de CAM-arts

De accreditatie van artsen behoort als onderwerp in eerste aanleg niet tot het uit te brengen advies. Wel is vanaf de aanvang de wens uitgesproken dat het accreditatiesysteem in principe ook zal kunnen gaan gelden voor artsen die een vorm van CAM toepassen. Op grond van het feit dat deze artsen een universitaire opleiding hebben afgerond in de (reguliere) geneeskunde, mag worden aangenomen dat zij op drie van de eerder genoemde vier onderdelen van een CAM-opleiding voldoende zijn geschoold, te weten: medische en psychosociale basis- kennis/vaardigheden, praktische patiënt-gerichte training (co-schappen) en ondersteunende vakken. Aanvulling zal echter nodig zijn in het vierde onderdeel, de meer inhoudelijke voorbereiding op het beroep van CAM-arts. Dit betreft een opleiding in de filosofie, ziekteleer, diagnostiek en behandelmethoden van de betreffende hoofdrichting c.q. een specifiek onderdeel daarvan. Aan het einde van hun aanvullende CAM-opleiding dienen artsen in deze opzichten tenminste over dezelfde praktische kennis/vaardigheid te beschikken als de HBO-opgeleide therapeut. (Zie het daaromtrent reeds gestelde in paragraaf 8.2). In overleg met de betreffende artsen-organisaties zal nader moeten worden vastgesteld welk aantal ECTS of SBU vereist zal

²⁴ Dus bijvoorbeeld zonder lopende klacht- of tuchtprocedures c.q. veroordelingen door deze organen

zijn voor accreditatie van hun leden. Aanbevolen wordt dat de betreffende artsorganisaties hier zelf met concrete voorstellen komen richting het OBAC of RAB. Er is voor deze artsorganisaties uiteraard een vaste plek in de Raad van Advies en Bijstand. c.q. haar Kamers.

Oudere beroepsbeoefenaren

Het lijkt onredelijk om oudere beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld 60 jaar en ouder) die reeds jarenlang tot ieders tevredenheid (?) als zodanig functioneren, nog te verplichten tot een bepaalde bijscholing. Hen zou moeten worden toegestaan om maximaal nog tot hun 70^e jaar door te gaan met hun praktijk op voorwaarde dat zij participeren in het (overige) kwaliteitsbeleid van hun beroepsvereniging (bijvoorbeeld verplichte nascholing, intervisie etc).

Grijze gebieden

Bij iedere collectieve regeling is sprake van grensgebieden waarin de algemene regeling niet voorziet. Bijvoorbeeld in geval van organisaties en/of beroepsbeoefenaars die te weinig eigen praktijk doen of toelaten, die zich beroepen op dubieuze elders verworven competenties of op goddelijke inspiratie, of die niet bekende buitenlandse opleiding hebben gevolgd etc. Het op te zetten accreditatiesysteem, met name de Raad van Advies en Toezicht of de betreffende Kamer, zal in een dergelijk geval aan de hand van praktijkvoorbeelden moeten gaan voorzien in de wenselijk te achten procedures.

9.3 Voorstel voor realisatie

Hoe kan de in dit rapport voorgestelde accreditatie-structuur worden gerealiseerd? Getracht wordt deze vraag te beantwoorden aan de hand van acht essentieel te achten voorwaarden. Van belang is het om daarbij te bedenken dat het onderhavige rapport het karakter heeft van een *advies*. In de eerste plaats aan de opdracht gevende organisaties²⁵, maar in de tweede plaats en minstens zo belangrijk aan het gehele CAM-veld. Er is in het kader van het tot stand komen van dit advies nagedacht over de beste manier om de accreditatie in het CAM-veld te structureren en er is gesondeerd -in en buiten het CAM-veld- of de voorgestelde opzet haalbaar zal zijn.

--

Het is verder aan de drie opdrachtgevers van deze studie om samen met het CAM-veld de in dit rapport verwoorde visie op het CAM accreditatiestelsel op stimulerende en praktische wijze te doen implementeren. In dit verband werden reeds verkennende gesprekken gevoerd inzake een mogelijke professionele ondersteuning van buiten het CAM-veld. Bepaalde onderdelen van het advies kunnen vanzelfsprekend in onderling overleg nog nader worden uitgewerkt. Het begint echter met een principieel JA of NEE tegen accreditatie.

²⁵ Patiënte Platform Complementaire Gezondheidszorg, Stichting Natuurlijk Welzijn, Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg, en Federatie Opleiding- en Natuurlijke Geneeswijzen.

De volgende *voorwaarden* dienen in dit kader te zijn/worden vervuld:

1. Een duidelijke formulering van het voorstel voor de opzet van de accreditatie
2. Een ruime verspreiding van dit voorstel onder in aanmerking komende CAM-organisaties
3. De mogelijkheid van het veld om alsnog in te spreken op het voorstel
4. Een duidelijk kosten/opbrengsten plaatje
5. Interne en externe acceptatie
6. Een duidelijk voorstel inzake het implementatie-traject
7. Een duidelijk tijdpad
8. De instelling van een representatieve en daadkrachtige Voorbereidingscommissie

Deze voorwaarden worden in de volgende paragraaf nader uitgewerkt.

9.4 Uitwerking van de voorwaarden

Voorwaarde 1 - Duidelijke formulering voorstel

De eerste voorwaarde voor realisatie is uiteraard dat zo helder mogelijk wordt verwoord wat het plan behelst. Daartoe wordt met name verwezen naar hoofdstuk 10 van dit rapport. Het zal daarbij in elk geval moeten gaan om de te hanteren criteria voor kwaliteit en om de structuur waarmee deze criteria bewaakt gaan worden.

Waargenomen kan worden dat inmiddels in het CAM-veld reeds enige beweging is ontstaan wat betreft (deel)accreditaties (bijvoorbeeld op het gebied van de medische en psychosociale basiskennis) en “accrediterende”organen. Uiteraard moeten deze initiatieven worden meegevoerd bij de definitieve vormgeving van de accreditatie.

Voorwaarde 2 - Ruime bekendheid geven

Het spreekt vanzelf dat het veld op de hoogte moet zijn van de plannen. Belangrijke partijen in het veld werden inmiddels erover geïnformeerd dat aan een voorstel voor een CAM-breed accreditatie-systeem werd gewerkt, alsook over van de aard van de zich ontwikkelende gedachten qua vormgeving. Als concreet resultaat van het onderhavige project is in elk geval een *eindrapport* ontstaan benevens een korte *samenvatting* daarvan. Het is aan de opdrachtgevers om een en ander aan het CAM-veld ter beschikking te stellen c.q. bekend te maken. Bijvoorbeeld kan de samenvatting op ruime schaal binnen en buiten het CAM-veld worden verspreid en kan op aanvraag het volledige Accreditatierapport (tegen kostprijs?) ter beschikking worden gesteld. Ook kan via websites, vakbladen of nieuwbrieven etc. verdere bekendheid worden gegeven aan de accreditatie-voorstellen. In dit verband is ook een persbericht denkbaar. - ***Opgemerkt kan hierbij worden dat uit het feit van het gereed komen en goedkeuren van het onderhavige accreditatie-advies, voor de opdrachtgever min of meer de verplichting voortvloeit om in elk geval zorg te dragen voor een nadere voorbereiding van de realisatie van de accreditatievoorstellen.*** Hier kan met name worden gedacht aan het (doen) instellen van een

Vorbereidingscommissie zoals genoemd onder de 8^e voorwaarde hieronder.

Voorwaarde 3 - Inspraakmogelijkheid

Uiteraard moet het veld in de gelegenheid worden gesteld kritische opmerkingen en tegenvoorstellen in te dienen bij de opdrachtgevers of auteur, en om de ins en outs van de voorstellen nader te bespreken, zowel onderling als met de opdracht gevende organisaties. Opmerkingen kunnen aan de opdracht gevende partijen worden kenbaar gemaakt via de email, persoonlijke contacten, telefoon of per post. Het lijkt echter aanbevelenswaard om voor dit doel tevens een werk-conferentie te (doen) organiseren (bijvoorbeeld januari 2014). De in dit inspraakproces naar voren gekomen bezwaren en suggesties dienen in het definitieve eindrapport c.q. een deel II daarvan te worden verwerkt; een en ander zal aan het veld moeten worden terug gerapporteerd. De huidige versie van het advies dient tegen kostprijs aan derden ter beschikking te worden gesteld.

Het verdient aanbeveling om ook enkele derde partijen bij dit proces te betrekken, bijvoorbeeld de NVAO, VGZ en overige ziektekosten verzekeraars, het ministerie van volksgezondheid, AVIG en NPCF. Dit zou ook het moment kunnen zijn om de landelijke media te informeren.

Voorwaarde 4 - het kosten/opbrengsten plaatje

De volgende opmerkingen kunnen in dit verband reeds worden gemaakt; zie de genoemde getallen/bedragen als strikt indicatief.

* De grootste kostenpost zal het OBAC zijn, haar inkomsten zullen voornamelijk afkomstig zijn uit de opbrengst van toetsingen, en uit het beheer van de OBAC-registers. In dit verband kunnen de volgende schattingen worden gemaakt. Wat het OBAC betreft kan worden uitgegaan van een bezetting met een directeur en twee medewerkers, alle op een 32-uren contract. Zij dienen ergens een centraal bureau in te richten met vergader-accommodatie. Schattenderwijze kost dit in totaal omstreeks € 200.000 op jaarbasis. De medewerkers van het bureau zijn getrainde auditors, met affiniteit voor de complementaire/integrale gezondheidszorg; zij fungeren als secretaris voor de Raad van Advies en Bijstand en voor de zeven Kamers alsook eventueel voor door het OBAC of de Kamers in te stellen Visitatiecommissies. De eerste twee jaren zullen moeten worden gezien als aanloopjaren.

* Er wordt gestart met opleidingen en beroepsverenigingen die naar de mening van de *Vorbereidingscommissie* (zie 8^e voorwaarde) geacht kunnen worden bij de start van de CAM-accreditatie reeds te voldoen aan de accreditatievoorwaarden (maar wel nog expliciet te maken aan de hand van een recent zogenoemd Zelf Evaluatie Rapport). Aangenomen wordt dat het hier om minimaal twaalf beroepsverenigingen en opleidingsinstellingen zal kunnen gaan.

* Het aantal uit te voeren toetsingen bedraagt in eerste aanleg 20. Verder wordt aangenomen dat een even groot aantal toetsingen moet worden uitgevoerd bij organisaties waarvan het nog niet duidelijk is dat zij aan de nieuwe eisen voldoen. In totaal worden in het eerste jaar dus 40 toetsingen uitgevoerd.

* Gesteld wordt dat de helft van de OBAC-kosten zal moeten worden bestreden uit de op-

brengt van de door haar zelf uitgevoerde toetsingen en de andere helft uit het beheer van de OBAC-registers. Per toetsing betekent dit (€ 100.000/40=) € 2500 aan kosten.

NB Het OBAC en de Kamers toetsen in eerste aanleg de Toetsende Instanties; deze laatste toetsen, voorzover geaccrediteerd door het OBAC de onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen. De laatste toetst haar eigen leden. Wel kan het OBAC zelf ook steekproefsgewijze afzonderlijke en reeds anders getoetste onderwijsinstellingen, beroepsverenigingen en beroepsbeoefenaren toetsen (voor een controle van de controleurs).

* Verder wordt aangenomen dat in het eerste jaar 1000 beroepsbeoefenaren in de registratie worden opgenomen. Uit deze bron moet de andere helft van de kosten van het OBAC worden bestreden, zijnde eveneens € 100.000. Dit komt neer op € 100 registratiekosten per jaar per ingeschreven (en dus geaccrediteerde) CAM-beoefenaar.

* De geschatte kosten van een toetsing (€ 2500) en van een OBAC-registratie (€ 100) lijken alleszins redelijk en waarschijnlijk zelfs te laag.

* Wel zal hierbij met een garantstelling moeten worden gewerkt. Daartoe kan worden gekeken naar de ministeries van Onderwijs en Gezondheidszorg, alsook naar de verzekeraars en naar de grotere partijen en fondsen in het CAM-veld zelf. Ook het betrokken bedrijfsleven (producenten van preparaten en hulpmiddelen) kan hierin wellicht bijdragen.

* Het is van belang dat de betrokken opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen zich realiseren dat zij zelf voor alle eigen toetsingskosten dienen zorg te dragen; de richtprijs voor Toetsende Instanties is daarbij € 2500 (zie hier boven).

* De essentie van de beschreven financiële opzet is dat het OBAC-systeem na de aanloopfase van 2 jaren, of zoveel eerder als mogelijk is, volledig self-supporting zal zijn.

Men zie de genoemde bedragen als strikt indicatief.

Voorwaarde 5 - Interne en externe acceptatie

Het spreekt vanzelf dat een algemeen accreditatieplan voor het CAM-veld in de eerste plaats door dit CAM-veld zal moeten worden omarmd, vanuit een welbegrepen eigenbelang en al dan niet na wenselijk geachte aanpassingen. Gesteld mag worden dat hier geen *unanieme* overeenstemming behoeft te bestaan van het gehele CAM-veld. Eerder gaat het om de implementatie van een accreditatiesysteem dat de steun geniet van de belangrijkste spelers in dit veld, gekoppeld aan een inhaal-traject voor overige CAM-opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen (zie volgende paragraaf).

De strenge regels die in dit rapport worden geformuleerd kunnen hierbij als hinderpaal worden ervaren. Maar hier moet het principe gelden: *we doen niets of we doen het goed*. Anders gezegd: als het CAM-veld zich een grote inspanning zou getroosten voor het realiseren van een algemeen accreditatiesysteem, maar zij zou daaraan niet de hoogste eisen stellen of onvoldoende garantie inbouwen voor het handhaven daarvan, dan zouden alle kosten en inspanningen voor niets zijn gedaan, en zou het CAM-veld niet de status en acceptatie gaan genieten die noodzakelijk zijn voor een volwaardige participatie in de Nederlandse gezondheidszorg.

Een belangrijke vraag is in dit verband of het CAM-veld ervan kan worden overtuigd dat het

voorgestelde accreditatie systeem voor haar een meerwaarde heeft. Daarbij kunnen de volgende argumenten worden aangevoerd.

Een *eerste* argument in dit verband is een negatieve: als het CAM-veld er niet in slaagt om op een of andere manier de kwaliteit van haar handelen te expliciteren, kan de buitenwacht voortgaan met haar negatieve kritiek en beperkende maatregelen jegens de complementaire geneeswijzen.

Een *tweede* (contra)argument is dat een overkoepelende structuur meer "power" geeft tegenover derden. Eenheid en samenwerking van het CAM-veld kunnen gezag afdwingen.

Derde argument: door samen te werken binnen eenzelfde kwaliteitstructuur kunnen partijen van elkaar leren, kunnen zij elkaar ondersteunen en kunnen zij op bepaalde onderdelen meer met elkaar samenwerken.

Vierde argument: de beoordelingssystemen en procedures binnen de eigen opleiding of beroepsgroep kunnen nu duidelijker worden gesteld en zijn beter afdwingbaar, onder verwijzing naar de landelijke normen.

Vijfde argument: door nauwgezet toe te zien op kwaliteit, zal ook de patiënt gebaat zijn, zeker wanneer het geaccrediteerd-zijn op herkenbare wijze naar buiten toe kan worden getoond. Een veilige, effectieve en betaalbare zorg kan zo beter worden gegarandeerd.

Zesde argument: geaccrediteerde CAM-beoefenaren nemen aldus een voorsprong op hun niet-geaccrediteerde collega's, hetgeen ook een economisch voordeel kan inhouden.

Zevende argument: accreditatie op basis van kwaliteit doet ook de ontwikkelingsmogelijkheden van dit veld als geheel toenemen. Bijvoorbeeld ontstaan aldus kaders voor het inrichten van master-opleidingen en voor het ontwikkelen van een onderzoek-functie (documentatie, onderzoek-designs en daadwerkelijk verrichten van onderzoek).

Achtste argument: het is mogelijk de patiënt, het publiek in het algemeen en de overheid/verzekeraars aldus beter te informeren en voor te lichten over de werkelijke aard en betekenis van de complementaire geneeswijzen. Onder andere door een betere titelbescherming van vakgebieden en categorieën van beoefenaars²⁶.

Hierbij kan nog worden bedacht dat het in de voorgestelde structuur niet gaat om het creëren van een geheel nieuwe structuur, maar vooral om het inspelen op reeds bestaande initiatieven en structuren, met name door deze op een bepaalde manier met elkaar te verbinden. Het enige dat hieraan wordt toegevoegd (voorstel) is een (bescheiden) onafhankelijk bureau dat namens het CAM-veld de toetsingen uitvoert en accrediteert. Dit vergt daarnaast een nieuw inspraakorgaan vanuit het CAM-veld in de gedaante van een Raad van Advies en Bijstand (RAB), met haar zeven Kamers.

²⁶ Volgens VGZ: de titel die door de zorgaanbieder wordt gehanteerd maakt de klanten duidelijk dat 1) de diploma's van de van toepassing zijn de specifieke opleidingen in het bezit zijn, 2) dat het beroep wordt uitgeoefend conform het beroepsprofiel, de gedragsregels en protocollen van het specifieke beroep, en 3) dat men voldoet aan de van toepassing zijnde wet en regelgeving

Het zou in dit verband een prettige omstandigheid zijn als de OBAC-plannen kunnen rekenen op brede steun vanuit de samenleving, met name de NVAO, de verzekeraars, de patiëntenbeweging (PPCG, NPCF) en de overheid. Een adequaat pr-beleid is hier vereist.

Voorwaarde 6 - Duidelijkheid over de concrete verdere aanpak

Het moet op voorhand duidelijk zijn hoe de (eventuele) OBAC-structuur zal worden uitgerold. Hierboven (financiële plaatsje) werd verondersteld dat zal kunnen worden gestart met omstreeks 12 accrediteerbare opleidingen en beroepsverenigingen. Voor het gemak noemen wij hen de “Founding Fathers” (inclusief de Mothers). Voorts werd verondersteld dat nog 20 tot 30 organisaties daar dicht tegenaan zullen zitten.

* De Founding Fathers vormen tezamen de “Vorbereidingsgroep”(zie 8^e voorwaarde) en gaan van start met (de voorbereiding van) de oprichting van de Stichting Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM” (OBAC) en het formeren van een Raad van Advies en Bijstand (RAB), rekening houdende met de aansluitende instelling van de zeven Kamers.

* De Founding Fathers leggen waar noodzakelijk en gewenst contacten met vertegenwoordigende personen/organisaties zowel binnen als buiten het CAM-veld.

* zij passen de voorstellen van het adviesrapport aan waar gewenst of noodzakelijk

* Vorbereidingen worden getroffen voor de financiële onderbouwing van het initiatief, voor het aantrekken van een Directeur van het OBAC, en voor het formeel vaststellen van de kwaliteitscriteria en van de OBAC-structuur.

* De formering van de zeven Kamers van de OBAC-structuur wordt voorbereid evenals een eerste fase van een daadwerkelijk toetsing/accreditatieplan voor Toetsende Instanties, Opleidings-instellingen en beroepsverenigingen.

* Het CAM-veld wordt geïnformeerd over de nieuwe situatie en met NVAO en Verzekeraars worden zo mogelijk nadere collectieve afspraken gemaakt.

* Alle opleidingen en beroepsverenigingen c.q. hun koepelorganisaties gaan aan de slag om de nieuwe accreditatie-eisen te implementeren in hun eigen organisaties.

* Van groot belang is daarbij de overgangstermijn van oud naar nieuw. In par. 9.2 werd hiervoor een mogelijke overgangsregeling beschreven.

* het uitvoeren van alle overige taken die in dit kader als noodzakelijk zijn te beschouwen.

Hopenlijk biedt het voorgaande een handvat aan de Vorbereidingscommissie om de eerste moeilijke fase goed door te komen. Hierbij kan de waarschuwing op zijn plaats zijn dat niet teveel functies in een en dezelfde persoon of bestuursorgaan moeten samenkomen. Een duidelijk onderscheid is hier nodig tussen bestuurlijke, adviserende en uitvoerende verantwoordelijkheden. Zoals reeds gesteld wordt er van uitgegaan dat de eerste (overgangs)fase een duur zal hebben van maximaal twee jaren.

Een aantal kleinere opleidingen en beroepsverenigingen zal het mogelijk niet gaan redden wat

betreft de in dit rapport voorgestelde opzet van de accreditatie; professionaliseren en/of schaalvergroting zou dan wellicht gewenst zijn.

Voorwaarde 7 - Tijdpad

Naar verwachting kan het volgende tijdpad worden aangehouden:

15 september 2013	versturen van eindtekst van het rapport
januari 2014	werkconferentie
1 maart 2014	Vorbereidingscommissie geformeerd, en aan het werk
1 juli 2014	start werkzaamheden Stichting OBAC en Raad van Advies en bijstand
1 januari 2014	OBAC-structuur operationeel
voorjaar 2016	grote evaluatie-bijeenkomst van het CAM-veld

Voorwaarde 8 - Vorbereidingscommissie

Deze Vorbereidingscommissie OBAC-systeem (kortweg OBAC-commissie?) vervult een essentiële rol bij het tot stand komen en aanvankelijke functioneren van het OBAC-systeem. Zij zal worden ingesteld door het PPCG in nauwe samenspraak met de SNW, SRBAG en FONG). De Commissie zal kunnen worden gevormd zodra twaalf(?) opleidingsinstellingen of beroepsverenigingen zich bereid hebben verklaard daarin te participeren, en zal ophouden te bestaan zodra de Raad van Advies en Bijstand haar taken kan gaan uitvoeren. Voor de Stichting OBAC zullen statuten dienen te worden ontworpen, en voor de RAB een Huishoudelijk Reglement. Hiervoor zullen handreikingen nodig zijn vanuit de “Founding Fathers”. Voor haar werk dient een bescheiden budget beschikbaar te worden gesteld, voorlopig op € 20.000 te stellen (€ 1000 per “Founding Father” aangevuld met subsidies), alsook professionele secretariële ondersteuning. Uiteraard moet het mogelijk zijn bij de verdere uitwerking/uitvoering de voorgestelde accreditatiestructuur op onderdelen nog nader bij te stellen.

Zoals reeds gemeld wordt de mogelijke ondersteuning door een gespecialiseerd professioneel bureau, momenteel verkend

Tot slot zouden nog als extra-voorwaarden kunnen worden genoemd: het beschikken over veel doorzettingsvermogen en improvisatietalent van de initiatiefnemers.

HOOFDSTUK 10 - SAMENVATTING VAN HET CAM-ACCREDITATIE VOORSTEL

Hieronder volgt een samenvatting van het Rapport “*Advies inzake de inrichting van een CAM-breed accreditatiesysteem voor opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen*” (augustus 2012). Het rapport werd, op initiatief van het Patiënten Platform Complementaire Gezondheidszorg PPCG, opgesteld door de Commissie OBAC (aanvankelijk als Commissie VACC aangeduid) met als hoofduitvoerder dr C.W. Aakster medisch socioloog. De Stichting Natuurlijk Welzijn (SNW), de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg (SRBAG), en de Federatie Opleidingen in de Natuurlijke Geneeswijzen (FONG) boden daarbij belangrijke praktische en financiële ondersteuning..

Achtereenvolgens wordt in deze samenvatting ingevaand op

- * de doelen en uitgangspunten van het project
- * de te hanteren kwaliteitscriteria
- * de beoogde opzet van de accreditatie
- * de opzet van het toetsingsproces als zodanig
- * enkele voorwaarden voor implementatie

10.1 Doelen en uitgangspunten

--

Het belangrijkste *doel* van de initiatiefnemers was en is om een haalbaar voorstel te formuleren voor de opzet van een kwaliteitssysteem voor de CAM-sector dat voldoet aan de basisvoorwaarden van een goede kwaliteit van zorg, volstreekte transparantie en externe controlebaarheid.

Enkele externe krachten spelen hierbij een rol. In de eerste plaats een zekere druk van verzekerarszijde (met name VGZ, voorheen UVIT) om meer helderheid te verschaffen inzake de artsen/therapeuten van wie de dienstverlening aan patiënten voor vergoeding in aanmerking zou moeten komen. En ook de wens van bepaalde opleidingen om deel te kunnen hebben aan de rechten (en plichten) van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) lag mede ten grondslag aan het initiatief om te gaan werken aan de instelling van een algemeen accreditatiesysteem voor de CAM-sector.

Besloten werd dat het te ontwikkelen plan zich in de eerste plaats zou richten op de complementair/alternatieve zorg door *therapeuten*, maar wel zodanig dat in de toekomst ook artsorganisaties zich zouden kunnen aansluiten.

Als mogelijke voordelen van accreditatie zijn -althans in beginsel- te noemen:

1. Het verwerven van overheidsbekostiging, het mogen toekennen van Bachelor-titel en deelname aan het rijks studietoelage-systeem voor haar studenten (de drie wettelijk geregelde grondrechten van een WHW-accreditatie voor opleidingsinstellingen);
2. Vergoeding van de behandelkosten van geaccrediteerde artsen en therapeuten door verzekeraars;
3. BTW-vrijstelling (als de kwaliteit van zorg overtuigend kan worden aangetoond)
4. Bijdrage tot een meer volwassen, volwaardige status van het CAM²⁷-veld;
5. Garantie naar en herkenbaarheid voor de patiënt van gekwalificeerde hulpverleners
6. Een duidelijke profilering ten opzichte van niet-geaccrediteerde collega's en instituten.

Als belangrijkste *uitgangspunten van CAM-zorg* kunnen in dit verband worden genoemd:

- 1) de mens wordt gezien als een onverbreekbaar geheel dat in continue wisselwerking verkeert met zijn fysieke en maatschappelijke omgeving
- 2) bij ziekte en genezing wordt vooral aangegrepen op het zelf herstellende vermogen
- 3) er wordt gewerkt met niet schadelijke, natuurlijke middelen en methoden
- 4) de behandelaar stelt zich tevens op als adviseur en coach en respecteert de eigen regie-wens van de patiënt
- 5) bij de behandeling wordt een directe relatie aangebracht met leefwijze en leefsituatie ("natural history"), dus met aandacht voor het bewustwordingsproces en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, in het licht van een duurzaam gezondheidsherstel (secundair preventieve functie).
- 6) De benadering van de patiënt is individualiserend en persoonsgericht.

Verder is kenmerkend: een wisselende mate van financiële en organisatorische draagkracht van de partijen in dit veld.

De volgende *uitgangspunten* hebben concreet een rol gespeeld bij de aanpak en vormgeving van het *accreditatieplan*.

1. Deelname van beroepsverenigingen, opleidingsinstellingen en overige organisaties aan het voor te stellen accreditatiesysteem geschiedt in principe op vrijwillige basis. Wie echter niet geaccrediteerd is, zal daarvan in de toekomst mogelijk nadeel ondervinden.
2. De basale uitgangspunten van de complementaire en alternatieve geneeswijzen (zie boven)

²⁷ Complementary and Alternative Medicine

dienen onverlet te blijven.

3. Het zal bij de kwaliteitscontrole vooral moeten gaan om de kwaliteit van het “eindproduct” van opleiding en beroepsuitoefening, en in eerste aanleg minder om de route waarlangs deze kwaliteit werd bereikt.

4. De te ontwikkelen accreditatiestructuur dient zo plat mogelijk te zijn met een maximum aan effectiviteit en efficiëntie bij een minimum aan bureaucratische procedures. Er wordt daarbij rekening gehouden met de relatief geringe draagkracht van het CAM-veld.

5. Er wordt (tevens) nauw afgestemd met reguliere instanties of organisaties

6. Accreditatie wordt opgevat als een in principe emanciperend proces: het gaat om het steeds beter doen worden van de betrokken organisaties, niet om ge- en verboden. Zelf-lerende organisaties vormen hier de grondslag.

7. Het patiëntenperspectief speelt een belangrijke rol bij het beoordelen van de kwaliteit van opleidingen en beroepsuitoefening, met name in termen van veiligheid, werkzaamheid en mens-vriendelijkheid van de behandeling.

8. Voor de realisatie van deze voorstellen is uiteraard draagvlak nodig; hieraan wordt in de komende periode gewerkt.

10.2 De te hanteren kwaliteitscriteria

a. Enkele algemene opmerkingen:

Accreditatie is (in de visie van de Onderwijsinspectie) een publieke uitspraak dat sprake is van een bepaalde bodemkwaliteit; deze uitspraak is in principe gebaseerd op controleerbare, dus transparante, geaccepteerde en vooraf bepaalde criteria. Er is daarbij altijd sprake van levenslang leren; het “eindproduct” van een opleiding of van een beroepsbeoefenaar moet dan ook steeds in tijdsperspectief worden gezien. Over het algemeen zal geen excellentie worden geeist; het gaat om een minimaal aanvaardbaar niveau van de (toekomstige) beroepsbeoefenaar, in casu het HBO-niveau (240 ECTS).

In het algemeen zal de geaccrediteerde CAM-therapeut tenminste op een niveau functioneren dat vergelijkbaar is met dat van een fysiotherapeut, verpleegkundige, diëtist etc

b. Kwaliteitseisen ten aanzien van de *beroepsbeoefenaar*:

* de beroepsbeoefenaar is een op HBO-niveau opgeleide en/of bijgeschoold lid van een geaccrediteerde beroepsvereniging en neemt actief deel aan het kwaliteitsbeleid van die vereniging

* zijn/haar zorg is gericht op het duurzame herstel van de gezondheid en het welbevinden van de patiënt op basis van de filosofie en goedgekeurde methoden/technieken van zijn/haar beroepsvereniging

* zijn benadering is individualiserend en persoonsgericht.

* hij/zij beschikt daadwerkelijk en toetsbaar over de competentie om in beginsel de gezondheid van een patiënt duurzaam en voor zo gering mogelijke offers (tijd, kosten, lijden etc) te

(doen) herstellen, voortbouwend op de in de patiënt (nog) mobiliseerbare zelf-herstellende en zelf-regulerende vermogens.

* hij/zij is in beginsel in staat tot een zelfstandige praktijkvoering

c. Eisen die aan een ge-accrediteerde c.q. te accrediteren *beroepsvereniging* moeten worden gesteld;

* de beroepsvereniging is een rechtspersoon

* zij beschikt over een expliciet beroepsprofiel

(duidelijke beschrijving van de filosofie en inhoud/afgrenzing van het beroep)

* zij beschikt over een goed functionerend en output-gericht kwaliteitssysteem

(toelatingsbeleid, nascholing, visitatie, patiënt-enquêtes, intervisie, klacht- en tuchtrecht)

* zij laat alleen accrediterbare beroepsbeoefenaren toe (op het HBO-niveau) met aantoonbaar een opleiding die gelijkwaardig is aan 240 ECTS of 6720 SBU²⁸ inzake een hulpverlenend beroep in de complementaire zorg.

NB Naast HBO-leden kan een beroepsvereniging ook MBO-leden hebben, zijnde allen die (nog) niet aan de HBO-eis voldoen. Alleen HBO-leden komen in aanmerking voor opname in het OBAC-register (zie volgende paragraaf) en dus -in principe- voor vergoeding van behandelkosten aan patiënten en overige erkennings-aspecten.

* zij conformeert zich aan de doelstellingen en bepalingen van het landelijke CAM-accreditatiebeleid.

* zij pleegt regelmatig afstemmend overleg met in aanmerking komende opleidingsinstellingen.

* zij beschikt over een deugdelijke klacht- en tuchtprocedure.

* zij geeft correcte informatie aan het publiek en eventuele derden over haar accreditatiebeleid en de in dat kader geaccrediteerde beroepsbeoefenaren.

d. Kwaliteitseisen aangaande *opleidingsinstellingen* en haar opleidingen

NB Het referentie-type opleiding is dat van het (deeltijd) volwassenen onderwijs.

1. De zwaarte van een genoten opleiding is gelijk te stellen aan 240 ECTS (European Credit Transfer System) oftewel 6720 SBU (Studie Belasting Uren)

2. De verhouding tussen Docent Contact Uren en Studie Belasting Uren is niet ruimer dan 1: 5, met een expliciete en controleerbare invulling van de zelfstudie-uren.

3. In beginsel is de genoten opleiding aldus gelijkwaardig aan die van een fysiotherapeut, verpleegkundige, diëtist etc. en de bachelor-titel waardig.

²⁸ ECTS staat voor European Credit Transfer System. SBU staat voor Studie Belasting Uren

4. De betreffende instelling moet in beginsel de garantie kunnen afgeven dat de ingeschreven studenten hun opleiding zullen kunnen voltooien (dus naast kwaliteit- ook continuïteit-garantie).

5. Wat het op te leveren “eindproduct” betreft, is een geïntegreerd pakket van deel-competenties noodzakelijk te achten wat betreft het functioneren als zelfstandig beroepsbeoefenaar op een HBO-niveau. Deze deel-competenties zijn met name (FONG-website): een brede professionalisering, multidisciplinaire integratie, toepassing van wetenschappelijke inzichten, transfer en brede inzetbaarheid, creativiteit en complexiteit in handelen, probleemgericht werken, methodisch en reflectief denken en handelen, sociaal communicatieve bekwaamheid en basis kwalificatie voor managementfuncties

6. De HBO-opgeleide CAM-therapeut zal vaak niet geschoold zijn in het verrichten van onderzoek; hij/zij moet echter wel in staat zijn om vanuit de wetenschap aangereikte principes toe te passen, wetenschappelijk onderzoek te interpreteren, werkprocedures te evalueren en deze bij te stellen, en om binnen zijn of haar beroepsgroep te werken aan professionalisering en innovatie.

7. Binnen een studieprogramma als boven bedoeld kunnen de volgende componenten worden onderscheiden:

A - de beroepsmatige vorming tot therapeut op het betreffende vakgebied (dus de vakopleiding als zodanig: achterliggende filosofie, ziekteopvatting, diagnostiek, methoden/technieken etc)

B - de training in praktische vaardigheden (stages) voor de uitoefening van bedoeld beroep

C - een (eventuele bij)scholing inzake medische en/of psychosociale basiskennis (op HBO-niveau)

D - onderwijs in “ondersteunende vakken” als epidemiologie/statistiek, sociale vaardigheden, gezondheidsrecht, sociale kaart etc.

--

8. Aanvullend kan worden geeist dat abiturienten beschikken over interactieve vaardigheid als onderdeel van een brede therapeutische vorming. De aanstaande therapeut moet in staat zijn tot het aangaan van een hulpverleningsrelatie met de patiënt die zich kenmerkt door wederzijds vertrouwen (aandacht, tijd, empathie).

De boven genoemde criteria kunnen geacht worden in overeenstemming te zijn met die van de Wet op het hoger en wetenschappelijk onderwijs, c.q. de interpretatie daarvan door de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (wettelijk accreditatie-orgaan voor hogere beroeps- en universitaire opleidingen). Tevens lijken zij te voldoen aan de door verzekeraars (VGZ) geformuleerde voorwaarden voor vergoeding.

10.3 De beoogde opzet van de accreditatie

De voorgestelde opzet van het CAM-accreditatiesysteem omvat een centraal bureau (OBAC),

een begeleidend orgaan vanuit het CAM-veld (RAB), zeven Kamers naar analogie van de zeven hoofdstromen van CAM, een aantal Toetsende Instanties met hun Visitatiecommissies, alsook Toezichthouders. Deze worden hieronder nader besproken, maar eerst het organogram:

--

Organogram voorgestelde accreditatie structuur

KA 7

KA 6

KA 5

KA 4

KA 2

KA 3

KA 1

RAB

ACCREDITATIEKADER

OBAC



TI

TI

TI

TI

BV 1

OI 1

OI 2

BV 2

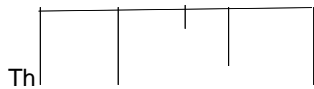
Visitatiecommissies

OI 2

BV 2

OI 1

BV 1



Th

Th

Th

Thh

Uitvoeringstraject

Adviseringstraject

OBAC : Onafhankelijk Bureau Accreditatie CAM

RAB : Raad van Advies en Bijstand

TI : Toetsende Instanties

KA : Kamer

BV : Beroepsvereniging

OI : Opleidingsinstelling

Th : Therapeut

Toelichting op de Plan-onderdelen.

** Het OBAC*

Op het hoogste niveau worden twee organen onderscheiden, het Onafhankelijk-Bureau Accreditatie CAM (OBAC) met daarnaast, in nauwe samenspraak met en afstemming op, een Raad van Advies en Bijstand (RAB) als representerend orgaan vanuit het CAM-veld.

Het OBAC is het hoogste orgaan in de accreditatie-hiërarchie en als zodanig zelfstandig en onafhankelijk. Haar onafhankelijkheid is een absolute voorwaarde voor het verwerven van geloof en vertrouwen in zowel de binnen- als de buitenwereld voor de door het OBAC vastgestelde kwaliteit van beroepsuitoefening en opleidingen op het gebied van CAM. Zij is in het CAM-veld het enige orgaan dat bevoegd is tot het afgeven van accreditaties.

Tot haar taakstelling zijn met name te rekenen:

- * het afgeven van accreditaties c.q. accreditatie-adviezen wat betreft opleidingen en opleidingsinstellingen, beroepsverenigingen, beroepsbeoefenaren en toetsende instanties op het gebied van CAM
- * het bijhouden van registers voor bedoelde accreditaties
- * het operationaliseren van het criterium “HBO-niveau” in de vorm van normen, formats en procedures ten behoeve van de accreditatie
- * het ondersteunen van het feitelijke toetsingsproces
- * een nauwe afstemming met de RAB alsook met externe instanties als de overheid, NVAO en Verzekeraars; hierbij dient de samenspraak met de representatieve patiëntenkoepel PPCG een vooraanstaande plaats in te nemen.

In principe moet dit bureau worden opgevat als een gezamenlijk en democratisch functionerend orgaan van het CAM-veld dat haar ondersteunt bij het zichtbaar maken van een adequate en controleerbare kwaliteit van opleiding en beroepsuitoefening op het gebied van CAM. Niet als de hoogste baas van alles.

** De RAB*

Naast het OBAC is er een adviserend en bijstand-verlenend orgaan vanuit het CAM-veld, de Raad van Advies en Bijstand (RAB) die namens dit veld inspeekt in het beleid en de feitelijke uitvoering van de accreditatie door het OBAC.

De voorgestelde samenstelling van de RAB is als volgt: alle zeven Kamers (zie onder) van het OBAC vaardigen ieder twee leden af naar de RAB; deze hebben daarin zitting zonder last en ruggespraak. Er is een onafhankelijk voorzitter.

De taakstelling van de RAB is met name:

- * het (gevraagd en ongevraagd) verstrekken van adviezen aan het OBAC inzake alle relevant te achten zaken betreffende toetsing en accreditatie binnen het CAM-veld
- * het goedkeuren van de jaarlijkse begroting van het OBAC
- * het benoemen en ontslaan van de directeur van het OBAC
- * het -in samenspraak met het OBAC- informeren van het CAM-veld inzake alle genomen belangrijke besluiten en gedane voorstellen inzake de accreditatie

NB De betreffende statuten en reglementen voor OBAC, RAB en Kamers dienen nog nader te worden ontworpen.

** De Kamers*

Voorgesteld wordt dat de Kamers de plaats zullen zijn waar in beginsel de supervisie, coördi-

natie en integratie van het accreditatiesysteem op het eigen toepassingsgebied tot zijn recht komt. Er worden zeven Kamers onderscheiden naar analogie van het bestaan van zeven hoofdstromen binnen het CAM-veld, te weten: Antroposofische Geneeskunde, Energetische Geneeskunde, Homeopathie, Manuele geneeskunde, Naturopathie, Oosterse geneeswijzen en Psychosociale behandelwijzen. Binnen een Kamer kunnen desgewenst onderverdelingen worden aangebracht naar specifieke genezingstradities.

Deze Kamers zijn samenwerkingsverbanden van -in beginsel- alle daartoe gemotiveerde onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen met een HBO ambitieniveau binnen een van de zeven hoofdgebieden van CAM; Zij kunnen de algemene kwaliteitscriteria van het OBAC (in overleg met het OBAC) toespitsen op hun betreffende hoofd- of deelgebied. Opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen die een accreditatieverzoek bij het OBAC willen indienen, wenden zich in eerste aanleg tot het OBAC; het OBAC wint daarbij echter het advies in van de betreffende Kamer.

** De Toetsende Instanties*

Bij de uitvoering van de toetsing kan (en zal doorgaans) het OBAC “Toetsende Instanties” inschakelen, zowel van binnen als van buiten het CAM-veld, mits als zodanig geaccrediteerd door het OBAC en dus werkend volgens de door het OBAC ingestelde richtlijnen. Een Toetsende Instantie is een organisatie die toetsingen uitvoert inzake de kwaliteit van opleidingen, beroepsverenigingen en/of beroepsbeoefenaren op het gebied van CAM, en die daaromtrent accreditatie-adviezen uitbrengt aan het OBAC. Hiertoe kunnen worden gerekend: onafhankelijke externe bureaus, koepelorganisaties, en onafhankelijke organen in het CAM-veld met reeds enige traditie op dit gebied.

Onder nader te bepalen voorwaarden kan het OBAC, gehoord de RAB, bepaalde van deze Toetsende Instanties aanmerken als zijnde bevoegd tot het namens haar verlenen van een deel-accreditatie. Daarvoor in aanmerking komende deelgebieden zijn bijvoorbeeld: de medische en psychosociale basiskennis, opleidingsinstellingen en EVC-commissies, voorzover sprake is van representatieve overkoepelende structuren op deze gebieden..

Koepelorganisaties nemen in dit verband een wat aparte positie in. Enerzijds zijn zij beleidsbepalende organen en vertegenwoordigen zij de belangen van de aangesloten organisaties, anderzijds voeren zij een bepaald *toelatingsbeleid* ten aanzien van deze lid-organisaties. Dit laatste impliceert dat aan de toegelaten en nog toe te laten lid-organisaties bepaalde eisen dienen te worden gesteld, althans voorzover deze lid-organisaties aanspraak maken op accreditatie van (een welomschreven deel van) de bij hen aangesloten of toe te laten individuele beroepsbeoefenaren. In deze zin zijn koepelorganisaties tevens aan te merken als Toetsende Instantie ten aanzien van hun eigen lid-organisaties.

Wellicht ten overvloede wordt hier opgemerkt dat een Toetsende Instantie in beginsel alleen intermedieert bij het opstellen van een toetsingsrapport; zij kan zelf niet accrediteren, dat doet alleen het OBAC.

** De Visitatiecommissie*

Deze wordt ingesteld door een Toetsende Instantie, in samenspraak met de te toetsen organisatie. In deze Visitatiecommissies zal zowel deskundigheid aanwezig zijn wat betreft de aard van het betreffende beroeps- of opleidingsveld als wat betreft audit-processen. Een Visitatiecommissie stelt een Visitatierapport samen op basis van actuele Zelf Evaluatie Rapporten, een ingevulde vragenlijst/checklist, en bezoek aan de betreffende organisatie. Als regel vinden visitaties eens per twee jaren plaats, of alles goed gaat, eens per vier jaren. Het -na inspraak-definitief vastgestelde Visitatierapport vormt de grondslag voor de accreditatieaanvraag (via de opdracht gevende Toetsende Instantie) bij het OBAC. Eventueel voert het OBAC in dit kader zelf nog nadere controles uit.

** Toezicht houdende organen*

Het *interne* toezicht op het ordentelijke verloop van de toetsings- en accreditatieprocessen berust

bij de Raad van Advies en Bijstand, RAB. Het *externe* toezicht komt toe aan door de overheid daartoe aangewezen instanties, met name de Inspectie voor het hoger onderwijs en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Beide organen kunnen (steekproefsgewijze) toetsen of het CAM-accreditatiesysteem naar behoren functioneert en met name of de aan patiënten verleende zorg daadwerkelijk voldoet aan de gestelde maatstaven.

In het algemeen geldt dat controle, visitatie en toezicht primair een stimulerende en begeleidende functie hebben, geen bestraffende. Onpartijdigheid en deskundigheid zijn belangrijke voorwaarden. In beginsel mag controle, visitatie en toezicht niet interfereren met de normale voortgang van het primaire proces in de organisatie c.q. praktijkvoering. De financiële en administratieve lasten ervan moeten redelijk zijn in verhouding tot de doelstelling en mogelijkheden. Administratieve rompslomp dient tot een minimum te worden beperkt. Er is wat de onderwijsinstellingen betreft aandacht voor flexibilisering, het principe van levenslang leren, internationalisering en “distant learning”.

10.4 Het toetsingsproces

Uiteindelijk object van toetsing en accreditatie zijn de afzonderlijke opleidingsinstellingen, beroepsverenigingen en individuele beroepsbeoefenaren in het CAM-veld. Zij worden in beginsel eens in de twee (of soms vier) jaren getoetst en ge(her)accrediteerd. Een opleidingsinstelling wordt er op getoetst of zij (voldoende) vakbekwame toekomstige CAM-beoefenaren aflevert op een of meerdere deelgebieden van CAM. Een beroepsvereniging wordt er op getoetst of haar (HBO) leden geacht kunnen worden daadwerkelijk een goede patiëntenzorg te verlenen. Voorwaarde is in beide gevallen dat de organisatie beschikt over een goed functionerend intern kwaliteitssysteem. Dit omvat al die maatregelen en voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het realiseren en controleren van een optimaal “eindproduct”: de vakbekwame beoefenaar c.q. optimaal gezondheidsherstel. Jaarlijks produceren opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen in dit verband een openbaar “Zelf Evaluatie Rapport”. Er is voorts sprake van regelmatig afstemmend overleg tussen een beroepsvereniging en de in aanmerking komende opleidingsinstelling(en). Een opleidingsinstelling of beroepsvereniging is vrij om zelf zijn (OBAC-geaccrediteerde) Toetsende Instantie uit te kiezen.

Een Visitatie bestaat uit drie onderdelen: 1) actuele Zelf Evaluatie Rapporten, 2) een Vragenlijst of Checklist die vooraf wordt ingestuurd, en 3) een (kort) bezoek aan de betreffende onderwijsinstelling of bureau van de beroepsvereniging. De belangrijkste vraag is hierbij of een organisatie “in controle” is wat betreft de kwaliteit van de opleiding of beroepsuitoefening van haar HBO-leden. De Visitatiecommissie kan in dit verband bepaalde *individuele* praktijken nader onderzoeken. De Visitatiecommissie stelt vervolgens een Visitatie-rapport op dat - via de opdracht gevende Toetsende Instantie- vergezeld van een accreditatieadvies wordt toegezonden aan het OBAC. Het OBAC verleent wel of geen accreditatie, gehoord (een van de Kamers van) de Raad van Advies en Bijstand. Indien het duidelijk is dat de getoetste organisatie consequent en serieus aan een goede kwaliteit werkt, kan de frequentie van visitatie op eens in de vier jaren in plaats van eens in de twee jaren worden gesteld.

Bij de Visitatie aan *opleidingsinstellingen* zal er met name op moeten worden gelet dat de instelling haar opleidingsdoelen daadwerkelijk realiseert, zowel op een collectief (HBO)niveau als op het niveau van de individuele abiturient. Bij dit laatste gaat het met name om de vraag of de abiturient in staat kan worden geacht zelfstandig praktijk te voeren op een welomschreven deelgebied van de complementaire geneeswijzen. Hierbij wordt in aanmerking genomen dat het hier overwegend deeltijd-volwassenen onderwijs betreft. Zie verder punt 10.2.d

Bij de visitatie van *beroepsverenigingen* is de belangrijkste vraag of zij beschikt over een eigen kwaliteitssysteem (Zie 10.2.c). De aansluitende vragen zijn uiteraard of de beroepsvereniging regelmatig controleert of de (HBO)-leden daarin actief participeren, en hoe zij handelt bij afwijkende waarnemingen. Want de beroepsvereniging is aanspreekbaar op de kwaliteit van zorg zoals haar HBO-leden deze realiseren; schiet zij in dit opzicht tekort, dan kan zij haar accreditatie verliezen.

De *individuele beoefenaar* wordt in eerste aanleg getoetst door zijn/haar beroepsvereniging, mits deze OBAC-geaccrediteerd is en dus onder nauwlettend toezicht opereert van het OBAC. Daartoe beschikt de beroepsvereniging over een expliciet kwaliteitssysteem, waarin met name worden geregeld: beroepsprofiel, toelatingscriteria (met name HBO-niveau van opleiding/training), nascholing, visitatie, intervisie en patiënt-enquête. Met als sluitstuk het klachten tuchtrecht. Een lid dat voor accreditatie in aanmerking wenst te komen, zal verplicht zijn actief en gemotiveerd aan dit kwaliteitssysteem deel te nemen. De nadruk ligt bij deze interne toetsing op de (basis)kwaliteit van het “eindproduct”, dus de daadwerkelijk geleverde zorg aan de patiënt en diens tevredenheid daarover. De Toetsende Instantie ziet erop toe dat de beroepsvereniging haar taken in deze correct uitvoert. Het OBAC is gerechtigd zelf aanvullende onderzoek te (doen) verrichten inzake een accreditatie-aanvraag.

Vòòr alles geldt: toetsing is in principe een cyclisch proces waarbij de toetsingsuitkomst dient als impuls voor het aansluitende verbetertraject; zij is emancipatorisch van aard. Aldus is sprake van een lerende organisatie.

Te zijner tijd legt het OBAC een en ander vast in een Toetsingsprotocol, gehoord de RAB.

10.5 Acht voorwaarden voor realisatie van het plan

De vraag hoe het voorgestelde systeem van accreditatie kan worden ingevoerd in het CAM-

veld, is afhankelijk te achten van de vervulling van de hieronder te bespreken acht voorwaarden:

Voorwaarde 1 - Een duidelijke formulering van het voorstel voor de opzet van de accreditatie

Dit rapport, en met name de onderhavige samenvatting ervan, geeft een zo helder mogelijk beeld van de geplande opzet.

Voorwaarde 2 - Een ruime verspreiding van dit voorstel onder CAM-organisaties

Deels is al uitvoering gegeven aan deze voorwaarde door in de loop van het project zo veel mogelijk personen en organisaties binnen het CAM-veld op de hoogte te stellen van de aard van dit project en zijn voortgang. Een duidelijk pr-plan lijkt hier aangewezen.

Voorwaarde 3 - De mogelijkheid van het veld om in te spreken op het voorstel

Tijdens het project is getracht aan de hand van documentatie, websites, gesprekken, deelname aan overleg etc een Plan te ontwikkelen dat zoveel mogelijk van de verzamelde informatie en kritiek tot zijn recht laat komen. Uiteraard kan een goede inspraak alleen tot stand komen als het eindrapport gereed is en verspreid zal zijn, zodat men zich een oordeel kan vormen over het totale Plan. Het is aan de opdrachtgevers om aan te geven hoe zij aan de verdere inspraak van het CAM-veld, alsook van belangrijke derden, vorm gaat geven. Onder andere werd reeds het voornemen vermeld om in het najaar van 2012 in dit kader een conferentie te doen organiseren.

Voorwaarde 4 - Een duidelijk kosten/opbrengsten plaatje

Hier kunnen slechts *globale* schattingen worden gegeven, als volgt:

- * de jaarkosten van het OBAC zouden € 200.000 kunnen bedragen
- * een toetsing zou € 2500 kunnen gaan kosten
- * inschrijving in een van de OBAC-registers zou op € 100 kunnen worden begroot
- * in het eerste jaar wordt zo mogelijk € 20.000 aan subsidie ontvangen; de “Founding Fathers” (en Mothers) zouden daaraan ieder € 1000 kunnen bijdragen.

Voorwaarde 5 - Interne en externe acceptatie

Uiteraard is het voor het welslagen van het voorgestelde accreditatiesysteem essentieel dat dit op steun kan rekenen van het CAM-veld zelf, of althans dat deel daarvan dat het eens met is met de eisen van HBO-niveau, transparantie en controleerbaarheid. Daartoe worden in de afrondingsfase van het project nog de nodige stappen ondernomen. Bij de verdere voorbereiding van de uitvoering van de plannen zal uiteraard aan het acceptatie-aspect, zowel intern als extern, grote aandacht worden besteed.

Voorwaarde 6 - Een duidelijk voorstel inzake de overgangsfase..

Bij de feitelijke invoering van het accreditatiesysteem zullen er naar verwachting weinig problemen zijn met die opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen met nu reeds controleerbare eisen op HBO-niveau. Voor de therapeuten die (nog) niet aan deze eisen voldoen, maar zulks wel ambiëren, is een *overgangsregeling* noodzakelijk. In beginsel staan hier twee

routes open: deze therapeuten kiezen ervoor alsnog een hogere beroepsopleiding te gaan volgen dan wel aan een geaccrediteerd opleidingsinstelling een applicatie-cursus te volgen. De tweede route kan worden omschreven als EVC-route. Deze komt er op neer dat de kandidaat op basis van genoten opleiding, deelname aan nascholing, cursussen etc, beroepservaring en extra honoreerbare activiteiten, studiepunten kan verzamelen tot het vereiste totaal van 240 ECTS of 6720 SBU. Een en ander onder beheer van de relevante EVC-commissie (Erkenning Verworven Competenties) en uiteindelijk onder toezicht van het OBAC.

Gaat het om *artsen* die een CAM-beroep uitoefenen of willen gaan uitoefenen, dan zal in de toekomst eveneens de noodzaak van accreditatie via het OBAC bestaan. Nadere voorstellen van die zijde inzake de aan te leggen maatstaven zijn in dit kader gewenst.

Voorwaarde 7 - Een duidelijk tijdpad

Het verdere tijdpad is afhankelijk van de snelheid waarmee de informatie over de voorgestelde opzet van de accreditatie zich in het CAM-veld verspreidt alsook van de snelheid waarmee de mate van ondersteuning vanuit dit veld duidelijk wordt. Het onder volgende tijdpad is hetgeen zich idealiter zou kunnen gaan voltrekken.

15 september 2013	versturen van eindtekst van he rapport
januari 2014	werkconferentie
1 maart 2014	Vorbereidingscommissie geformeerd, en aan het werk
1 juli 2014	start werkzaamheden Stichting OBAC en Raad van Advies en bijstand
1 januari 2014	OBAC-structuur operationeel
voorjaar 2016	grote evaluatie-bijeenkomst van het CAM-veld

Voorwaarde 8 - De instelling van een representatieve en daadkrachtige Vorbereidingscommissie .

De “Founding Fathers” richten zo spoedig mogelijk een CAM-Vorbereidingscommissie op die tot taak zal hebben de oprichting van de Stichting OBAC te realiseren en deze te begeleiden bij haar eerste stappen. De Vorbereidingscommissie zal zich te zijner tijd omvormen tot de eerder genoemde (par. 3) Raad van Advies en Bijstand; zij wordt ondersteund door een professioneel secretaris/coördinator.

Onder *Founding Fathers* (en Mothers) worden hier verstaan: de onderwijsinstellingen en beroepsverenigingen (of onderdelen daarvan) op het gebied van CAM die actief willen meehelpen de geschetste accreditatiestructuur van de grond te krijgen, zij het op tweevoorwaarden: 1) zij storten € 1000 op een speciale actie-rekening ten behoeve van het werk van de Vorbereidingscommissie, en 2) zij leveren aan de Vorbereidingscommissie een Zelf-evaluatie rapport aan aangaande het eigen kwaliteitssysteem en hun controle over de HBO-kwaliteit van hun opleiding c.q. de beroepsuitoefening van hun leden. De Vorbereidingscommissie zal haar werkzaamheden starten - onder leiding van een onpartijdige voorzitter- zodra zich minimaal 12 “Foundings Fathers” definitief hebben gemeld en een vertegenwoordiger in de Commissie hebben aangewezen.

Tot slot kan worden gepleit voor een deskundige professionele ondersteuning van de Voorbereidingscommissie door een extern, neutraal maar niet onverschillig ingesteld, instituut.

10.6 Verantwoording

Dit project is geïnitieerd door het PPCG en gefinancierd door de eerder genoemde participanten SNW, SRBAG en FONG. De directe kosten van het project bedroegen € 6000. De uitvoerend extern adviseur heeft zich naar beste vermogen en in alle openheid gekweten van zijn taak. De ingestelde Stuurgroep heeft nauwgezet toegezien op en geadviseerd bij het verloop van het project. Er is contact gelegd met een aantal onderwijsinstellingen, beroepsverenigingen en hun koepelorganisaties, en met toetsende instanties. Deze rondvraag kon uiteraard niet volledig zijn; een overzicht van de geraadpleegde bronnen is te vinden in de desbetreffende bijlage.

Gehoopt wordt dat met dit voorstel de grondslag is gelegd voor een wezenlijke toevoeging aan het CAM-veld, namelijk helderheid over de kwaliteit van haar prestaties alsook over de wijze waarop het toezicht daarop is geregeld.

Het woord is nu echter aan het CAM-veld zelf.

BIJLAGE - GERAADPLEEGDE BRONNEN

DOCUMENTEN

--

- * Aakster C W: “Experimenten inzake toetsing kwaliteit alternatieve zorgverlening”, Stichting Delphi Groningen, november 1992
- * Aalders M c.s.: “Duurzame Gezondheidszorg, Christoffor Zeist 2011
- * Afdeling zorginkoop van de coöperatie VGZ dd 11 februari 2012 (nieuwsbrief)
- * Bongers K en A van Koppen: “Integrative Medicine - Zorg voor gezondheid en geluk”, Arbeiderspers Amsterdam 2011
- * Cursus medische basiskennis complementaire zorg - hogeschool Saxion Next, Deventer;
- * Douma, T: “Accreditatie, oud en nieuw - Kwaliteitszorg Hoger Onderwijs in Nederland en Vlaanderen”. SdU uitgevers, Den Haag 2009.
- * Hoofdlijnen akkoord OCW en NRTO dd 13 januari 2012: akkoord tussen de staatssecretaris van Onderwijs, cultuur en wetenschap, en de vereniging Nederlandse Raad voor Training en Opleiding (NRTO).
- * Instituut E.E.N: Opleidingsprofiel Medische en psychosociale basiskennis. Panheel 2012.
- * NAAV (Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging)- Opleiding en nascholing 2012
- * NVAO: brief van 26 juni 2012 aan VGZ
- * Rijksoverheid - beroepsonderwijs - opleidingsniveaus MBO
- * Smits, R: De visie van drie koepelorganisaties. Vakblad voor de natuurgeneeskundige 6(2011) 26-29.
- * Tijdschrift Integrale Geneeskunde: “25 jaar TIG & de ontwikkeling van CAM”, Jaarboek TIG 2009 en “Naar een geïntegreerde theorie van ziekte en gezondheid”, Jaarboek TIG 2010/2011.
- * Voorstel “Opleidings richtlijn medische en psychosociale kennis voor de complementaire gezondheidszorg “ , gedateerd 5 juli 2012 en opgesteld door de Projectgroep gezamenlijk accreditatie overleg (GAO) in opdracht van de SRBAG.
- * Wet Hoger en Wetenschappelijk Onderwijs

EMAILUITWISSELING, telefonisch overleg etc

- * Instituut E.E.N

- * Total Health:
- * Individuele leden Stuurgroep VACC
- * N. Smits, Saxion Nexst inzake concept Samenvatting
- * SRBAG inzake Medische en PsychoSociale basiskennis
- * M. Diephuis inzake GAO-advies en Samenvatting
- * W. Robben inzake GAO-advies

GESPREKKEN EN OVERLEG

Stuurgroep vergaderingen van 23 maart, 14 juni en

- * met het PPCG en haar voorzitter R. Seldenrijck
- * met NVA bestuursleden
- * met SNW-bestuursleden
- * met delegatie naar overleg met VGZ
- * met FONG
- * met Instituut E.E.N. en Total Health
- * met mevrouw B. Lohuis van Saxion Next
- * met dhr V. Meyran inzake deelproject MBK
- * met dhr H. Koning van Integraal Natuurlijk
- * met dhr D. Schutijser van NEN

GERAADPLEEGDE WEBSITES

--

NVAO, RBNG, SRBAG, CIVAS, St HKZ, NTI, AVAR, Total Health, Instituut E.E.N.,
FONG, KAB, VGZ/UVIT, Integraal Natuurlijk

TUSSENTIJDSE RAPPORTAGES CWA

- * Concept Samenvatting

- * Geoperationaliseerde beoordeling van het eindproduct van een opleiding.
- * Algemeen kader Medisch/psychosociale basiskennis
- * Voortgangsberichten VACC/project
- * Model voor een deeltijd studie opzet opleiding CAM

ONTVANGEN EN GEPRODUCEERDE COMMENTAREN

- * van de Nederlandse Patiënten Acupunctuur vereniging op de samenvatting
- * van N. Smits op de concept- Samenvatting
- * van H. Van Doorn op concept Samenvatting
- * van M. Van Erp op concept Samenvatting
- * CWA op concept-rapport richtlijnen voor het landelijk centraal examen en opleidingsprofiel.